

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

**Economia política da saúde e o financiamento dos
sistemas universais de saúde contemporâneos à luz do
pensamento de Paul Singer**

Ewerton Mendes Rosa

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

Versão original

São Paulo

2023

**Economia política da saúde e o financiamento dos
sistemas universais de saúde contemporâneos à luz do
pensamento de Paul Singer**

Ewerton Mendes Rosa

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

Versão original

São Paulo

2023

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

Rosa, Ewerton

Economia política da saúde e o financiamento dos sistemas universais de saúde contemporâneos à luz do pensamento de Paul Singer / Ewerton Rosa; orientador Áquilas Mendes. -- São Paulo, 2023.

212 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2023.

1. Sistemas de Saúde. 2. Financiamento dos Sistemas de Saúde. 3. Economia da Saúde. 4. Revisão. I. Mendes, Áquilas, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e à Bianca, meus amores.

À nossa Liz, que viva em um mundo mais justo e fraterno.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Áquilas Mendes, pela confiança e suporte ao longo de todo o processo e pela sua imensa dedicação ao ensino do financiamento da saúde pública, que motiva tantos alunos.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação e que compõem a banca examinadora de defesa. Ao professor Leonardo Carnut, pelo grande apoio ainda na especialização e pelo incentivo a me aprofundar como pesquisador. À professora Lúcia Guerra, pelas marcantes aulas de metodologia e pelo grande auxílio nos rumos desta pesquisa.

À professora Vitória Cornetta, pelo seu entusiasmo e apoio, e a todos os professores do curso de Economia e Gestão em Saúde da FSP-USP, que em muito ampliaram os horizontes deste arquiteto que chegava ao SUS.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, por proporcionarem espaços de discussão tão ricos e plurais, e à CAPES, pelo apoio ao programa.

Aos demais professores que passaram pela minha trajetória e colaboraram de alguma forma para a construção do meu senso crítico e de tantas inquietações, especialmente aos professores Klara Kaiser e João Meyer da FAU-USP.

Aos meus pais Anunciata e Donato, por todo amor, pela dedicação em fazer o possível e o impossível por mim e por me ensinarem a complementariedade entre fé e ação.

À minha esposa Bianca, pelo seu amor que tanto me fortalece, pelo incentivo e parceria de sempre. À tia Isaura e às nossas famílias, pelo carinho, zelo e encorajamento.

À Mirtes, Volnei, Carol, Alfredo e Gael, pela presença, conselhos e apoio, além do livro despretensiosamente emprestado pela Carol que inseriu Paul Singer nessa pesquisa.

Aos companheiros da Vigilância Sanitária, pelos ouvidos para as minhas inquietações e pelas ricas e entusiasmadas conversas sobre as descobertas e experiências desse período de pesquisa. Ao Mauro Vaz e à Cristina Perin pela compreensão e apoio para que esse passo se efetivasse.

A todos os amigos que, apesar da vida tão corrida e dos percalços do período de pandemia, se fizeram tão presentes, proporcionando momentos para renovar as energias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
OBJETIVO E ESTRUTURA	18
1. ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE: DAS SUAS BASES AO PENSAMENTO DE PAUL SINGER <i>ET AL.</i> (1978)	20
1.1 ECONOMIA POLÍTICA	21
1.1.1 Economia e Política	21
1.1.2 Crítica da Economia Política	24
1.1.3 Crise do Capital	28
1.1.4 O Estado Capitalista	30
1.2 ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE	35
1.2.1 Saúde, Capital e Trabalho	35
1.2.2 Economia Política Crítica e Saúde	37
1.2.3 Pensamento Neoclássico e Saúde	44
1.3 A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE DE PAUL SINGER	46
1.3.1 Serviços de Saúde e Controle Social	48
1.3.2 Evolução Histórica dos Serviços de Saúde	49
1.3.3 Sistemas de Saúde e Proteção Social	55
1.3.4 Revolução Vital e o Estado de Saúde Produzido	58
1.3.5 Avaliação dos Serviços de Saúde	64
1.3.6 Da Avaliação dos Serviços à Avaliação dos Sistemas de Saúde sob a Ótica do Financiamento	73
2. FINANCIAMENTO DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	75
2.1 QUESTÃO NORTEADORA	75
2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA NOS REPOSITÓRIOS	75
2.3 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS	79
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	83

2.5 RESULTADOS	85
2.5.1 Sistemas Universais de Saúde na Atual Fase do Capitalismo	98
2.5.1.1 Crise do Modelo de Proteção Social e Financeirização	98
2.5.1.2 Contradições do Sistema de Saúde no Capitalismo	100
2.5.1.3 Neoliberalismo e Austeridade Fiscal	104
2.5.1.4 Políticas de Austeridade na Europa	107
2.5.1.5 Políticas de Austeridade no Brasil	113
2.5.2 Políticas de Saúde e Gasto Público	115
2.5.2.1 Reformas dos Sistemas de Saúde na América Latina	115
2.5.2.2 Interferências de Organismos Internacionais nos Sistemas de Saúde	117
2.5.2.3 Trajetória de Subfinanciamento e Desfinanciamento do SUS	118
2.5.2.4 Gasto Público em Saúde	122
2.5.2.5 Fontes de Recursos e Progressividade / Regressividade	125
2.5.2.6 Financiamento da Atenção Básica no Brasil	128
2.5.3 Relação Público-Privado	135
2.5.3.1 Gasto Direto em Saúde	135
2.5.3.2 <i>Mix</i> Público-Privado no Brasil	137
2.5.3.3 Renúncia Fiscal	139
2.5.4 Descentralização e Alocação de Recursos	141
2.5.4.1 Modelo Federativo Brasileiro	141
2.5.4.2 Indução de Políticas e Potencialidades de Redistribuição	143
2.5.4.3 Desafios da Desarticulação entre Esferas de Governo	145
2.5.4.4 Descentralização e Atenção Básica	148
2.5.4.5 Descentralização em Sistemas Internacionais	152
2.5.4.6 Critérios de Alocação de Recursos Financeiros	153
2.5.4.7 O Papel das Emendas Parlamentares	156

2.5.5 Políticas Sociais e Saúde	158
2.5.5.1 Políticas Intersetoriais	158
2.5.5.2 Financiamento da Saúde e Desenvolvimento Sustentável	159
2.5.5.3 Focalização e Cobertura Universal de Saúde	160
2.5.6 Projeção das Necessidades de Financiamento	162
2.5.6.1 Necessidades Futuras	162
2.5.6.2 Envelhecimento e Financiamento da Saúde	163
2.5.7 Considerações	166
3. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A LITERATURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE E O PENSAMENTO DE PAUL SINGER	167
3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA	181
3.2 SISTEMAS DE SAÚDE SOB A ÉGIDE DO ESTADO CAPITALISTA	183
3.3 CONTROLE DE PROBLEMAS SENTIDOS EM NÍVEL SOCIAL	186
3.4 ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	188
3.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	195
CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
REFERÊNCIAS	207

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de estudos identificados nos repositórios científicos consultados.....	79
Quadro 2: Número de artigos selecionados por eixos e temas.....	83
Quadro 3: Síntese das informações dos artigos identificados.....	89
Quadro 4: Relação entre eixos temáticos dos resultados da revisão e as dimensões de Singer <i>et al.</i> (1978).....	168
Quadro 5: Dimensões de Singer <i>et al.</i> (1978) em relação aos artigos identificados.....	173
Quadro 6: Relações de aspectos contemporâneos com o estado de saúde.....	189
Quadro 7: Principais critérios de avaliação identificados na revisão, classificados como descrição/comparação (a), crítica (b) ou proposição (c).....	196

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas de seleção e inclusão de estudos.....	82
Figura 2: Proporção de artigos que recorrem à perspectiva da economia política, considerando o total de artigos com resumos disponíveis.....	86
Figura 3: Proporção de artigos que recorrem à perspectiva da economia política, considerando o total de artigos incluídos na revisão.....	86
Figura 4: Número de artigos por países incluídos na revisão.....	87
Figura 5: Número de artigos publicados por triênio (1981-2021).....	88
Figura 6: Número total de artigos que recorrem às dimensões presentes em Singer <i>et al.</i> (1978).....	169
Figura 7: Percentual de textos de cada eixo que recorrem às dimensões presentes em Singer <i>et al.</i> (1978).....	170
Figura 8: Frequência das dimensões propostas por Singer <i>et al.</i> (1978) em relação ao número total de artigos (n=47).....	171

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ADAPS - Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AP - Atenção Primária
APS - Atenção Primária à Saúde
BCE - Banco Central Europeu
BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CaSAPS - Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde
CCAA - Comunidade autônoma
CCG - *Clinical Commissioning Group*
CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CHA - *Canada Health Act*
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CUS - Cobertura Universal de Saúde
DecS - Descritores em Ciências da Saúde
DF - Distrito Federal
DRU - Desvinculação das Receitas da União
Ebes - Estado de Bem-estar Social
EC - Emenda Constitucional
ESF - Equipe de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
GKV - *Gesetzliche Krankenversicherung*
GP - *General practitioner*
HiAP - *Health in All Policies*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IRPF - Imposto sobre a Renda de Pessoa Física
IRPJ - Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica
LEYES - Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LQTTL - Lei da Queda Tendencial da Taxa de Lucro
MAC - Média e Alta Complexidade
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS - Serviço Nacional de Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS / PAHO - Organização Pan-Americana da Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso da Atenção Básica
PCT - *Primary Care Trust*
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PIB - Produto Interno Bruto
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNB - Produto Nacional Bruto
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF - Programa de Saúde da Família
RAWP - *Resource Allocation Working Party*
RP - Restos a pagar
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SS - Serviço de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TTD - *Time-to-death*
USP - Universidade de São Paulo
WHOLIS - Sistema de informação da Organização Mundial da Saúde

ROSA, E. M. **Economia política da saúde e o financiamento dos sistemas universais de saúde contemporâneos à luz do pensamento de Paul Singer**. 2023. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Resumo

Introdução: Os sistemas universais de saúde são suscetíveis às crises estruturais do capitalismo e às suas turbulências e têm tido de se adaptar às mudanças sociais bruscas, sobretudo no cenário mundial neoliberal. Há um quadro geral de embates que os sistemas vêm experimentando, com mercantilização, cortes drásticos de recursos e modificações nos esquemas de financiamento. Os recursos e o ambiente político e social são disputados no movimento do capital contemporâneo, sob a predominância do capital portador de juros, na sua forma mais perversa, o capital fictício. A discussão da sustentabilidade dos sistemas vem exigindo que o instrumental da economia passe a ser cada vez mais considerado para entender as novas características e os limites dos esquemas de financiamento, o que exige a utilização do referencial teórico da economia política e uma crítica à narrativa predominante da economia neoclássica. **Objetivo:** Caracterizar a produção sobre o tema do financiamento de sistemas universais de saúde, com a finalidade de identificar como a sua sustentabilidade é abordada e a relação com a economia política, em particular, à luz da contribuição de Paul Singer na obra “Prevenir e Curar: o Controle Social Através dos Serviços de Saúde”, de 1978. **Método:** Revisão sistematizada da literatura sobre o financiamento da saúde em sistemas universais na fase contemporânea do capitalismo, caracterização das discussões e cotejamento com cinco dimensões extraídas da obra estudada de Paul Singer. **Resultados:** Apenas 33,6% dos artigos identificados como pertinentes ao financiamento promovem discussões voltadas à economia política; destes, 76,6% alinhados ao pensamento keynesiano e 23,4% à visão marxista. Há convergência em relação às dimensões da perspectiva histórica (91,5%), dos sistemas de saúde sob a égide do Estado capitalista (100%), do controle social pelo Estado (23,4%), do estado de saúde (57,4%) e dos critérios de avaliação (72,3%). **Conclusão:** Os estudos identificados e o pensamento de Singer convergem ao identificar a limitação da *Economics* frente à inserção da questão da saúde no âmbito dos interesses que compõem a sociedade capitalista, ao passo que divergências na questão de critérios de avaliação não revelam uma relação de oposição, mas uma descrição do movimento do capital no período, com a ascensão do capital financeiro e o novo papel do Estado. Uma maior apropriação do referencial da economia política da saúde pode estar relacionada aos momentos de agravamento da crise do capital e das medidas de austeridade.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Economia da Saúde; Revisão.

ROSA, E. M. [Political economy of health and the financing of contemporary universal health systems in the light of Paul Singer's thought]. 2023. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Portuguese.

Abstract

Introduction: Universal health systems are susceptible to the structural crises of capitalism and its turmoil and have had to adapt to sudden social changes, especially in the neoliberal world scenario. There is a general framework of clashes that the systems have been experiencing, with commodification, drastic cuts in resources and changes in financing schemes. Resources and the political and social environment are disputed in the movement of contemporary capital, under the predominance of interest-bearing capital, in its most perverse form, fictitious capital. The discussion of the sustainability of systems has been demanding that economic instruments be increasingly considered to understand the new characteristics and limits of financing schemes, which requires the use of the theoretical framework of political economy and a critique of the prevailing narrative of neoclassical economics. **Objective:** To characterize the production on the theme of financing universal health systems, with the purpose of identifying how its sustainability is approached and the relationship with the political economy, in particular, in the light of Paul Singer's contribution in the work "Preventing and Healing: Social Control Through Health Services", 1978. **Method:** Systematized review of the literature on health financing in universal systems in the contemporary phase of capitalism, characterization of the discussions, and comparison with five dimensions extracted from Paul Singer's studied work. **Results:** Only 33.6% of the articles identified as relevant to financing promote discussions focused on political economy; of these, 76.6% aligned with Keynesian thinking and 23.4% with a Marxist view. There is convergence in relation to the dimensions of the historical perspective (91.5%), health systems under the aegis of the capitalist State (100%), social control by the State (23.4%), health status (57, 4%) and evaluation criteria (72.3%). **Conclusion:** The identified studies and Singer's thinking converge in identifying the limitation of Economics in the face of the insertion of the health issue in the scope of interests that make up capitalist society, while divergences in the issue of evaluation criteria do not reveal a relationship of opposition but a description of the movement of capital in the period, with the rise of financial capital and the new role of the State. A greater appropriation of the political economy of health framework may be related to moments of worsening of the crisis of capital and austerity measures.

Keywords: Health Systems; Health Systems Financing; Health Economics; Review.

INTRODUÇÃO

No capitalismo contemporâneo os sistemas universais de saúde são suscetíveis às crises estruturais deste modo de produção e às suas turbulências. Dessa forma, esses sistemas têm tido de se adaptar às mudanças sociais bruscas, sobretudo no cenário mundial neoliberal (MENDES, 2015).

São evidentes as implicações do capitalismo sob o domínio do capital financeiro para as políticas sociais, através de políticas econômicas restritivas que impactam o financiamento público e comprometem a capacidade da sustentabilidade desses sistemas e a garantia da saúde como direito social. Verifica-se, assim, o modo como a dominação do capital portador de juros, sobretudo na sua forma de capital fictício, submete a totalidade das relações sociais.

No contexto brasileiro, o quadro econômico e social que se seguiu à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é significativamente diferente ao dos países capitalistas avançados, sobretudo europeus, quando construíram seus sistemas universais de saúde, caracterizado pela magnitude de recursos e pelo ambiente político e social favorável à construção da cidadania social (MENDES *et al.*, 2017). Naquele contexto, deve ser destacada a conjuntura política e econômica peculiar caracterizada pelo saldo catastrófico do pós-guerra e pela capacidade de organização política dos trabalhadores, que se associaram ao estado-social e aos sistemas de saúde universal (PERITO, 2017:50).

É importante verificar nas três décadas que coincidem com o período de existência do SUS os recorrentes conflitos e sinais de fragilidade no seu interior, evidenciando o seu subfinanciamento e, mais recentemente, o seu desfinanciamento, com a instituição da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que congela o gasto público geral em 20 anos (MENDES e CARNUT, 2020).

Ainda que o quadro que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, há pelo menos 30 anos, tenha sua peculiaridade, não difere do quadro geral de embates que os sistemas universais de saúde, sobretudo nos países europeus, vêm experimentando, com a sua mercantilização, cortes drásticos de seus recursos e modificações no interior de seus esquemas de financiamento (FERREIRA e MENDES, 2018).

Na ótica neoliberal, a condição de mercadoria da força de trabalho é reforçada, como também a mercantilização dos bens sociais (CARNUT *et al.*, 2021: 144) Os recursos e o ambiente político e social são aspectos disputados com o movimento do capital contemporâneo, sob a predominância do financeiro, cujo interesse é reduzir os esquemas de financiamento

desses sistemas, em favor, por exemplo, à ampliação do pagamento dos juros da dívida pública e à concessão de apoio ao setor privado, utilizando-se de mecanismos de funcionamento que impõem riscos à saúde universal (FERREIRA e MENDES, 2018; MENDES e CARNUT, 2018).

Neste contexto, discute-se a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde. No âmbito da economia política crítica da saúde, é importante destacar que o econômico e o político não são autônomos, logo deve-se abordar criticamente as perspectivas estritas da ciência econômica. Assim, deve ser tomado como ponto de origem a defesa do direito à saúde e a “sustentabilidade” como a manifestação material deste direito, ou seja, a efetividade do direito, e não suas retóricas (CARNUT, 2015: 126).

Os desafios para o financiamento dos sistemas universais de saúde vêm exigindo que o instrumental da economia comece a ser cada vez mais considerado na área da saúde pública para entender as novas características e os limites dos esquemas de financiamento desses sistemas. No entanto, sua utilização tem ficado mais restrita à temas que dialogam com a insuficiência de recursos, a ineficiência e ineficácia de sua aplicação, com ênfase para a matematização do econômico, própria da abordagem da economia neoclássica (BRAGA e PAULA, 1981). A discussão política associada às tensões e conflitos acerca da universalização, acesso e direito, e o papel do capital e do estado neste âmbito têm aparecido mais raramente nos estudos no campo da Economia da Saúde, por exemplo. Essa perspectiva exige a utilização do referencial teórico da economia política, em especial de sua crítica.

Sem uma crítica contumaz à narrativa predominante do pensamento econômico-social na saúde, a compreensão da saúde como direito passa a estar ameaçada (CARNUT *et al.*, 2021: 123). É necessário, portanto, lançar luzes sobre a relação existente entre o financiamento dos sistemas universais e os elementos próprios do modo de produção capitalista, discutidos por autores da economia política, e em especial do campo da saúde, dentre os quais destacamos a contribuição de Paul Singer (1932 - 2018), importante economista austro-brasileiro e expoente da economia política. Em sua extensa e diversa produção, destacamos sua reflexão crítica sobre os serviços de saúde no contexto da sociedade capitalista. A obra referenciada é o livro “Prevenir e Curar: O Controle Social através dos Serviços de Saúde”, em coautoria com Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira, publicado em 1978.

Trata-se aqui, então, de identificar, através de uma revisão sistematizada, o pensamento existente na produção científica nacional e internacional dedicada ao estudo dos sistemas de saúde universais com foco no seu financiamento. Busca-se identificar a contribuição da

economia política para refletir sobre esse financiamento e relacioná-la com a contribuição do pensamento de Paul Singer.

OBJETIVO E ESTRUTURA

O presente trabalho parte da hipótese de que, na área da Economia da Saúde, predominam estudos voltados ao financiamento da saúde através da abordagem neoclássica, com distanciamento de conceitos da economia política, a qual apresenta um referencial teórico para a compreensão deste contexto e que permitiria o aprofundamento de discussões e que transcenderia a aparência de fenômenos e seus efeitos ao buscar a sua essência.

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo é caracterizar a produção nacional e internacional, desde 1980, sobre o tema do financiamento de sistemas universais de saúde, com a finalidade de identificar como esses estudos abordam a questão da sua sustentabilidade e qual a relação estabelecida com o campo da economia política em geral e a da economia política crítica, em particular, à luz da contribuição de Paul Singer.

A dissertação se apresenta na forma de capítulos que se articulam com os seguintes objetivos específicos:

- a) apresentar as bases conceituais do campo da economia política e sua relação com a economia da saúde, baseadas na contribuição de autores chave da economia política da saúde, na qual destacamos o pensamento econômico de Paul Singer *et al.* na obra *Prevenir e Curar: o Controle Social Através dos Serviços de Saúde*, de 1978;
- b) revisar de forma sistematizada a produção do conhecimento sobre o financiamento dos sistemas universais de saúde, verificando sua relação com o campo da economia política da saúde;
- c) analisar criticamente as convergências e divergências entre a produção do conhecimento da economia da saúde, no tema do financiamento dos sistemas universais de saúde, e as contribuições do pensamento de Singer *et al.* no âmbito da economia política crítica da saúde.

No primeiro capítulo é realizada a revisão bibliográfica dos campos da economia política e da economia política da saúde, a qual será organizada em três partes: discussão dos principais elementos da economia política, a partir da perspectiva metodológica crítica aos autores clássicos; a abordagem específica do referencial teórico da economia política da saúde a partir de autores-chave; e o encaminhamento dessas discussões no âmbito dos serviços de saúde, a partir da contribuição de Paul Singer *et al.* (1978).

O segundo capítulo apresenta a metodologia e o panorama de contribuições dos resultados da revisão sistemática da literatura científica nacional e internacional a respeito do financiamento dos sistemas universais de saúde no campo da economia política.

No terceiro capítulo os resultados da revisão são discutidos à luz da economia política da saúde presente na obra destacada de Paul Singer *et al.* de modo a cotejar as discussões identificadas nos estudos.

1. ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE: DAS SUAS BASES AO PENSAMENTO DE PAUL SINGER *ET AL.* (1978)

Nesta primeira parte deste trabalho são desenvolvidos conceitos imprescindíveis para nortear as discussões da literatura encontrada na revisão sistematizada, abordando-se elementos e categorias da economia política em sua interação com as questões da saúde, em geral, e com os sistemas de saúde, em específico.

Ao refletirmos sobre a problemática do financiamento e da sustentabilidade dos sistemas universais de saúde, algumas indagações parecem fundamentais, tais como: o “tipo” de “econômico” que está sendo compreendido no âmbito da produção da economia da saúde; a existência de uma pluralidade de pensamentos econômicos ou a hegemonia de uma concepção do “econômico”; a explicitação da economia política como centro na disciplina da economia da saúde ou a reificação do social através de abordagens marginalistas; a preocupação em esclarecer o social como guia da análise econômica ou a predominância da lógica das microinterações entre prestador-usuário; e, por fim, o pensamento prioritário do campo da saúde coletiva no Brasil, voltado à economia política crítica - alinhada à saúde enquanto direito social - ou a ênfase na matematização do econômico - por meio da disseminação de análises de custo-efetividade das ações e serviços de saúde, dentre outros.

A discussão acerca do espaço que o “econômico” foi ocupando e se consolidando na “saúde” é fundamental para a compreensão de que há diversos paradigmas/pensamentos econômicos que norteiam a interpretação sobre “o econômico” e de que a narrativa neoclássica predominante no pensamento econômico-social na abordagem da saúde, sem uma crítica contumaz a ela, pode ser compreendida como uma ameaça ao direito à saúde (CARNUT *et al.*, 2021: 123).

Enfatiza-se, desde já, a impossibilidade de separar as áreas econômica e política, já que a política tanto cria como molda a economia, e por sua vez, a política é profundamente moldada pelas relações econômicas e poder econômico (BRITTON-PURDY *et al.*, 2017). Sendo assim, partiremos desta discussão, à luz da crítica à economia política clássica, para compreensão dos aspectos próprios do capitalismo em crise e do seu estado e da inserção da saúde e dos serviços e sistemas de saúde nesse sistema.

1.1 ECONOMIA POLÍTICA

1.1.1 Economia e Política

O estudo da economia política emergiu ao lado do surgimento de um novo sistema político-econômico: o capitalismo. Os tradicionais objetos de análise da economia política em uma sociedade incluem a organização para a produção de bens e serviços e para a geração de riqueza e a distribuição e o consumo desses recursos pelos seus membros (HARVEY, 2021: 293). Como bem resumem Braga e Paula (2006: 13): “a economia política é a ciência do capitalismo”.

Ainda que a expressão “economia política” tenha aparecido pela primeira vez em 1615 na obra “Tratado de Economia Política”, publicada por Antoine Montchrétien, e em obras de outros pensadores dos séculos XVII e XVIII, somente no início do século XIX, ela passa a ser reconhecida como um corpo teórico (NETTO e BRAZ, 2006: 29). São deste período as formulações dos seus representantes clássicos, dentre os quais destacam-se Adam Smith e David Ricardo.

A partir desses pensadores clássicos, Netto e Braz (2006: 27) assinalam duas características centrais da economia política. A primeira diz respeito à própria natureza da teoria, por não se referir a uma disciplina particular que recorta o objeto central, o econômico, da realidade social e o analisa de forma autônoma. Os economistas políticos almejavam compreender o modo de funcionamento da sociedade, oferecendo uma visão do conjunto da vida social no contexto das relações que estavam surgindo no início do capitalismo, com a crise do Antigo Regime, discutindo-se as questões relativas ao trabalho, ao valor e ao dinheiro. A segunda característica diz respeito às categorias e instituições econômicas (dinheiro, capital, lucro, salário, mercado, propriedade privada etc.). Smith e Ricardo as entendiam como naturais, que permaneceriam eternas e invariáveis na estrutura fundamental.

A Economia Política enquanto campo de um saber específico se constitui na implantação do capitalismo industrial, voltada à construção de uma teoria do valor-trabalho (BRAGA e PAULA, 1981: 12). Esta teoria é desenvolvida a partir do estudo da produção dos bens materiais, pela qual o valor seria produto do trabalho. Com isso combatia-se o parasitismo da nobreza, sendo uma “arma” da burguesia na luta contra o antigo regime. (NETTO e BRAZ, 2006: 33).

É importante destacar que a economia política clássica expressava o ideário burguês revolucionário nas lutas sociais contra o Antigo Regime e que a cultura ilustrada da época condensava um projeto de emancipação humana. Com o triunfo político da burguesia, esta passa a renunciar aos ideais emancipadores revolucionários, convertendo-se em classe cujo interesse central era conservar o regime que estabeleceu. Depreende-se que o regime burguês triunfante emancipou politicamente os homens das relações de dependência pessoal do feudalismo, porém a igualdade jurídica não foi traduzida em igualdade econômico-social, devendo-se ao fato de que a revolução resultou em nova dominação de classe, da classe da burguesia (NETTO e BRAZ, 2006: 32).

Netto e Braz (2006: 27) destacam que a Economia Política aborda questões ligadas diretamente a interesses materiais e que nessas teorias voltadas para a vida social, as controvérsias extrapolam as diferenças relativas a métodos, hipóteses e procedimentos de pesquisa, por lidarem com interesses muito determinados de classes e grupos sociais.

O triunfo do Estado burguês sobre o Antigo Regime pôs a serviço da nova classe dominante a “superestrutura necessária para o desenvolvimento das novas forças produtivas” (NETTO e BRAZ, 2006: 75). O poder da nova classe hegemônica também é identificado nos procedimentos científicos no campo da economia.

A partir da segunda metade do século XIX, constitui-se uma ciência econômica (*Economics*) que substituiu a economia política (*Political Economy*), e se expressou na cultura burguesa e nos meios acadêmicos. Carcanholo (2021) discute esse movimento e a problemática no que tange a apreensão da vida social na sociedade capitalista. Esse autor destaca que não se tratou de mera modificação terminológica, pois a *Political Economy* transformada em *Economics* representou a hegemonização da neutralidade axiológica do saber, ou seja, a isenção de valores ideológicos no procedimento científico, próprio da interpretação positivista, em seus procedimentos. Nesse sentido, o autor destaca o entendimento de que, no positivismo, a economia:

(...) deve privilegiar a observação e constatação empírica para a explicação causal dos fenômenos, de forma objetiva, neutra, sem julgamentos de valor, purificar-se de todo e qualquer resquício ideológico. Não poderia, portanto, continuar sustentando o qualificativo política à sua denominação (CARCANHOLO, 2021: 165-166, grifo do autor).

Carcanholo (2021) enfatiza o caráter heterogêneo no âmbito da economia, destacando que:

Não se trata de uma técnica, a partir da qual há uma forma certa e, portanto, outras equivocadas, de praticar aquele procedimento. Justamente por ser uma ciência social, a ciência econômica é constituída por um conjunto de tradições teóricas, muitas delas divergentes e opostas entre si, em função do fato de que essa ciência provém de um conjunto de tradições filosóficas divergentes (e opostas) e, inseparavelmente, em função de existirem, nessa sociedade, interesses conflitantes. É porque existem diversas (e conflitantes) formas de apreensão da realidade social (econômica) e distintas (contraditórias) formas de inserção social (classes sociais) no capitalismo que existem várias e discrepantes teorias econômicas (CARCANHOLO, 2021:159).

A partir do instrumental da ciência econômica, Carcanholo (2021: 158) discute o problema da reprodução do caráter mistificador do próprio objeto de estudo ou de prática profissional da economia, ao não se tomar notadamente a economia como parte de uma realidade social e histórica que é ontologicamente complexa e aberta, e não passível de uma abordagem pré-determinada e compreendida como ciência natural. O autor destaca que:

Por mais que se tente transformar a ciência econômica, a fórceps, em um campo da ciência natural e, por causa disso, os procedimentos (pseudo) científicos desta última sejam transportados, sem mediações, para a primeira, a ciência econômica é uma ciência social. A economia é parte inseparável da totalidade constituída pela realidade social, é inseparável do fato de que, nesta época histórica específica, as relações sociais dos seres humanos se dão por intermédio das legalidades (sempre de tendência) capitalistas (CARCANHOLO, 2021:159).

Ao abordar a tendência à fragmentação do pensamento e formação de saberes com “objetos” particulares – tomando-se nesse caso a ciência econômica e a ciência política – Osório (2019: 144) destaca o processo pelo qual o capital se apresenta de modo distorcido:

Um primeiro passo do capital neste processo de se ocultar e se revelar de modo distorcido implica a ruptura da sua unidade econômico-política, conformando tais dimensões como esferas autônomas e independentes, e não mais como diferenças no seio de uma unidade (OSÓRIO, 2019: 144).

No capitalismo, as atividades econômicas ganham espaço na vida social. No entanto, a lógica do capital projeta esta presença crescente como autonomia da economia em relação à política. Osório (2020:41) defende que esse processo:

(...) é reforçado quando essas dimensões dão origem a disciplinas cada vez mais especializadas, nas quais o imaginário de um mundo de homens livres e iguais se recria e o indivíduo é colocado como a unidade básica a partir da qual se deve pensar a vida em sociedade (OSÓRIO, 2020:41).

De modo geral, Netto e Braz (2006: 35) destacam que, na ciência econômica que emergiu, as características relacionadas à realidade supra-histórica do novo regime foram herdadas (propriedade privada, capital, salário, lucro etc.). No entanto, foram abandonadas ideias que poderiam constituir críticas ao regime burguês. A teoria do valor-trabalho, assim

como a investigação social e econômica a partir da produção, passa a ser considerada "extra científica" pela Economia, que adotou a teoria do valor-utilidade, voltada aos fenômenos da circulação.

1.1.2 Crítica da Economia Política

Com as conquistas teóricas da revolução abandonadas pelo pensamento burguês, pela incompatibilidade com a conduta e os interesses desta nova classe dominante, o ideário ilustrado foi herdado por segmentos trabalhadores, os novos sujeitos revolucionários. Neste contexto, a contribuição de Karl Marx, ao revisar criticamente as formulações dos clássicos e assumir posição ideológica junto à classe operária, mostra sua relevância.

Em sua crítica à Economia Política, Marx confere historicidade às categorias e instituições abordadas pelos pensadores clássicos, que se pretendiam a-históricas. Para ele, a sociedade burguesa não é uma organização social natural, mas de caráter histórico e repleta de contradições. Com seu método dialético, e em perspectiva metodológica que historiciza os elementos da economia política clássica, Marx propõe como ponto de partida a análise das leis do movimento do capital para apreender a dinâmica social, uma vez que o conjunto dessas relações está subordinada ao capital (NETTO e BRAZ, 2006: 37).

Sobre os conceitos de valor e capital para Marx, Carcanholo e Nakatani destacam como ponto de partida:

(...) a constatação empírica de que o dinheiro circula de maneira diferente daquela que seria esperada na circulação simples da mercadoria. O dinheiro que circula em busca de incremento é declarado capital. Também o é a mercadoria que serve de intermediária entre o ponto de partida e o de chegada desse processo de circulação (CARCANHOLO e NAKATANI, 2015:36).

Em seu método dialético, Marx sugere que esse fenômeno com o dinheiro é a aparência do conceito e que o verdadeiro agente do processo da circulação é o valor. Nessa perspectiva, Carcanholo e Nakatani argumentam que:

Por isso, capital é valor, só que em uma fase mais desenvolvida das relações sociais mercantis, na qual este adquire novas características, que não possuía anteriormente. Então, o dinheiro e a mercadoria aparecem como formas de sua existência, meras expressões ou formas de manifestação do capital. Assim, o capital é valor que, através de determinado processo de circulação, se auto valoriza através da criação, da produção da mais-valia. Capital é o nome simplificado do valor-capital (CARCANHOLO e NAKATANI, 2015: 36).

Marx aponta para as novas características adquiridas pelo valor, quando ele se converte em valor-capital: a capacidade de auto valorizar-se e a substantivação, ou seja, a sua capacidade

de autovalorizar-se justamente ao converter-se em capital. Esse capital-valor é próprio de uma sociedade na qual uma sociedade na qual as relações mercantis encontram-se mais difundidas e desenvolvidas. Mercadoria e o dinheiro existem como formas de existência do capital, o qual tudo domina, até a própria lógica da sociedade (CARCANHOLO e NAKATANI, 2015: 36).

À luz de Marx (2013, cap. 2), deve ser destacada a necessidade de entendimento da totalidade complexa das relações sociais em uma época social e histórica específica. Carcanholo (2021: 160) salienta como fato intrínseco do capitalismo a intermediação das suas relações sociais através da troca. No contexto da produção de mercadorias orientada para o mercado, o processo de troca seria a síntese do melhor entendimento do princípio geral característico do capitalismo, de modo que o indivíduo adquire, por meio do mercado, mercadorias que não possui inicialmente e que são necessárias para sua reprodução social. Ressalta-se que esse indivíduo deve ofertar outra mercadoria em troca, para que o proprietário da mercadoria de seu interesse se disponha a trocar uma por outra, de modo que ocorre na troca de equivalentes uma exigência real da própria época capitalista. O autor defende que:

No capitalismo, a existência social dos indivíduos depende de (é determinada por) suas capacidades de conseguir comprar as mercadorias alheias, e que lhes são necessárias (...) Daí que o processo de troca seja a síntese do melhor entendimento do princípio geral característico do capitalismo, segundo o qual a produção de mercadorias é orientada para o mercado (CARCANHOLO, 2021: 160).

Ainda apoiado em Marx (2013, cap 2), Carcanholo salienta que emerge desta dinâmica do capitalismo uma sociabilidade mercantil na qual os indivíduos devem se inserir.

Portanto, o capitalismo não é meramente uma economia de mercado no sentido de que existiria um espaço (*locus*) onde eventualmente os indivíduos trocariam esporadicamente as mercadorias que possuem. Trata-se muito mais de uma sociabilidade mercantil, na qual as relações sociais necessariamente têm que passar pela mediação do mercado. Não há forma, no capitalismo, dos indivíduos se inserirem socialmente se não pela troca, pela sociabilidade mercantil (CARCANHOLO, 2021: 161).

Verifica-se como pressuposto para a efetivação dessa norma social que os diversos indivíduos sejam livres proprietários de suas mercadorias, decidindo privadamente o que fazer com essas. Dessa forma, tem-se no processo de troca o resultado da livre iniciativa dos dois indivíduos envolvidos. Como o capitalismo pressupõe classes sociais distintas que especificadas a partir da propriedade privada dos meios de produção, o segmento da população que não dispõe desses meios vê-se na obrigação de vender no mercado a sua força de trabalho, esta constituída em mercadoria que tem a capacidade de produzir um valor a mais a ser

apropriado pelo capitalista, como decorrência do consumo do trabalho (CARCANHOLO, 2021: 161-163).

Para Carnut, Pires e Mendes (2021: 138), os economistas clássicos, uma vez conectados à realidade de sua época, a do capitalismo industrial, desconsideraram 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”.

A teoria econômica clássica voltava-se principalmente para o âmbito da produção, e numa perspectiva de longo prazo. Nessa situação abstraem-se desequilíbrios e flutuações de curto prazo, de modo que são uniformes as taxas de lucro calculadas em relação aos preços de oferta dos bens de capital e também uniformes as remunerações da força de trabalho e dos recursos naturais considerados qualitativamente homogêneos (PRADO, 2001: 10). Prado reflete que:

Os economistas clássicos, assim como Marx, acreditavam que o sistema econômico funcionava sob uma lei de tendência à igualação das taxas de lucro nos diferentes setores e ramos da economia. Segundo eles, os capitais, principalmente na forma monetária, saíam dos ramos com taxas de lucro mais baixas, para entrar naqueles com taxas de lucro acima da média. E isto ocorria devido à ação dos empresários capitalistas que buscavam persistentemente a valorização de seus capitais no mais alto nível possível. Dada a alta mobilidade do capital e uma certa mobilidade da força de trabalho, a alocação dos capitais nos diversos setores industriais e agrícolas acabava gerando uma tendência para a uniformização das taxas lucro e das remunerações dos demais agentes da produção. Neste sentido, os preços de produção apareciam para eles, ao mesmo tempo, como possibilidades que são reais porém improváveis. De qualquer modo, eles funcionavam como centros de gravidade dos preços de mercado que supostamente refletiam as condições contingentes do processo econômico em cada lugar e a cada momento do tempo (PRADO, 2001: 10).

A categoria trabalho possui centralidade nas discussões da Economia Política por estar na base da atividade econômica, tornar possível a produção de qualquer bem e criar valores que constituem a riqueza social (NETTO e BRAZ, 2006: 29). Dessa forma, justifica-se a centralidade conferida pela economia política crítica à análise da produção e das relações de produção. Partindo da análise da repartição do produto social global entre os membros da sociedade, ou seja, do conjunto de bens produzidos nesta sociedade determinada e em determinado período, constata-se que essa distribuição está conectada ao regime de propriedade dos meios de produção fundamentais e dele depende, demonstrando que as relações de distribuição são determinadas pelas relações de produção. Dessa forma, o consumo deve ser

compreendido a partir da produção, que oferece a ele o seu objeto. A forma do consumo não é aleatória, mas conectada ao próprio objeto (NETTO e BRAZ, 2006: 64).

Por sua vez, a teoria do valor-utilidade dos neoclássicos, que ganhou espaço na “ciência econômica” a partir da década de 1870, parte da relação do homem com o meio físico, objetos e serviços e do valor que o homem atribui a esses, na medida em que satisfazem suas necessidades. Nessa teoria, Prado destaca que a análise é centrada:

(...) 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: 11)

Em sua introdução à Economia Política, Paul Singer (1975) esclarece algumas diferenças entre as abordagens crítica e marginalista, a qual predomina nos estudos neoclássicos. Para os marginalistas, há a ênfase na circulação de mercadorias e o valor é a utilidade disso derivada. Tal ideia se afasta da perspectiva da produção, no qual o valor é fruto das relações que se criam entre os homens na atividade econômica (SINGER, 1975: 12).

Paul Singer (1975: 12-15) enfatiza o valor como fruto das relações que se criam entre os homens na atividade econômica, e esta é essencialmente coletiva e decorre da divisão social do trabalho (funções diferenciadas e complementares). Portanto, o valor, de acordo com essa teoria, decorre precisamente do trabalho socializado.

Para Singer (1975: 18), a teoria do valor-utilidade constitui uma ferramenta de explicação econômica na sociedade moderna, e apenas nesta, reside no dinamismo, que é gerado no ato de produção e que estimula constantemente o consumidor a escolher e a ampliar a escala de suas necessidades, mudando-as. No entanto, ao partir de um segmento da realidade, reduz todo o comportamento econômico ao comportamento do mercado, além de ser uma teoria histórica que está presa a uma realidade casual no tempo.

Ao discutir “valor”, Paul Singer apresenta uma contraposição entre objetividade e subjetividade nessas diferentes abordagens. A teoria do valor-utilidade tem o consumidor em seu centro e o pressupõe racional e capaz de reconhecer suas necessidades e os modos de melhor satisfazê-las, porém parte de um comportamento subjetivo: de como as pessoas experimentam necessidades que podem ser satisfeitas de diferentes maneiras e por mais de um objeto. Dessa

forma, o valor para a teoria do valor-utilidade é uma manifestação de comportamento essencialmente subjetivo (SINGER, 1975: 13). Por sua vez, a teoria do valor-trabalho é objetiva na medida em que valor está relacionado ao produto social, que resulta de uma atividade coletiva e pode ser medido pelo tempo de trabalho social investido neste produto (SINGER, 1975: 15). Por essa teoria partir da produção, o valor não surge no mercado, mas sim no trabalho do indivíduo na produção social (SINGER, 1975: 20).

Para Singer, (1975: 20) na teoria do valor-utilidade, o próprio ato de produção é assimilado a uma atividade de troca, uma vez que o indivíduo troca o ócio pelo esforço do trabalho para satisfazer outra necessidade, emergindo uma contraposição entre “agradável” e “desagradável”. A partir da perspectiva marxista, discute-se o trabalho como uma categoria de análise central para compreensão do fenômeno humano-social, pois além de ser indispensável para a compreensão da atividade econômica, faz referência ao próprio modo de ser dos homens e da sociedade (NETTO e BRAZ, 2006: 29). Para a teoria do valor-trabalho, não se parte do trabalho como renúncia ao ócio, como uma atividade que afirma o homem enquanto homem, enquanto um produtor social (SINGER, 1975: 20).

1.1.3 Crise do Capital

Marx considera que o capitalismo se orienta para a busca de valorização do capital e a sua acumulação ocorre através da produção da mais-valia, tendo no valor-trabalho a determinação central das relações sociais de produção e desenvolvimento das forças produtivas (MENDES, 2015: 33). Apresenta-o, assim, em sua totalidade, bem como os desdobramentos do seu movimento na sociedade.

Ao considerarmos que o capitalismo torna imperativa a maximização dos lucros para a competição, verifica-se as contradições entre os aspectos estruturais desse modo de produção, principalmente o imperativo de acumular cada vez mais capital e maximizar o lucro, transcendendo a vontade do indivíduo capitalista, sob competição livre e inserido nas leis da produção capitalista, como uma força externa ao indivíduo (HARVEY: 2021: 297).

Da contradição fundamental do modo de produção capitalista, Marx deduz a “Lei da Queda Tendencial da Taxa de Lucro” (LQTTL) (MARX, 2017 *apud* MENDES e CARNUT, 2020a). Com a introdução do progresso técnico na produção de mercadorias há um aumento relativo do capital constante (c), isto é, da parte do capital investida nos meios de produção, tais como máquinas, equipamentos e matérias-primas. Consequentemente ocorre a diminuição relativa do capital variável (v), ou seja, a diminuição da parte do capital investida em força de

trabalho, elevando a composição orgânica do capital. Como os lucros provêm do valor adicionado pela força de trabalho, mantendo-se a taxa de exploração constante a taxa de lucro tende a sofrer queda, uma vez que é mensurada pela relação entre a mais-valia e o montante do capital total investido ($c + v$). Esse processo conduz a uma crise de sobreacumulação e superprodução explicada pelo declínio do lucro, e não pela insuficiência da demanda efetiva (ROBERTS, 2018).

Faz-se necessário identificar a dimensão da crise na saúde pública como parte integrante da crise do capital. A crise contemporânea do capitalismo, especialmente a partir dos anos 1970-1980, se ancora na articulação de duas principais tendências: a de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas e, como resposta a essa tendência, no reforço da valorização financeira (MENDES e CARNUT, 2020a), de modo que o capital fictício passou a liderar a dinâmica do capitalismo, apropriando-se dos fundos públicos (CHESNAIS, 2005).

Diante do movimento da queda tendencial da taxa de lucro, há o desenvolvimento de meios do próprio sistema capitalista para revertê-la, denominados contratendências, dentre os quais estão o barateamento do capital constante, a elevação da intensidade da exploração do trabalho, a depressão dos salários abaixo do seu valor, o exército industrial de reserva e o comércio exterior, além de contrarreformas associadas à flexibilização da força de trabalho através de políticas regressivas e desregulamentações e a mercantilização do que antes eram domínios públicos da vida, como energia, transporte, educação e saúde. Já o capital fictício nasce como consequência da existência generalizada do capital portador de juros e o fato de ser chamado de fictício se remete justamente ao fato de que, por detrás dele, não existe nenhuma contribuição para a produção ou circulação da riqueza (CARCANHOLO e SABADINI, 2015).

Essas medidas vêm como uma forma de resposta das economias capitalistas à tendência de queda da taxa de lucro. E nesse sentido, o papel do Estado pode ser melhor compreendido à medida em que se verifica a sua integração nas relações capitalistas de produção. Nas últimas décadas, é evidente a atuação do Estado no sentido de promover ajustes austeros permanentes no contexto de crise do capitalismo. Desde a década de 1980, a intensificação dessas práticas passou a ser denominada “neoliberalismo”, considerada a característica do capitalismo global contemporâneo (HARVEY, 2020: 298). Esse período é marcado por uma etapa de desenvolvimento do capitalismo na qual a reprodução econômica e social foi apropriada pelo capital financeiro (FINE e SAAD-FILHO, 2017), que impôs barreiras à efetivação de direitos sociais, ao reforçar a condição de mercadoria da força de trabalho e a mercantilização dos bens

sociais (CARNUT *et al.*, 2021: 144), constatando-se, assim, a atuação do Estado nesse movimento de assegurar contratendências à LQTTL.

Na economia política crítica, o estudo das crises a partir da compreensão da LQTTL e a compreensão do papel do Estado na sociedade capitalista permite apreender a essência da crise neste modo de produção em seu caráter funcional, em contraponto com abordagens superficiais relacionadas às causas aparentes e às formas como a crise se expressa. Estas últimas, ao ignorar as contradições e permanente instabilidade social próprias do capitalismo, acabam se restringindo à sua regeneração para um próximo ciclo econômico (ROBERTS, 2018).

Mendes e Carnut (2020a) destacam as formas sociais determinantes da crise: a crise da forma mercadoria, a crise da forma política estatal e a crise da forma jurídica consoante com a forma política estatal, revelando a crise da forma direito, em particular, do direito à saúde.

1.1.4 O Estado Capitalista

No sistema capitalista há uma relação social fundamental entre capital e trabalho, caracterizada pela produção de mercadorias orientada para o mercado, pela propriedade privada dos meios de produção e pela classe trabalhadora que, por não possuir meios de produção, tem de vender sua força de trabalho no mercado (CARCANHOLO, 2021: 163).

Ainda que a propriedade privada não tenha nascido com o capitalismo, a sua expansão como mediadora das relações sociais, e consequente evolução jurídica, é produto da modernidade burguesa. A vitória sobre o Antigo Regime sacralizou o direito à propriedade “como expressão da plena liberdade centrada no indivíduo burguês”. O caráter emancipatório, fruto do processo revolucionário burguês, derrotou uma organização socioeconômico-política estamental e de poder hereditário, no entanto manteve a apropriação da riqueza socialmente produzida sob novas bases de relações de dominação de classe (DANTAS, 2020). Dantas argumenta que:

(...) O indivíduo burguês, no exercício do seu direito sagrado de possuir e acumular no interior da esfera privada, convive com a expressão genérica e universal do cidadão, ao qual corresponde a esfera pública (...). O mesmo direito que garante é o direito que veda a propriedade privada, evidenciando e legitimando a desigualdade real (e não formal) entre possuidores e não-possuidores (DANTAS, 2020:165).

Pachukanis (2017) adota no campo do Direito um raciocínio voltado à historicidade da forma jurídica. Assim como a economia capitalista e seu conjunto de relações sociais não são

uma forma natural, mas resultado de um processo, a forma jurídica é histórica e está vinculada à organização de um determinado modo de produção social. Para o autor, a análise da forma do sujeito de direitos, em sua abstração e formalidade pelo desenvolvimento capitalista, decorre imediatamente, em Marx, da análise da forma da mercadoria e esta é a forma em que se estabiliza a produção capitalista:

A sociedade capitalista é, sobretudo, uma sociedade de possuidores de mercadorias. Isso significa que as relações sociais dos homens no processo de produção adquirem nela uma forma material nos produtos do trabalho, os quais se relacionam entre si como valores. A mercadoria é um objeto em que a multiplicidade concreta das propriedades úteis torna-se apenas um invólucro material simples da qualidade abstrata do valor, que se manifesta como capacidade de trocar-se por outras mercadorias numa proporção determinada. Essa qualidade manifesta-se como algo inerente às próprias coisas, em virtude de uma espécie de lei natural, que age pelas costas dos homens de maneira completamente independente de sua vontade (PACHUKANIS, 2017: 140).

Marx (2013 *apud* MENDES e CARNUT, 2020a) argumenta que dado o capital ser uma relação social, ela é atravessada por profundas contradições. Nesse sentido, torna-se necessário o Estado como instância reguladora para reparar os danos provocados por essas contradições. Dessas relações pode ser deduzido o seu papel, ao encarnar o público e aparentar posição de isenção, como um organismo situado acima da luta de classes. De acordo com Dantas é importante refletir:

Mas no centro do problema está o Estado. Por oposição à dimensão privada como espaço de acumulação de riqueza dos indivíduos burgueses concretos, o público forjou-se como expressão da universalidade do Estado, e o cidadão, um igual genérico, de direito, como o seu guardião. Por um lado, a falsa universalidade do Estado e, por outro, a sua encarnação do público, mesmo que apenas formalmente, produziram a fábula da sua isenção como puro organismo administrativo, de governo, acima da luta de classes e, por consequência, seu árbitro, na garantia do interesse comum (DANTAS, 2020: 166).

Na Teoria Materialista do Estado, cujo ponto de partida são as relações materiais de produção, Hirsch (2010) salienta que o capitalismo transformou a relação entre economia e política, separando uma da outra e se nutrido das suas formas de dominação, que deixam de ser imediatamente idênticas, como anteriormente no Antigo Regime. Nesse sentido, a autonomização do Estado é necessária para a preservação da sociedade capitalista. O Estado pode ser compreendido como um complexo de relações sociais e expressão da forma política da sociedade capitalista, gerado e reproduzido pelos indivíduos ativos, sob condições que fogem à sua consciência imediata. Expressa uma relação de socialização antagônica e contraditória e que transcende um simples aparelho repressivo de força ou mero instrumento da classe

capitalista e não pode ser compreendido enquanto organismo instaurado conscientemente, corporificação do "bem-estar comum" ou expressão de uma vontade geral.

Na perspectiva da escola da derivação do Estado, Hirsch (2010: 31) salienta que a sociedade é apresentada em duas esferas aparentemente autônomas: econômica e política. Não se trata de derivar o político das relações econômicas, mas identificar, no modo de produção capitalista, o modo como as relações sociais se apresentam simultaneamente sob formas econômicas (mercadoria, valor, dinheiro, capital) e sob a forma Estado. Ambas formas, econômica e política, são características estruturais da sociedade capitalista, e uma se refere à outra.

Pachukanis (2017) relaciona a materialidade histórica da constituição do capitalismo e o estabelecimento do Direito como forma de sua sociabilidade. Assim, o Direito não pode conduzir à superação da sociabilidade capitalista, pois é a forma social necessária e estruturante do próprio modo de produção capitalista. Da mesma forma que o dinheiro é a abstração real que media a contradição entre duas mercadorias equivalentes, a norma jurídica é a abstração real que “esclarece o significado da igualdade formal em uma determinada situação, em certo momento” (BATISTA, 2020: 123). A qualidade de ser sujeito de direitos é puramente formal uma vez que todos podem igualmente ser proprietários, mas isso não os transforma em tal. Assim, o Direito não é mera derivação das trocas, pois supera o nível da circulação, encontrando no nível da produção o estabelecimento da subjetividade jurídica.

Ou seja, Estado e Direito são formas sociais capitalistas que são definidos pelo autor como uma miragem conveniente à burguesia, ocultando às massas a dominação burguesa, em que a medida da liberdade é condicionada pela medida de dominação do outro. Portanto, o Estado também não possui caráter transformador ou de superação do capitalismo (PACHUKANIS, 2017).

Mathias e Salama (1983) afirmam que o Estado não se situa acima da lei do valor e não pode substituir as suas contradições, embora possa agir sobre suas evoluções. A natureza do Estado, segundo os autores, a partir da escola da derivação, pode ser deduzida do capital a partir da sucessão de categorias, portanto, a partir da generalização das mercadorias.

Marx (2013 *apud* MENDES e CARNUT, 2020a) deixa clara a pressuposição do Estado, ao entender-se que na circulação mercantil simples, os produtores individuais trocam mercadorias entre si, emergindo a categoria de propriedade, a qual não pode prescindir do Estado. A sucessão das categorias “mercadoria / valor / dinheiro” não pode se encerrar na

categoria “capital”. Limitada a esta categoria, essa dedução lógica não permite apreender a totalidade das causas do movimento real da sociabilidade capitalista; omitida a categoria “Estado”, o capital não pode ser concebido. Dessa forma, o Estado é deduzido, ou seja, derivado da lógica do capital (MATHIAS e SALAMA, 1983: 24).

No caso dos países subdesenvolvidos, Mathias e Salama (1983) afirmam que não é possível aplicar essa lógica. Isto porque a generalização das mercadorias não é efetiva. Assim, o que causa o subdesenvolvimento não é a subindustrialização ou falsa industrialização, mas sim o processo de desestruturação das relações de produção, uma vez que as relações mercantis são incompletas e específicas. Portanto, as condições de gênese do Capital marcam profundamente o desenvolvimento desses países. Assim, a diferença entre economias desenvolvidas e subdesenvolvidas advém de diferentes condições de emergência da acumulação e dos diferentes efeitos desta acumulação. A hipótese central dos autores é que é possível deduzir da categoria "economia mundial constituída" a natureza de classe dos Estados da periferia, de modo que essa dedução permite compreender a originalidade dos seus regimes políticos. No contexto de crise, o Estado intervém para limitar seus efeitos destruidores e regenerar o capital, considerados três fatores: o regime de acumulação dominante, o estado e evolução prevista da luta de classes e suas frações e a sua expressão a nível político.

Nesses países subdesenvolvidos, verifica-se que a intervenção do Estado na socialização da força de trabalho é muito reduzida quando comparada à situação dominante nos países desenvolvidos, e que a intervenção no setor produtivo é proporcionalmente maior, inclusive atuando na defasagem existente no nível das forças produtivas ao adaptar o país à divisão internacional do trabalho em curto espaço de tempo. Nos países desenvolvidos, a crescente intervenção estatal se apoia nas dificuldades de reprodução da relação de dominação e nos países subdesenvolvidos na intenção de corresponder certos segmentos da demanda à oferta, impulsionando regimes de acumulação particulares.

Especialmente a partir da década de 1980, nos países capitalistas desenvolvidos, o processo de socialização estatal da força de trabalho já estava conhecendo seus limites e colocado em questão. Nesse contexto, deve-se avaliar a possibilidade que têm os países subdesenvolvidos de superarem sua própria crise através desse caminho. De acordo com Mathias e Salama tem-se que:

O aspecto "custo" parece desde já predominar, e torna hoje mais difícil um desenvolvimento significativo da socialização estatal da força de trabalho, a menos que ela tenha por origem contradições sócio-políticas (MATHIAS e SALAMA, 1983: 73).

No contexto da Teoria Marxista da Dependência, Osório (2020) discute as especificidades do Estado dependente e o padrão de reprodução do capital, identificando a especificidade da América Latina. O autor caracteriza o Estado dependente como um Estado subsoberano, subordinado a outros Estados centrais, no contexto do sistema interestatal mundial. É ressaltada a peculiaridade das formas de reprodução do capitalismo dependente, predominando a superexploração, com agudização do conflito social e debilitação do sentido de comunidade. Diante disso, verifica-se a tendência ao predomínio de diversas formas autoritárias (OSÓRIO, 2020: 57-59).

Por sua vez, Demier (2017) salienta a construção de democracias blindadas aos setores populares, remodeladas pelo neoliberalismo, como importantes mecanismos para o capital. Em sua análise acerca dos países centrais, ressalta que houve, ainda que momentaneamente no final dos anos 1980, um controle sobre a queda tendencial da taxa de lucro, em função da substituição de uma política social reformista por outra contra reformista, com objetivo de reverter a tendência. Ainda assim, houve o movimento de construção e aprimoramento de democracias blindadas, de forma que essas configurações políticas altamente restritivas se constituem na forma ótima da gestão burguesa da luta de classes. Observa-se, portanto, uma drástica diminuição dos gastos estatais com as políticas públicas universais, precarização do trabalho, novos espaços de investimentos para o capital privado, como saúde, educação, previdência etc.

Nesse sentido, no contexto de redemocratização na América Latina, no final do século XX, houve a readequação dos meios de dominação de classe na forma de um regime democrático restrito e modernizador, controlado pelo Executivo forte, ao qual só partidos e coalizões conservadoras teriam acesso, com direção por uma elite tecnocrática e tecno empresarial e livre da dependência política do voto popular (DEMIER, 2017).

Tais reflexões acerca do Estado, no contexto de blindagem às reivindicações populares e sobretudo no capitalismo dependente, pode ser evidenciado na incorporação de políticas neoliberais de permanentes ajustes fiscais (MENDES e CARNUT, 2020b). Particularmente no Brasil, observa-se que as três décadas de existência do Sistema Único de Saúde são marcadas pelos recorrentes embates e sinais claros de redução de sua sustentabilidade financeira (MENDES e CARNUT, 2020). A intensificação dessas medidas pode ser compreendida a partir da crise capitalista contemporânea e da atuação do Estado no sentido de restringir o orçamento público e responder às exigências do capital portador de juros e da expansão rentista do capital fictício, de modo a assegurar as contratendências à queda da lucratividade do setor produtivo (MENDES e CARNUT, 2020a).

O Estado Capitalista brasileiro age a partir de um regime político de legitimidade restrita, implementando contrarreformas que passam a atacar os direitos sociais, em especial o direito à saúde. Nessa direção, intensifica-se a implementação de marcos regulatórios que condizem com a subordinação às soberanias dos Estados Nacionais dos países capitalistas. Verifica-se um terreno fértil para o avanço das medidas que visam a extinção da possibilidade de implementação do direito universal à saúde, sob a chancela da valorização da eficiência e da racionalidade, abrindo espaço à apropriação do capital privado (MENDES e CARNUT, 2020b). A valorização da eficiência e da racionalidade provinda da natureza híbrida entre público e privado no SUS se firmou como "dato incontestável de realidade" e tem direcionado o foco para a falta de regulação e gestão do Estado. Dessa forma, o debate voltou-se para as formas gerenciais de estruturação e sustentação do sistema de saúde (DANTAS, 2020).

1.2 ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

1.2.1 Saúde, Capital e Trabalho

No sistema capitalista há uma relação social fundamental entre capital e trabalho, caracterizada pela produção de mercadorias orientada para o mercado, pela propriedade privada dos meios de produção e pelo segmento da população que, por não possuir meios de produção, tem que vender sua força de trabalho no mercado (CARCANHOLO, 2021: 163).

Dado que sem a garantia do custo de subsistência a economia não pode sequer se reproduzir e que o seu crescimento está, dentre outros fatores, relacionado à produtividade da força de trabalho. Braga e Paula (1981) sustentam que:

Na determinação do nível mínimo de subsistência — aquele que permite à classe trabalhadora reproduzir-se e expandir-se segundo as necessidades de expansão do capital — aparecem, de maneira implícita, as noções de saúde (fundamental para a determinação da capacidade de trabalho) e as de mortalidade e natalidade. Assim, embora não trabalhassem com o conceito propriamente dito, os clássicos preocupavam-se com os efeitos da saúde e de seus agravos¹ (BRAGA e PAULA, 1981: 14).

¹Braga e Paula (1981: 14) ressaltam que, para os pensadores clássicos, a questão da saúde não é dada diretamente, assim como também não se pensava em mortalidade, qualidade de vida e níveis de saúde. A discussão se restringe à subsistência, "no simples sobreviver, sendo a vida um dato que não é qualificado".

A partir da crítica de Marx ao pensamento econômico clássico, os autores apresentam a implicação dessa relação social para a questão da saúde.

E no processo de produção se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença, em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho (BRAGA e PAULA, 1981: 16).

E ainda que:

As relações de produção e de trabalho não agem sobre a saúde apenas pelo lado do salário e portanto do consumo do trabalhador. A saúde do proletário é afetada também pelo processo de trabalho a que ele está submetido. Tais efeitos se dão sob múltiplas formas, desde a pressão dos capitalistas pela extensão da jornada de trabalho, na busca de apropriação de mais-valia absoluta, até a utilização de máquinas e equipamentos que, sem considerar os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, elevam a produtividade do trabalho, na busca de extração da mais-valia relativa (BRAGA e PAULA, 1981: 17).

Braga e Paula chamam a atenção também para o caráter estruturante do exército industrial de reserva neste sistema, sem o qual não se pode compreender a subsistência no capitalismo:

A questão da subsistência, entretanto, não está ligada apenas ao salário. O funcionamento do capitalismo exige que ao lado dos trabalhadores ocupados exista uma massa de desempregados, um exército industrial de reserva composto de trabalhadores (qualificados ou não) dispostos a se engajar na produção, sem entretanto encontrar meios para tal, pela insuficiência da demanda de força de trabalho. Tal exército industrial de reserva vive, evidentemente, em condições muito inferiores às dos trabalhadores empregados, apresentando, por conseguinte, taxas de mortalidade e morbidade muito superiores às daqueles (BRAGA e PAULA, 1981: 17).

Ao retomar historicamente as relações entre produtividade, excedente econômico e a sua apropriação (ou expropriação), apoiando-se em Marx, verifica-se que o excedente social resulta da diferença entre o produto social total, dado pela produtividade da força de trabalho, e o produto necessário, dado pelo custo de subsistência da população trabalhadora. Nas economias capitalistas, de mercado generalizado, observamos que esse excedente decorre da produtividade do trabalho e do custo de reprodução da força de trabalho, forças sociais que não são fixadas (NETTO e BRAZ, 2006: 22) e nos deparamos com as tensões referentes ao custo da força de trabalho, que seria a soma de recursos para garantir os indivíduos vivos, para garantir sua reprodução e também para qualificá-los para a divisão social do trabalho.

Braga e Paula (1981: 16) destacam que diferentemente da formulação de David Ricardo, Marx não parte da distribuição do produto social para determinar o nível de salário e de

subsistência, mas sim inverte o raciocínio ao partir das relações de produção, que terão como consequência a determinação de determinado nível de subsistência. Marx destaca que este nível varia historicamente:

Nos momentos iniciais do desenvolvimento do capitalismo - a que Marx assistiu – e, mais tarde, no quadro das economias capitalistas subdesenvolvidas, a tendência era a de reduzir tanto quanto possível os níveis salariais e de subsistência. Na medida em que o capitalismo amadurece, entretanto, duas forças agem no sentido da melhoria de tais níveis: economicamente, a ampliação e barateamento da produção de bens de consumo proporcionados pela elevação da produtividade do trabalho exige a criação de novos consumidores, obtidas através da melhoria dos níveis salariais. Ao mesmo tempo, a progressiva organização da classe operária capacita-a a lutar econômica e politicamente por seus interesses, contrapondo-se aos capitalistas (BRAGA e PAULA, 1981: 16-17).

Neste âmbito estão inseridas as políticas de controle social, nas quais a questão da saúde se insere. Para a compreensão dessas questões no movimento do capital, faz-se pertinente resgatar o arcabouço teórico da economia política da saúde.

1.2.2 Economia Política Crítica e Saúde

Harvey (2021: 294) define, em termos gerais, a economia política da saúde como o estudo da economia política e dos sistemas político-econômicos no domínio da saúde com a finalidade articular esses tópicos com mudanças nas distribuições epidemiológicas ao longo do tempo. As conexões entre economia política e saúde são muito bem caracterizadas na literatura histórica da saúde pública, remontando a séculos, porém o termo “economia política da saúde” surgiu na década de 1970 e estava comumente relacionado a uma abordagem amplamente associada às obras de Karl Marx, Friedrich Engels e à tradição teórica marxista de análise científica social, ainda que implícitas na literatura da saúde pública (HARVEY, 2021: 294).

No capitalismo, a questão da saúde cresce como problema coletivo e no âmbito do pensamento econômico-social. Braga e Paula salientam que:

(...) tal avanço “teórico” se dá não exatamente na medida em que aumenta a gravidade do problema da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção à saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura socioeconômica concreta (BRAGA e PAULA, 1981:1).

Harvey (2021) destaca que autores precursores no campo da saúde pública estão situados explicitamente na tradição marxista, utilizando-se dos conceitos e teorias desenvolvidas por Marx e Engels, como classe, luta de classes, desigualdade material, exploração, lucro, acumulação de capital, condições de trabalho, organização da produção,

imperialismo e subdesenvolvimento². Para o autor, na contemporaneidade o interesse pela economia política também se reflete no campo da saúde pública, devido à preocupação acerca das consequências para a saúde de baixos salários, trabalhos precários, ampliação da desigualdade e influência do poder econômico sobre o processo político. No entanto, apesar da relevância da economia política da saúde para a compreensão e abordagem das desigualdades contemporâneas nessa questão, ela não é amplamente referenciada na produção da saúde pública e quando a economia política é destacada na literatura, nem sempre é definida explicitamente. Disso decorre uma problemática, dado que as tradições teóricas distintas que empregam o termo "economia política" – como keynesiana, neoclássica, neoliberal, institucional, escolha racional e marxista – abordam questões sob perspectivas amplamente discrepantes (HARVEY, 2021: 294).

Nesse sentido, cabe explicitar a perspectiva crítica aqui resgatada e também destacada a contribuição da obra de Braga e Paula (1981) a respeito do pensamento econômico no capitalismo, resgatando a abordagem da questão da saúde desde a fase de acumulação primitiva até os embates contemporâneos no contexto da predominância do pensamento neoclássico.

Braga e Paula (1981: 12) salientam que não se pode afirmar que os economistas clássicos ou Marx tenham pensado com profundidade a questão da saúde como objeto da ciência econômica então nascente. Entretanto, esses pensadores desenvolveram uma série de instrumentos importantes para a reflexão sobre a interação entre atividades econômicas e a saúde das populações. Ressalta-se que o pensamento econômico clássico se voltava para o todo social e que a saúde era apenas pressuposta nas análises, associando-se a questões como a reprodução da força de trabalho e o nível da sua subsistência.

A questão da saúde já era discutida entre os pensadores mercantilistas, voltados a interferir na atividade do Estado e contribuir para o enriquecimento da nação. Esses pensadores, considerados cientistas sociais e também políticos, defendiam como primordial uma população grande, provida em sentido material e colocada sob o controle do governo, que permitisse a expansão da produção e da sua riqueza. Neste sentido, haveria uma política de poder que concatenaria o bem-estar da sociedade com o bem-estar do Estado (BRAGA e PAULA, 1981).

Dentre os pensadores mercantilistas, destaca-se Willian Petty, considerado por Marx o “fundador da moderna economia política” por ter sido o primeiro a atribuir ao trabalho a origem

² Aqui recorreremos à contribuição de Braga e Paula (1981) e ao percurso de Harvey (2021), que mapeou a produção de autores-chave no campo da economia política da saúde, ressaltando a importância de se resgatar definições e conceitos destes.

do valor (BRAGA e PAULA, 1981: 4). Petty acreditava que os dados numéricos poderiam lançar luz sobre praticamente todos os problemas e associava as vinculações sociais aos problemas de saúde, defendendo a responsabilidade de se remover os principais impedimentos ao completo desenvolvimento de recursos como a fertilidade natural e a população, que seriam condições básicas para a prosperidade nacional. Para isso deveriam ser criadas condições que promovessem a saúde, evitassem a doença, tornassem cuidado médico acessível a todos que necessitassem e o dever do Estado seria estimular o progresso da medicina e o avanço do cuidado médico. Braga e Paula (1981: 4) destacam que Petty avança em relação às premissas de sua época quanto à grande população, ao trazer para a discussão a responsabilidade do Estado, porém acaba reduzindo a vida humana a sua capacidade de trabalho, despindo-a de outros significados vitais.

Braga e Paula destacam a contribuição do pensamento de Marx, em sua particularidade, acerca da saúde:

(...) é talvez no pensamento de Marx onde se pode encontrar as mais significativas reflexões diretamente relacionadas com a problemática da saúde. Isto se deve basicamente a duas razões: a primeira é que Marx e Engels assumem uma posição ideológica de defesa da classe operária; a segunda, é que metodologicamente assumem a postura de analisar a sociedade como um todo: embora dando primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, veem as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente entrelaçadas (BRAGA e PAULA, 1981: 16)

Para Braga e Paula (1981: 18), Marx avançou em relação aos seus antecessores na medida em que incorporou em sua análise social a questão da mortalidade e da morbidade, de forma que sua obra apresenta a relação entre saúde e processo capitalista de produção, e não somente entre a saúde e o processo industrial. Antes de Marx o pensamento econômico não havia se preocupado especificamente com a saúde. Uma razão seria a própria inexistência de aparelhos de atenção à saúde significativamente organizados³.

Apesar da centralidade de Marx, deve ser destacada a colaboração de Friedrich Engels e seu livro “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”, de 1845, para a economia política da saúde, ao desvelar os efeitos do desenvolvimento do capitalismo industrial sobre a saúde dos trabalhadores e suas famílias em Manchester, Inglaterra. Embora a principal preocupação de Marx não estivesse voltada à relação entre saúde e capitalismo, a obra de Engels moldou profundamente o pensamento de Marx, de modo que a discussão a respeito de doenças

³ Uma exceção é a Polícia Médica alemã, do século XVIII.

socialmente produzidas entre trabalhadores forneceu a Marx a compreensão sobre a natureza da produção, exploração e sofrimento sob o sistema político-econômico capitalista (HARVEY, 2021: 294-295). Engels correlaciona as condições sociais e de trabalho produzidas pela nova forma industrial da economia capitalista, com sofrimento generalizado e morte prematura de trabalhadores, enquanto estes produziam riqueza para a classe que detinha os meios de produção.

Como um desdobramento do pensamento de autores-chave da Medicina Social, faz-se pertinente para a economia política da saúde retomar as discussões desses. Ressaltamos a contribuição das obras de Rudolf Virchow e de Salvador Allende. Waitzkin (2007) destaca o pensamento dessas duas personalidades para associar as origens da economia política da saúde às tradições da medicina social europeia do século XIX e da América Latina do século XX.

Waitzkin (2007: 110) destaca que para Engels a análise das fontes político-econômicas da doença fazia parte de uma agenda muito mais ampla e que ele nunca voltou às origens sociais da doença como uma questão importante por si só, embora sua obra apresentasse uma ampla descrição de vida da classe trabalhadora e uma análise profunda das relações causais entre o sistema político-econômico e a doença física. O argumento de Engels implicava que a solução para muitos problemas de saúde exigia transformações econômicas amplas, e intervenções médicas limitadas nunca produziriam o nível de melhorias necessárias. No entanto, a análise de Engels exerceu uma importante influência, tanto intelectual quanto política, em um dos fundadores da medicina social, Rudolf Virchow.

Virchow, médico alemão do século XIX, refletiu sobre as condições materiais em que a doença se manifestava e como as forças políticas e econômicas impediram reformas sociais voltadas à redução da pobreza e da insegurança alimentar e melhorar as condições de trabalho da classe trabalhadora. Para ele, as intervenções biomédicas e de saúde pública tomadas por si só fracassariam se não fosse enfrentado o poder político da classe dominante e as exigências econômicas do capitalismo, que juntos teriam produzido as condições sociais que eram fundamentalmente responsáveis pelas desigualdades na saúde (WAITZKIN, 2007: 111). Ao apresentar o seu famoso ditado "A medicina é uma ciência social e a política nada mais que medicina em grande escala", Virchow "transmite sua crença de que atuar no domínio político deve ser central para a prática de uma medicina reformada baseada nas ciências sociais, ao invés de estritamente na biomedicina" (TAYLOR e RIEGER, 1985: 548).

Outra figura proeminente na medicina social, em sua tradição latino-americana é Salvador Allende, médico e presidente chileno, que em sua formação médica foi influenciado

pelas ideias de Virchow. Além de destacar a organização do trabalho e as condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora como responsáveis pelo adoecimento, sua contribuição para a tradição da medicina social foram suas ideias sobre a exploração nas relações econômicas internacionais, moldadas pelos países ricos e impostas aos mais pobres, primeiro sob a escravidão e o colonialismo e, posteriormente, sob várias formas de neocolonialismo corporativo, político e econômico (WAITZKIN, 2007: p. 113-117).

Como já apresentado, há uma problemática da não explicitação e frequente não definição do termo “economia política da saúde”. Harvey (2021) salienta que muitos autores que usam o termo não estão recorrendo principalmente a seu legado marxista, no entanto dentre os estudiosos de tradição marxista, geralmente é compartilhada uma compreensão comum do termo. Podem ser destacadas questões da produção e distribuição de riqueza, da acumulação de capital e organização do trabalho e do grau que a sociedade depende do controle estatal da distribuição de recursos *versus* controle do mercado de tais atividades como importantes determinações da saúde da população. (RAPHAEL e BRYANT, 2006: 238).

Também deve ser ressaltado que a distribuição de recursos nos sistemas econômicos e políticos ocorre com base nos níveis relativos de poder que diferentes indivíduos e entidades são capazes de exercer na sociedade, como as organizações poderosas que são capazes de moldar políticas em seu benefício. Nesse sentido, ocorre desequilíbrio de poder, de modo que são adotadas políticas favoráveis aos capitalistas, as quais resultam na redistribuição da riqueza para a classe dominante, aumento da desigualdade e redução dos resultados de saúde da população (RAPHAEL, 2015).

Braga e Paula (1981:1) situam o Estado nesse cenário, destacando que a economia política clássica e a sua crítica marxiana continham noções e conceitos que “permitiam entender com alguma precisão como as relações sociais de produção condicionavam não só o estado de saúde, como também os cuidados à saúde promovidos pelo Estado”.

São colocadas em questão as prioridades de acumulação de capital em sua interação com o estado. Questões centrais incluem o modo como a priorização da acumulação do capital sobre o humano pode afetar a saúde, através da exposição do trabalhador à insalubridade e aos riscos ocupacionais, salários inadequados, e com a mercantilização desenfreada de praticamente todas as atividades, necessidades e desejos humanos. Também é destacado o impacto na saúde pública das políticas estatais voltadas a essas prioridades do capital e ao modo como operam: regulação ou desregulamentação de corporações e setores, taxas de juros, códigos fiscais, acordos comerciais, leis trabalhistas, leis ambientais, níveis absolutos e relativos de gastos em

programas sociais e relações internacionais de dominação econômica e política (KRIEGER, 2001: 670).

Dessa forma, num contexto de busca da maximização do lucro às custas da saúde humana, o autor enfatiza como hipótese que a atuação das instituições econômicas e políticas ocorre no sentido de criar, reforçar e perpetuar o privilégio econômico e social de uma classe dominante, em cuja raiz está a causa de desigualdades sociais em saúde. Dentre as questões contemporâneas, o autor destaca os impactos na saúde decorrentes do aumento da desigualdade de renda, dos ajustes estruturais de programas impostos pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial e das políticas econômicas neoliberais que favorecem o dismantelamento do Estado de bem-estar social (KRIEGER, 2001: 670).

Por sua vez, Baer (1982) enfatiza a organização da produção, o imperialismo e o capitalismo global. O autor destaca a economia política da saúde como um esforço crítico voltado à compreensão das questões relacionadas à saúde no contexto das relações de classe e imperialistas inerentes ao sistema mundial capitalista. Nesse contexto, o autor divide a economia política da saúde entre "a economia política da doença" e "a economia política dos cuidados de saúde". A primeira refere-se ao estudo da produção social da doença sistema político-econômico capitalista e a segunda preocupada com o impacto que o modo de produção capitalista tem sobre a produção, distribuição e consumo de serviços de saúde e como esses processos se refletem nas relações de classe em que esses serviços se inserem (BAER, 1982: p. 1-2). Birn *et al.* (2009) enfatizam a perspectiva do campo da economia política da saúde que se volta para a saúde em termos da natureza das relações de poder e controle sobre os recursos, e as suas implicações para as desigualdades sociais e as instituições que desafiam ou reforçam a distribuição de poder e recursos nos níveis local, nacional e internacional.

Harvey (2021) destaca nessas definições de economia política da saúde a ênfase nas estruturas sociais, instituições e políticas públicas, bem como o papel destas em exacerbar ou reduzir as desigualdades econômicas e de saúde. Várias das definições mapeadas pelo autor voltam-se às contradições entre os aspectos estruturais do capitalismo e os resultados de saúde da população, destacado o imperativo da acumulação, competição e maximização do lucro e a centralidade da relação entre a classe capitalista e a classe trabalhadora para a compreensão dessas desigualdades e os sistemas político-econômicos dos quais surgem.

Krieger (2001: 670) destaca a conexão entre a economia política da saúde e a produção social da doença. Do ponto de vista epidemiológico, o autor destaca que o campo emerge em parte como crítica à proliferação de teorias voltadas ao estilo de vida, que culpam as vítimas ao

ênfatisar a responsabilidade do indivíduo por supostamente escolher os chamados “estilos de vida saudáveis” e por lidar melhor com “estresse”⁴. As novas análises voltam-se a aspectos econômicos e determinantes políticos de saúde e doença, incluindo barreiras estruturais para a vida saudável da população.

Destacamos aqui Breilh (1986) que aborda os modelos epidemiológicos em perspectiva aos instrumentos para o projeto de avanço do capital. Ressalta-se que a frequente consideração do fator social em nível hierárquico semelhante ao de outros fatores ignora a centralidade das questões de saúde dentro do modo de produção capitalista, de forma que a sua lógica não é abordada na perspectiva produtora de processos de saúde e doença. Dessa forma, o autor afirma a epidemiologia como terreno político de luta de ideias frente a um suposto tecnicismo que ignora as relações entre ciência e poder e que em diferentes níveis reproduz as contradições da acumulação capitalista e impede a superação das suas contradições. Defende a categoria da determinação social da saúde, situada no âmbito da epidemiologia crítica latino-americana, como ruptura com a abordagem dominante, reducionista e fragmentada⁵.

Ao analisar a saúde no modo de produção capitalista e do valor que se valoriza, Perito (2017:11) aponta para o seu duplo caráter, uma dimensão social e uma dimensão biológica.

Trata-se de perceber que a saúde possui uma dimensão de relação social determinada historicamente e que determina aspectos biológicos, assim como aspectos biológicos determinam desafios científicos com forte impacto nas novas determinações sociais, um jogo dialético de co-determinação de oposições transformadas em unidade - da saúde como unidade contraditória (PERITO, 2017: 11).

Sobre o corpo nesse contexto, este:

(...) possui uma saúde que reside em si mesmo, mas, a saúde externa ao corpo é uma necessidade social de se manter o corpo capaz de produzir valor, manter o corpo são para o reino do valor em movimento. Assim aparece o duplo caráter da saúde, a saúde concreta e a saúde abstrata (PERITO, 2017: 12).

A partir dos conceitos desenvolvidos por Christophe Dejours (1986) sobre questões de saúde e condições de trabalho, Perito (2017: 13) discute, no campo da crítica da economia política da saúde, a compreensão de que no modo de produção capitalista o limite do corpo

⁴ Podemos ressaltar, de forma contemporânea, a influência da ideologia neoliberal no campo da epidemiologia, ao tomar as questões de saúde como essencialmente individuais e ocultar os elementos próprios da sociabilidade capitalista que impõem barreiras à saúde e à qualidade de vida.

⁵ O reducionismo associado ao conceito de causalidade na epidemiologia, conduz à simplificação do real, à homogeneidade das categorias e ao mecanismo de “afirmação-negação” ou “mitificação” do social, o qual fica restrito ao nível do discurso, alienado e despolitizado, como salienta Sérgio Arouca (1975: 124) ao discutir a prática discursiva da medicina preventiva e sua relação com a História Natural das doenças.

humano está associado ao limite da extração de valor, substância da forma mercadoria. Dejours (1986) discute as questões de saúde em três campos - fisiológico, doenças psicossomáticas e psicopatologia do trabalho - e Perito (2017, 13) identifica os limites objetivos do corpo dentro de cada um desses campos, ressaltando o corpo humano como única força produtiva capaz de produzir o mais valor.

Nesse sentido, Harvey (2021: 298) aponta o capitalismo como um sistema político-econômico que molda quase todos os aspectos da vida humana mas que atrai relativamente pouca atenção no campo da saúde pública. O autor destaca a necessidade de apoiar-se na economia política da saúde para explicar e abordar as persistentes desigualdades de saúde e as crises emergentes de saúde pública sob o capitalismo global, ainda mais numa perspectiva que conjugue a saúde e os seus determinantes estruturais e do sistema que os produz.

1.2.3 Pensamento Neoclássico e Saúde

A constituição de um pensamento econômico voltado para as questões de saúde só se dá a partir dos neoclássicos, com ênfase nas questões da atenção à saúde. Verifica-se que, no final do século XIX, com a estruturação dos sistemas de saúde, esse pensamento voltou-se mais precisamente ao assunto em uma abordagem microeconômica, preocupando-se com a eficiência da unidade produtiva e a melhoria da administração (BRAGA e PAULA, 1981: 19).

Após a 2ª Guerra Mundial, há a constituição da Economia da Saúde como um ramo específico do saber econômico. Naquele contexto, o setor da atenção à saúde, ao ganhar mais eficiência, aumenta também suas dimensões econômicas e financeiras, mobilizando expressivos recursos. Houve o crescimento dos ramos industriais por trás dos aparatos de prestação de serviços, como produtores de fármacos e equipamentos médicos etc. Nos países industrializados cresce também a renda familiar gasta com a recuperação da saúde.

Ao resgatar a definição de Mushkin para a economia da saúde, Braga e Paula (1981) criticam a abordagem pela qual:

Economia de saúde é o campo de investigação cujo tema é o uso ótimo de recursos para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização (MUSHKIN, 1958 apud BRAGA e PAULA, 1981: 19-20).

Braga e Paula ressaltam que os neoclássicos não estão atentos aos reflexos macroeconômicos e limitam “a questão da saúde à análise de indústria do cuidado à saúde, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população”. Dessa forma

não são considerados os elementos de reprodução do capital no setor saúde e todos os outros fatores que influenciam os níveis de saúde da população (BRAGA e PAULA, 1981: 20).

Os autores destacam que:

A estreiteza desta definição deve-se principalmente ao temor das categorias demasiadamente amplas. Demasia a partir de seu ponto de vista, naturalmente, definido pela necessidade que lhes impõe se um instrumental, de só trabalharem com categorias "operacionalizáveis". Restringem a questão da saúde à análise de indústria do cuidado à saúde, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população. Tornam-se assim os ideólogos do capital desta indústria, e constroem os argumentos que serão manipulados para o carreamento dos recursos estatais a esta área (BRAGA e PAULA, 1981: 20).

E ainda que o pensamento neoclássico:

(..) reflete a etapa por que passam as relações capitalistas em geral e os processos capitalistas específicos da indústria de cuidado à saúde, etapa em que a existência desta indústria se justificará não apenas por seus efeitos sobre a reprodução da força de trabalho, mas também pela acumulação do capital no setor em si (BRAGA e PAULA, 1981: 20).

Braga e Paula destacam que os neoclássicos privilegiam os impactos da atividade produtiva sobre a saúde das pessoas, voltando-se para a avaliação dos efeitos da atenção à saúde em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade etc. Dessa forma:

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 (BRAGA e PAULA, 1981: 21).

E, nesse sentido, evidencia-se as limitações da abordagem neoclássica que ignora as demais implicações da saúde e da doença sobre o ser humano:

Saúde é vista como capacidade de desempenho das funções produtivas; saúde, analiticamente, não é vista como sendo determinada pela estrutura socioeconômica; a melhoria de saúde é vista como uma função direta da estrutura de atenção à saúde; e nesta, não se vê o movimento do capital (BRAGA e PAULA, 1981: 23).

Braga e Paula (1981:24) abordam criticamente as análises voltadas às despesas com atenção à saúde como investimento - em detrimento de consumo - com base na suposição de que tais gastos trazem um retorno. Destacam, por exemplo, análises do tipo custo-benefício, onde os benefícios são "o tempo de trabalho adicional ganho pela sociedade com o decréscimo da taxa de mortalidade e de morbidade". Os autores levantam críticas a estes tais procedimentos,

destacando a imprecisão do pressuposto de que a melhor atenção à saúde seja responsável por uma melhoria nos níveis de mortalidade e morbidade⁶.

Percebe-se que entre os envolvidos com o campo da saúde coletiva nas décadas mais recentes e os economistas da saúde há um certo distanciamento do estudo da Economia Política. Em parte, este problema pode ser explicado por uma carência geral no tocante a qualquer espécie de leitura mais afeta à temática. Por outro, é presente um desconhecimento quanto aos objetivos e métodos deste campo do conhecimento, diferentemente do núcleo originário de pensadores da Saúde Coletiva das décadas de 1970 e 1980 que dele muito se nutriu (MENDES *et al.*, 2017).

A partir da discussão até aqui apresentada, faz-se necessário reconhecer que o tratamento específico dos problemas de saúde ocorre no embate e nas tensões da totalidade da vida social. E essa parece ser uma visão completamente distante daquela que vem sendo hegemônica pelo campo da economia da saúde (MENDES *et al.*, 2017).

1.3 A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE DE PAUL SINGER

Dentre os autores da economia política, este trabalho destaca um recorte do pensamento de Paul Singer acerca da avaliação dos serviços de saúde (SS) e da própria natureza e particularidades destes na sociedade capitalista, sob a ótica da Economia Política da Saúde. A obra referenciada nesta parte do estudo é o livro “Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde”, de autoria de Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira, publicado em 1978.

Cabe ressaltar que esta publicação está situada na sua fase de produção mais voltada à perspectiva marxista. Da formação política sindical, Singer tornou-se um exímio conhecedor da economia marxista, a qual havia estudado por conta própria, mais tarde graduando-se no curso de economia da Universidade de São Paulo (USP), em 1959.

Em sua diversificada trajetória acadêmica, integrou a equipe enviada pela professora Elza Berquó, da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, para uma especialização em

⁶Braga e Paula (1981: 24) destacam um crescente de autores que vêm mostrando que a atenção à saúde não só é ineficaz, como pode ser até mesmo prejudicial: “Illich (1975) e Barral (1977), por exemplo, apresentam comparações internacionais em que os níveis de saúde reagem inversamente à ampliação da rede de atendimento; Illich, aliás, vai mais além, criticando o caráter intrinsecamente patogênico da atenção à saúde no Ocidente”.

demografia na universidade de Princeton, nos Estados Unidos da América (EUA), entre 1966 e 1967, através de bolsa da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A carreira acadêmica e docente de Paul Singer foi interrompida pelo Ato Institucional nº5, quando foi aposentado compulsoriamente, em 1969. Naquele mesmo ano, foi criado o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), espaço que envolvia profissionais de várias áreas do conhecimento posicionados contra o regime ditatorial militar. O grupo tomou a proposta multidisciplinar como estratégia político-pedagógica, além da realização de atividades sem muita exposição, mas com envolvimento de seus membros na luta ideológica de resistência à ditadura⁷. Neste período, as pesquisas de Singer abrangiam o desenvolvimento da economia brasileira, problemas de trabalho, de saúde e de urbanização. Em seu livro *Introdução à Economia Política*⁸, publicado em 1975, Singer mostra uma dualidade no estudo da economia, recorrendo principalmente a Marx, mas também a Keynes como contraponto ao pensamento neoclássico.

Foi nesse contexto de atuação, antes de uma inflexão ideológica na década de 1980⁹, que está o recorte da sua produção ao qual nos referimos. Neste recorte dos anos 1970, Singer dedicou-se à economia política do trabalho, na qual investigou a mudança na estrutura da ocupação, o que o levou a estudar a economia dos serviços, e, em função disso, dos serviços de saúde.

“Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde” foi publicado em 1978. Nessa obra, Singer apresentou os resultados da pesquisa sobre os serviços de saúde realizada em parceria com Oswaldo Campos e Elizabeth de Oliveira e discorreu criteriosamente sobre a questão do estado de saúde da população em perspectiva histórica no capitalismo e a evolução e discussão acerca da eficácia dos SS.

Verifica-se que a obra apresenta grande contribuição para diversas temáticas da saúde coletiva e das políticas sociais. Para a finalidade deste estudo, que enfatiza o financiamento da

⁷Para fins de manter pouca exposição, o CEBRAP usou de duas estratégias principais, de modo a não incomodar o regime político: recursos captados através de estudos de planejamento para empresas e formação multidisciplinar interna como estratégia político-pedagógica voltada a cursos internos entre os membros (SANTOS, 2018: 49).

⁸ O livro se baseava num curso de grande repercussão, com 12 aulas que Singer ministrou em 1968. As gravações das aulas foram submetidas à revisão do autor. A obra tornou-se uma importante referência para organização do ensino de economia no Brasil (SANTOS, 2018: 48).

⁹ Em meados desta década observa-se uma inflexão na produção de Singer, não se identificando mais um marxista como no período anterior, de modo que sua “relação com Marx foi mudando” durante o período do CEBRAP (SANTOS, 2018: 64). Ao indagar-se sobre questões do marxismo, escreveu um capítulo intitulado “Socialismo” no livro *Aprender Economia* (1985). Em entrevista à Fundação Perseu Abramo, Singer identificou esse livro como um ponto de inflexão em sua perspectiva teórica (VANUCCHI, 2005. <https://teoriaedebate.org.br/2005/04/10/paul-singer/>)

saúde, optamos por recortar a contribuição dessa obra em cinco dimensões, as quais são apresentadas na sequência e articularão, no terceiro capítulo, a discussão dos achados da revisão sistematizada:

- a) controle social;
- b) perspectiva histórica;
- c) sistema de saúde;
- d) estado de saúde;
- e) avaliação dos serviços de saúde.

1.3.1 Serviços de Saúde e Controle Social

Inicialmente cabe destacar que Singer *et al.* (1978) situam os serviços de saúde no âmbito dos serviços de controle social.

Diferentemente do conceito de "controle social" como o controle de setores organizados da sociedade civil sobre o Estado, amplamente presente no campo da saúde coletiva e na redemocratização do país, numa conjuntura de mobilização política e do movimento da Reforma Sanitária, Paul Singer *et al.* (1978) empregaram o conceito de "controle social" com o sentido totalmente inverso, de controle do Estado sobre a sociedade. Ao buscar definir o conceito, Correia apresenta que:

A expressão 'controle social' tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (...) Na economia capitalista, o Estado tem exercido o 'controle social' sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem (CORREIA, 2009).

Na obra, controle social é definido pelos autores como atividades institucionalmente estabelecidas cuja finalidade é atuar sobre contradições do capitalismo que possam perturbar a produção ou o consumo dos bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída (SINGER *et al.*, 1978:13)

1.3.2 Evolução Histórica dos Serviços de Saúde

A discussão acerca dos sistemas universais de saúde remete à evolução histórica dos serviços de saúde, no sentido de compreensão do contexto de sua estruturação. Os SS, como hoje conhecemos, são o fruto de uma longa evolução histórica, que combina "um crescente desenvolvimento das forças produtivas e uma socialização cada vez maior das relações de produção" (SINGER *et al.*, 1978: 35).

No ocidente, os Serviços de Saúde são instituições relativamente antigas, em constante transformação, condicionada pela evolução das relações entre o homem e a natureza e das relações dos homens entre si. Singer *et al.* advertem:

Como o ato de produzir é essencialmente social, integrado que está na divisão social do trabalho, ele dá lugar aos participantes do processo produtivo e entre estes e os que dele usufruem. Das relações sociais, as relações de produção constituem o cerne, a partir do qual as demais relações vão se constituindo e transformando. Os SS não integram diretamente o processo de produção, mas desempenham nele funções cruciais de controle. Nestas condições, mudanças nas relações de produção tendem a provocar reformulações extensas dos SS (SINGER *et al.*, 1978: 16-17).

Na sociedade medieval, o cuidado dos enfermos não estava institucionalmente separado da assistência social genérica. Os hospitais funcionavam como abrigos para peregrinos, pobres e inválidos e doentes, que recebiam “pouca atenção médica científica”¹⁰. Até então, a Igreja tinha o monopólio da assistência. Com a Reforma, o quadro se alterou e, mesmo em países católicos, o Estado passou a se encarregar da assistência em medida cada vez maior (SINGER *et al.*, 1978: 17).

Com o desenvolvimento do comércio a longa distância e o crescimento das cidades, no século XVI, há uma demanda totalmente nova para os serviços de assistência social, em relação ao mundo medieval. Singer *et al.* comentam que:

Mas, quando a irrupção do capitalismo comercial e, logo depois, do capitalismo manufatureiro, desorganizou aquele mundo, suscitando choques diretos entre senhores e camponeses que levavam à decomposição da ordem feudal, o número de "marginalizados" aumentou enormemente, o que forçou o Estado a paulatinamente assumir seu cuidado e controle. Os SS, como hoje os conhecemos, têm nesta transformação institucional a sua origem (SINGER *et al.*, 1978: 17).

A necessidade de tornar os serviços dos médicos acessíveis ao conjunto da população se inseria nos termos da doutrina mercantilista, para a qual o crescimento da população era um

¹⁰ Ressalta-se que “hospital” etimologicamente remete à hospedaria.

importante recurso produtivo da nação. Nesse sentido, se deveria reduzir a mortalidade, tarefa que caberia à medicina, devidamente amparada pelo Estado. Ações como a criação de “polícia médica”, manutenção e controle de parteiras, médicos e cirurgiões, alimentos e água, além de imposição de medidas de profilaxia contra doenças infecciosas e hábitos não saudáveis já seriam defendidas naquele contexto. Se fosse, de fato, realizado dessa forma naquela época, algo que se mostrou inviável, este programa de ações corresponderia à criação de SS com as características essenciais dos contemporâneos. “Quando finalmente foram instituídos dois séculos mais tarde, os SS se caracterizaram antes de mais nada por terem autoridade” (SINGER *et al.*, 1978: 18).

A expansão dos SS até meados do século XIX, tanto nos países europeus como em suas colônias, foi lenta e gradual, em razão da reduzida eficácia da medicina daquele período como serviço de proteção e restauração da saúde¹¹.

A assimilação do conhecimento científico pela prática médica é análoga ao atraso com que o conhecimento teórico dos campos da física e química foi incorporado à produção industrial, o que só se deu com a Revolução Industrial, no final do século XVIII, a qual foi tornada possível pela aplicação dos conhecimentos gerados pelas ciências naturais à produção. Singer *et al.* chamam atenção para a seguinte ideia:

(...) teve que esperar que amadurecessem as condições socioeconômicas ou, mais especificamente, que as relações de produção assumissem feição adequada à implantação do capitalismo industrial. A criação de unidades fabris só se tornou possível quando o processo conhecido como "acumulação primitiva" suscitou o aparecimento no mercado de trabalho de uma oferta suficiente de força de trabalho "livre" para movimentar as novas máquinas em troca de um salário "adequado". Há razões para se acreditar que a verdadeira "explosão" de conquistas no campo médico, que se verifica a partir da segunda metade do século passado, também se explica pelas transformações socioeconômicas então ocorridas (SINGER *et al.*, 1978: 20).

A evolução tecnológica da Revolução Industrial teve como resultado, ao nível das relações de produção, uma socialização cada vez mais ampla da atividade produtiva, que articulava as máquinas a um número cada vez maior de produtores, o que gerou a concentração

¹¹ Singer *et al.*, (1978: 19) destacam o balanço de Mc Keown e Brown (1969) acerca das realizações médicas durante o século XVIII na Grã-Bretanha e concluem que "as medidas terapêuticas empregadas pelos médicos, seja no campo da medicina preventiva ou curativa, não poderiam ter efeito apreciável sobre as tendências da mortalidade durante o século dezoito. Na verdade, poder-se-ia dizer com segurança que o tratamento médico específico não tinha qualquer efeito útil, não fossem algumas dúvidas sobre os resultados do uso de mercúrio contra a sífilis, de ferro contra anemia, de cinchona contra a malária e da inoculação contra a varíola". Os autores ressaltam que ocorreu um longo intervalo entre o avanço do conhecimento nos campos da anatomia e da fisiologia e a sua aplicação à prática médica.

populacional em poucos centros urbanos de tamanho crescente, nos quais a socialização da vida social acompanha a socialização da vida produtiva¹². Desta forma, o capitalismo industrial levou a um novo quadro nosológico, no qual predominavam as doenças infectocontagiosas, cujo combate tornou-se, em consequência, indispensável (SINGER *et al.*, 1978: 35).

Singer *et al.* consideram que "a medicina dita científica, que constitui a base dos SS modernos, pode ser considerada como uma das realizações - e das mais importantes da 2ª Revolução Industrial" (SINGER *et al.*, 1978: 35).

Para a compreensão do extraordinário avanço da medicina, a partir de meados do século XIX, é preciso considerar a efetiva institucionalização dos SS, naquela época, nos países em que parcela significativa da população tinha sido urbanizada e proletarizada em condições extremamente adversas à saúde. O desenvolvimento da indústria fabril obrigou os artesãos a migrar em massa para os novos centros industriais, caracterizados por precárias condições de vida, longas jornadas de trabalho, moradias insalubres, salários baixos e insuficientes, nutrição inadequada e ausência dos serviços sanitários básicos. Tais condições resultaram em altas taxas de morbidade e mortalidade.

No entanto, os problemas de saúde ocasionados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado, mas também as classes dominantes. Singer *et al.* destacam que:

Em primeiro lugar, elas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem constituída (SINGER *et al.*, 1978: 21).

Tornou-se indubitável para a própria classe dominante a necessidade de remediar esta situação e criar condições mínimas para a reprodução da força de trabalho e para a preservação da capacidade de trabalho dos operários. Ainda que algum capitalista isoladamente desejasse tomar medidas nesse sentido, a concorrência de mercado ocasionaria danos à ação individual, ao elevar os seus custos de produção, reduzir o lucro e até expulsá-lo do mercado. A solução perpassava pela intervenção do Estado. Isto ocorreu através da criação de legislação voltada à limitação da exploração do trabalho, proteção de mulheres e crianças e garantia da continuidade do fornecimento da força de trabalho. "Dentro desse contexto, torna-se claro que a reprodução do capital passou a 'necessitar' SS verdadeiramente eficazes. O seu papel passou a ser – pois

¹² O pleno aproveitamento do potencial produtivo da máquina requeria a arregimentação de quantidades cada vez maiores de operários em estabelecimentos cada vez maiores e numerosos.

não o era antes – o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho” (SINGER *et al.*, 1978: 21).

Diante das precárias condições de vida nas cidades deterioradas, que cresciam sem planejamento e serviços básicos de saneamento, e da reaparição, em massa, de epidemias e enfermidades contagiosas, Singer *et al.* indagam:

O que poderia fazer o Estado em tal situação? Fechar as fábricas e mandar os operários de volta ao campo? Impensável. Proporcionar a cada família proletária um sólido padrão de vida burguês? Econômica e politicamente inviável. Só havia uma solução: criar dentro das condições urbano-industriais um novo estilo de vida que combinasse pobreza e asseio, higiene e temperança. (SINGER *et al.*, 1978: 22-23).

Na medida em que os SS foram sendo institucionalizados, passaram a ajudar a criar este estilo de vida. A institucionalização ocorreu, a princípio, limitada à imposição de medidas de saneamento do meio e poder de para impor normas de higiene pública. Quanto à atividade terapêutica, a medicina permanecia atrasada, creditando-se, nos séculos XVII, XVIII e parte do século XVIII, a principal causa da enfermidade à alteração dos humores corporais e não se identificando a função da higiene na medicina preventiva¹³.

Naquele contexto, os SS de fato cumpriram seu papel de assegurar a reprodução da força de trabalho. O "poder médico", ou seja, “a utilização do poder coercitivo do Estado pelos SS para a imposição de condutas com o objetivo, ou a pretexto de preservação ou restauração da saúde”, já estava fortemente estabelecido na segunda metade do século XIX. No entanto, o campo da terapia apresentava outra realidade, pois somente com as conquistas da bacteriologia o tratamento médico torna-se ao menos seguro¹⁴ (SINGER *et al.*, 1978: 24).

Identifica-se, assim, a principal função dos SS institucionalizados na segunda metade do século XIX, voltados à imposição aos particulares de normas de comportamento com vistas à saúde da população. As restrições se dirigiam sobretudo ao abuso do direito de propriedade, sobretudo por parte de “comerciantes inescrupulosos”, com regras, exame prévio e fiscalização voltados à produção e ao comércio de medicamentos, bebidas e alimentos e à imposição de

¹³ Singer *et al.*, (1978:23) destacam que o desenvolvimento das forças produtivas médicas era insuficiente, como verificado pelo não conhecimento da etiologia das doenças infectocontagiosas. Identificada a lacuna, recursos adequados foram reunidos e, num prazo relativamente curto, a partir da segunda metade do século XIX ela foi preenchida, com conquistas no campo médico que permitiram à medicina, dentre outros triunfos, dominar as doenças infectocontagiosas.

¹⁴ Antes da década de 1860, na qual foram gradativamente introduzidos os conceitos de antissepsia e assepsia, as condições de vida para os pacientes nos hospitais eram abomináveis sob o prisma contemporâneo. O público atendido era basicamente de pessoas desamparadas. Outras camadas sociais, sempre que possível, tratavam-se em casa (SINGER *et al.*, 1978: 24- 25).

normas de higiene e de prevenção de acidentes nos locais de trabalho, restrição ao trabalho de menores e mulheres, particularmente grávidas. Neste sentido, Singer *et al.* afirmam:

Desta maneira, surge o poder médico como controlador do capital individual, tendo em vista assegurar a reprodução da força de trabalho e, desta maneira, a continuidade do sistema. (...) numa tradição já secular de acordo com a qual os SS encarnam o interesse coletivo, ameaçado pela atividade de grupos setoriais (SINGER *et al.*, 1978: 25-26)

Por sua vez, deve ser destacada a resistência ao poder médico ao nível dos interesses privados da classe dominante, mas também da classe operária, reagindo a medidas que em última instância visavam à proteção de sua saúde, mas que ignoravam as condições concretas de vida e as necessidades delas decorrentes.

Desta maneira, Singer *et al.* revelam o caráter de classe do poder médico, que:

Não se perde em conjecturas sobre as relações causais entre pobreza e enfermidade. Cada pessoa é tratada como indivíduo a ser "higienizado" e, se isso implica em sua ruína, tanto pior desde que ele se arruíne devidamente defendido contra a epidemia específica a ser combatida, considera-se que o objetivo da saúde pública, isto é, dos SS enquanto poder, foi atingido (SINGER *et al.*, 1978: 26).

A ação dos SS enquanto atividades especializadas e a dedicação ao combate de cada ameaça à saúde separadamente é empecilho para captar a situação das camadas pobres de modo compreensivo. Ao adotarem objetivos definidos em termos estritos de saúde, são ignorados os efeitos globais de sua ação: “É por isso que o exercício do poder médico corre perigo de frustrar seus fins últimos que seriam, idealmente, o de produzir ‘saúde’, pensada em termos de bem-estar” (SINGER *et al.*, 1978: 26).

Para Singer *et al.* (1978: 27), trata-se, então, de considerar que as deficiências da classe trabalhadora “são múltiplas e interdependentes, não podendo ser remediadas por medidas específicas, mas apenas por adequada redistribuição da renda, que lhe permita elevar seu nível *global* de consumo” (grifo dos autores).

A plena institucionalização dos SS somente ocorre quando o cuidado à saúde foi tornado monopólio do profissional médico “regular”, “oficial”, “científico” ou “alopata”. A oficialização da medicina universitária proporciona uma posição privilegiada em relação às demais medicinas de cunho religioso ou leigo, que tinham por clientela a população pobre¹⁵.

¹⁵ O direito de exercer a “arte da cura” pressupunha padrões objetivos para mensuração da capacidade de exercício do indivíduo e a unificação da ciência no campo da saúde, fora da qual qualquer prática equivaleria a charlatanismo. Nesse processo, contrapunham-se a medicina leiga, de pretensões científicas, e a medicina popular. Ainda na Idade Média, esta foi alvo de campanhas da profissão médica, inicialmente contra curadoras de classes

No entanto, a sua plena oficialização perpassava pelo acesso da medicina universitária pela grande massa da população pobre, o que ocorreu somente a partir do final do século XIX¹⁶.

Ressalta-se que a técnica médica do século XVIII, ainda sem os avanços da bacteriologia e da assepsia, "não permitia ao indivíduo hospitalizado abandonar a instituição com vida". O quadro mudou a partir de meados do século XIX. Os novos métodos assépticos e antissépticos nos hospitais reduziram enormemente as mortes por infecção e o tempo requerido para a recuperação dos enfermos. A bacteriologia possibilitou o tratamento eficaz de uma grande quantidade de enfermidades infecciosas e a introdução da anestesia significou que se podia realizar a cirurgia sem dor e com maior êxito e ajudou na concentração desta atividade nos hospitais.

Identifica-se a importância desses progressos para a imagem do hospital e da medicina universitária. Hospitais deixaram de ser o lugar onde os pobres iam para morrer, e passaram a ser o local onde os enfermos podiam se curar (Coe, 1970: 285 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 29).

E como resultado:

“Pela primeira vez a gente rica começou a solicitar os serviços hospitalares a conselho de seus médicos”. Os hospitais mudaram de objetivo e, em consequência, de clientela: de abrigo para os que dependiam da caridade pública passaram a ser o centro onde se dispensavam cuidados médicos. Finalmente, a criação da enfermagem como ocupação leiga e de certo ‘status’ técnico, a partir de 1860 (graças aos esforços de Florence Nithingale) contribuiu para a 'humanização do hospital' e sua conversão numa instituição centrada no enfermo" (Coe, 1970, p. 288 *apud* SINGER *et al.* 1978: 29).

Este progresso suscitou uma nova demanda dos trabalhadores. Ainda no século XIX, o movimento operário passou a lutar pelo "direito à saúde", o que na prática se traduzia em demanda pelos serviços da medicina universitária, que até então, foram acessíveis apenas aos ricos, que podiam pagar honorários, e aos indigentes, amparados pela caridade. Singer *et al.* ressaltam que:

alta, o que persistiu até por volta do século XIV na Europa. Os médicos homens conquistaram o monopólio da prática da medicina entre as classes altas (exceto obstetrícia, que continuou sendo área das parteiras, mesmo entre as classes altas, por mais três séculos). Na sequência, a "caça às feiticeiras" assolou a Europa durante vários séculos e voltou-se em grande parte para curadores leigos, sobretudo mulheres, das camadas populares. Ainda que os heréticos tenham sido eliminados, não se conseguiu extinguir a medicina popular na Europa, embora esse movimento tenha contribuído para aumentar a área de atuação da medicina oficial (SINGER *et al.*, 1978: 27-28).

¹⁶Antes desta época, a medicina universitária não era acessível aos pobres, exceto aos indigentes recolhidos a hospitais e, como vimos, a experiência estava longe de ser gratificante. Até meados do século XVIII ninguém saía do hospital. “Ingressava-se nestas instituições para morrer” (SINGER *et al.*, 1978: 28).

A crescente demanda da classe operária, não sendo economicamente solvável, manifestava-se no plano político: passou-se a exigir que o Estado de alguma maneira proporcionasse que todos os cidadãos pudessem obter cuidados à saúde, dentro dos melhores padrões da prática médica (SINGER *et al.* 1978: 29).

1.3.3 Sistemas de Saúde e Proteção Social

A exigência dos trabalhadores fazia parte de um programa mais amplo de previdência social, que incluía, dentre outras demandas, proteção à saúde, aposentadoria por idade e indenização em caso de acidente.

O primeiro país que criou um sistema de previdência social, que incluía seguro de saúde, foi a Alemanha. Em 1883, foi aprovada a lei pela qual uma parte dos trabalhadores passa a receber, em caso de doença, tratamento médico gratuito. No entanto, compreende-se essa política social num contexto de perseguição ao movimento operário de cunho socialista e, nesse sentido, a previdência social sob a égide do Estado tinha assim um caráter político de “assegurar a lealdade da classe operária à ordem constituída” (SINGER *et al.*, 1978: 30). Deppe *apud* Singer *et al.* apresenta que:

Ela constituía igualmente a contrapartida do Estado por sua política repressiva, que deveria contribuir para evitar um conflito aberto com o operariado. Esperava-se, desta maneira, subtrair os trabalhadores da influência política da social-democracia e ganhá-los para o Estado estabelecido (DEPPE, 1975: 22 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 30).

Singer *et al.* (1978) ressaltam a presença deste elemento político na criação, pelo Estado, de sistemas de previdência social¹⁷:

Trata-se, por um lado, de atender a aspirações do proletariado, articuladas e apresentadas no plano político por partidos e sindicatos de trabalhadores e, por outro, de desautorizar estas instituições, apresentando em seu lugar, o Estado capitalista como provedor de serviços e de assistência aos deserdados da fortuna (SINGER *et al.*, 1978: 30).

Da mesma forma, Singer *et al.* destacam os aspectos econômicos da questão, partindo-se da perspectiva de “novos produtos” no mercado, isto é, as inovações tecnológicas no campo médico, a partir de meados do século XIX, num contexto de satisfação de necessidades de

¹⁷ Também Donnangelo (1975) aborda a questão, no contexto do desenvolvimento da Previdência Social no Brasil, após 1930. Singer *et al.*, (1978) resgatam a declaração do Governo provisório acerca da legislação de proteção social, citada originalmente pela autora: “Não há nesta atitude nenhuma hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas, o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos do sentimento da pátria e família” (Donnangelo, 1975: 12 *apud* Singer *et al.*, 1978: 30-31).

consumo¹⁸. A aquisição de cuidados da medicina científica estava inicialmente disponível apenas para os operários melhor pagos. No período, tornou-se comum a formação de associações voluntárias de seguro-saúde, no entanto a grande maioria dos trabalhadores não ganhava o suficiente para a adesão.

Verifica-se, naquele contexto, uma demanda insatisfeita dos trabalhadores por serviços de saúde, que acabou se traduzindo tanto na reivindicação de que o Estado resolvesse o problema, quanto em maiores pressões junto às empresas para elevação dos salários. Ressalta-se que o poder de barganha da classe operária estava em ascensão a partir do final do século XIX, de modo que:

É difícil supor que as empresas pudessem resistir por muito tempo a estas pressões (...). De uma maneira ou de outra, o capital teria que acabar pagando o pleno valor da força de trabalho, inclusive o custo do cuidado à saúde. Se o fizesse mediante salários reais maiores, a consequência seria (ao menos nos países europeus) o fortalecimento das associações voluntárias de trabalhadores e, em última análise, do movimento sindical, ao qual aquelas associações estavam ligadas (SINGER *et al.* 1978: 31-32).

Optou-se, então, na maior parte dos países, pelo pagamento através do Estado ou mediante compulsão legal, com intenção de fortalecimento de um aparelho oficial de previdência social, controlado pelo governo. Essa solução abarcaria as motivações políticas, mas também teria condições de abranger o conjunto da população carente, o que não ocorreria com os diferentes tipos de seguro voluntário, em geral limitados a frações da população economicamente ativa.

O modelo alemão de seguros sociais - conhecido como seguro social de tipo bismarckiano - se difundiu nas primeiras décadas do século XX em muitos países europeus, nos quais progressivamente foram incluídos grupos populacionais, com uniformização dos benefícios e universalização da cobertura. Na América Latina, devido à elevada informalidade do mercado de trabalho, esse modelo alcançou parcelas restritas da população (GIOVANELLA, 2018).

Distintamente do modelo bismarckiano, que possui financiamento baseado em contribuições sociais obrigatórias de empregados e empregadores e afiliação vinculada à participação no mercado de trabalho, outro modelo clássico europeu de universalização da

¹⁸ Em outra obra, Singer (1976) demonstra que os "novos produtos", criados a partir da 2ª Revolução Industrial, acabaram, embora com atraso, se incorporando ao padrão de vida da classe trabalhadora dos países industrializados e também dos países em processo de industrialização tardia, ainda que de modo contraditório e intermitente.

atenção à saúde é o Beveridgiano de serviço nacional de saúde, de acesso universal com base na cidadania e financiado por recursos fiscais, com predomínio de prestadores públicos (GIOVANELLA, 2018). Nessa modalidade é destacado o National Health Service (NHS) do Reino Unido.

A adoção do seguro de saúde compulsório não significava, no entanto, a cobertura imediata de toda a população. Este objetivo foi sendo alcançado nos diversos países paulatinamente, a partir da instauração do seguro¹⁹. O processo de universalização dos sistemas de saúde, na maior parte dos países europeus, se completou nas décadas de 1960 e 1970 através “da expansão dos seguros sociais para o conjunto dos trabalhadores e seus dependentes, em situação de pleno emprego, ou com a criação de serviços nacionais de saúde como no Reino Unido (1948), Portugal (1974), Itália (1978) e Espanha (1986)”²⁰ (GIOVANELLA, 2018: 1767).

Os Estados Unidos são a grande exceção desta tendência, uma vez que o Estado não instaurou qualquer esquema de seguro de saúde para o conjunto da população. Singer *et al.* (1978: 33) apresentam como uma explicação provável o fato de que os salários pagos nos Estados Unidos seriam sensivelmente superiores aos dos demais países, de modo que esses trabalhadores teriam meios para adquirir os serviços médicos de que necessitavam. E além disso, destacam os subsídios de contribuições filantrópicas para os custos do tratamento em hospitais de fins não-lucrativos²¹. A abstenção do Estado reforçou a pressão sobre as empresas, no sentido de financiamento do seguro de saúde de seus empregados²². Há, então, um

¹⁹ Na Alemanha, a princípio apenas 10% dos assalariados estavam cobertos. Na Rússia, a lei de seguro social, de 1912, criou um fundo com contribuições de empregadores e empregados para cobertura hospitalar e ambulatorial aos trabalhadores fabris e suas famílias; na prática, apenas o tratamento ambulatorial acabou sendo proporcionado, e somente até 1914, quando o programa foi interrompido. No Reino Unido, a lei de 1911 previa serviços médicos, medicamentos e auxílio por doença aos assalariados de baixa renda, mas não às suas famílias (Hyde, 1974 *apud* Singer *et al.*, 1978: 33).

²⁰ Giovanella (2018, 1767) destaca que: “Seguros sociais diferem dos seguros privados por serem compulsórios e por contribuições independentes dos riscos de adoecer. Ao combinar contribuições proporcionais à renda e acesso conforme necessidade, alicerçam-se em princípios de solidariedade e promovem redistribuição entre segurados de maior para menor renda, de jovens para idosos, de saudáveis para doentes”.

²¹ Com a crise de 1929, a filantropia diminuiu muito e ameaçou a solvabilidade dos hospitais. Foram criados então seguros não-comerciais dos custos de hospitalização (a *Blue Cross*, administrada pela Associação Americana de Hospitais) e dos custos médicos e cirúrgicos durante a hospitalização (a *Blue Shield*, administrada pelas associações médicas locais). Para tornar os SS acessíveis à população não coberta por esses arranjos voluntários, o governo acabou instituindo, durante a década de 1960, programas especiais destinados à população idosa (*Medicare*) e aos desvalidos (*Medicaid*).

²² É destacado o período da 2ª Guerra Mundial, na qual os salários, nos Estados Unidos, foram congelados, no entanto vantagens não-monetárias poderiam ser reivindicadas. Os sindicatos conseguiram, então, que muitas empresas cobrissem os prêmios de seguro dos empregados e seus dependentes.

predomínio do setor privado no asseguramento e na prestação em saúde, e parcela significativa da população descoberta (GIOVANELLA, 2018).

1.3.4 Revolução Vital e o Estado de Saúde Produzido

A crescente ação dos Serviços de Saúde resultou na Revolução Vital, processo demográfico caracterizado pela grande queda da mortalidade, que se verificou nos países do capitalismo central, a partir do século XIX, e nos países subdesenvolvidos, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial (SINGER *et al.*, 1978: 37).

Dorn (1959 apud SINGER *et al.*, 1978) associa este notável aumento da duração média da vida ao crescente controle do meio ambiente pelo homem. Este autor enumera fatores que tornaram possível a Revolução Vital:

‘a) a abertura de novos continentes, que proporcionaram fontes adicionais de alimentos, metais preciosos e outras mercadorias, assim como um escoadouro para a população excedente; b) a expansão do comércio, que tornou possível o transporte de alimentos e bens de capital por grandes distâncias; c) mudanças tecnológicas na agricultura, juntamente com o desenvolvimento de indústrias modernas e d) controle crescente da enfermidade através de melhor moradia, melhor suprimento de alimentos e de água, adoção de medidas sanitárias, o aumento do conhecimento de medicina preventiva e, mais recentemente, descobertas em farmacologia e quimioterapia particularmente os antibióticos e os novos inseticidas’ (DORN, 1959: 455 apud SINGER *et al.*, 1978: 38).

Singer *et al.* (1978: 38) ressalta a Revolução Vital, ao menos na Europa, como decorrente da melhoria dos fatores ambientais, sobretudo da quase eliminação de doenças infectocontagiosas, "graças às medidas higiênicas e sanitárias, primeiro, e graças aos progressos da quimioterapia, depois"²³. No plano mundial, devem ser ressaltados os diferentes estágios da Revolução Vital, o que requer a análise da prevalência de doenças, de modo que, em países subdesenvolvidos, pode-se constatar a mortalidade relacionada à prevalência de enfermidades que já foram eliminadas em grande medida nos países desenvolvidos²⁴.

Como demonstrado anteriormente, os Serviços de Saúde foram criados em resposta a certas demandas sociais no contexto do capitalismo. A atuação dos SS contribui para alterar o estado de saúde da população. E, conforme ocorre esse processo, as demandas sociais também

²³ Singer *et al.*, (1978: 38) chamam atenção para o fato de que os serviços de saúde foram elencados por último por Dorn (1959). Os autores destacam que, ao longo do século XIX, a contribuição dos SS para a redução da mortalidade teria sido menor à da reforma sanitária urbana. Gradualmente percebe-se que o papel dos SS se torna mais significativo.

²⁴ A constatação de que doenças infecciosas ocupam lugar de destaque, como causas de morte, ao lado de enfermidades de outros tipos, como as chamadas degenerativas, mostra como a Revolução Vital só os atingiu parcialmente (SINGER *et al.*, 1978:40-41).

se transformam, afetando sua organização e funcionamento, de modo que há uma alteração no estado de saúde da população. A Revolução Vital decorre cada vez mais da ação dos SS e da eliminação das doenças infectocontagiosas. Dessa forma, surgem outras causas de morte como as principais, como as doenças degenerativas.

Ao se basearem na incidência destas doenças, Singer *et al.* (1978) sustentam que a substituição das doenças infectocontagiosas pelas degenerativas não pode ser simplesmente relacionada à maior longevidade proporcionada pela Revolução Vital. Ainda que mais frequente nos indivíduos mais idosos, a incidência dessas doenças tem aumentado, como causa de morte e como integrante do quadro nosológico em países que já completaram a Revolução Vital. Dessa forma, Singer *et al.* argumentam:

A transformação do quadro nosológico dos países que passaram pela Revolução Vital é mais amplo que o aumento da incidência das doenças degenerativas (...) parece que, na medida em que a Revolução Vital foi reduzindo a mortalidade, a morbidade foi aumentando (SINGER *et al.*, 1978: 43).

O estado de saúde da população decorre do resultado dos seus níveis de mortalidade e de morbidade. Sobre a mortalidade, Jores (1961 *apud* SINGER *et al.*, 1978) ressalta que a maioria dos indivíduos afetados por enfermidades cuja etiologia e patogênese se desconhecem e cuja terapia é sintomática não morrem destas enfermidades ou morrem após sofrerem durante muitos anos. Isso se cristaliza na morbidade e na invalidez prematura:

Ainda que a humanidade ocidental se encontre num estado de bem-estar pela primeira vez na história, ainda que já não exista praticamente o trabalho corpóreo esgotador ainda que a jornada de trabalho vá sendo abreviada constantemente e os salários aumentem também paulatinamente, a morbidade, quer dizer, a frequência das enfermidades não se reduziu, senão que até aumentou. Aproximadamente 40% dos homens e 60% das mulheres experimentam uma invalidez prematura (JORES, 1961: 26 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 44).

O aumento da morbidade, como resultado da Revolução Vital, remete a fatores como a mudança do próprio conceito de enfermidade, a qual ocorre em paralelo com a institucionalização dos SS. É hipótese que o maior acesso destes para a maioria da população, amplia o número de consultas e de admissões em hospitais, de modo que a maior facilidade para efetuar diagnósticos, certamente contribui para aquele aumento²⁵.

²⁵ Singer *et al.*, (1978) destacam que além da maior proporção dos indivíduos recorrendo aos SS, ressalta-se processos pelos quais estes ampliaram ou intensificaram o contato com uma porção cada vez maior da população: exames médicos ocupacionais e escolares e expedições médicas em áreas não providas de SS, por exemplo.

Destaca-se que as doenças degenerativas são especialmente suscetíveis às "dificuldades e ambiguidades" no diagnóstico. Para as insuficiências físicas ou doenças contagiosas agudas há menos problemas para definição do estado de saúde em relação às primeiras. Desse modo, a fronteira entre saúde e doença tornou-se menos nítida:

A pessoa afetada por enfermidade crônica nem sempre se torna um inválido. É comum que estes doentes possam desempenhar suas funções profissionais, familiares, etc. pelo menos em certo grau. A enfermidade pode perturbar este desempenho, mas frequentemente só o impede num estágio muito avançado de sua evolução. (SINGER *et al.*, 1978: 46).

Os autores sustentam que é impossível compreender os SS contemporâneos, sem considerar o processo de contínua expansão de suas atividades. Há também de se considerar a extensão do campo de atuação dos SS, que ocorre em virtude do surgimento ou agravamento de doenças crônicas, mas também pela crescente inclusão de "problemas sociais" e ao ajustamento social do indivíduo, tomando-se como tarefa prevenir, corrigir ou reprimir comportamentos desviantes do que é socialmente considerado normal. Com a vitória dos SS sobre as doenças infecciosas, esses serviços passaram outro aparelhos de controle de comportamentos²⁶:

Na medida em que esta substituição resultou do prestígio conquistado pela "ciência" por suas vitórias sobre enfermidades mortais, contribuindo desta maneira para a crescente secularização da vida social, pode-se considerá-la também um produto da Revolução Vital (SINGER *et al.*, 1978: 46-47).

Outra característica diz respeito à análise da "impotência" da medicina contemporânea em prevenir e curar as enfermidades "crônicas e degenerativas". Os autores destacam a análise de Arthur Jores (1961 *apud* SINGER *et al.*, 1978), que divide as enfermidades em três grupos: Grupo A, composto por aquelas que são causadas por agentes nocivos externos, como as parasitárias, bacterianas, virais, causadas por tóxicos e por alimentação insuficiente ou inadequada; Grupo B, por aquelas que embora se desconheça a etiologia, possuem terapias bastante eficazes que "compensam" ou "corrigem" os seus efeitos. Encontram-se neste grupo as enfermidades endócrinas e diabetes; Grupo C, que compreende aquelas enfermidades das quais se desconhecem a etiologia e a patogênese. A única terapia possível para este último grupo é a sintomática, produzindo alívio passageiro, mas não uma cura verdadeira. Neste grupo se encontram as enfermidades crônicas e de longa duração, como padecimentos nervosos e transtornos funcionais do coração e do estômago, além das psicossomáticas, cuja causação está

²⁶ Antes da Revolução Vital, esta tarefa cabia a outros aparelhos ideológicos e repressivos, tais como a religião ou o sistema judiciário (polícia, tribunal, prisão).

relacionada a fatores psicológicos como hipertensão arterial, obesidade, anorexia, úlcera gástrica, constipação, colitis ulcerosa crônica e asma bronquial.

Jores (1961 *apud* SINGER *et al.*, 1978) destaca que 50 a 60% dos pacientes são afetados por enfermidades do grupo C. Essa predominância poderia ser explicada simplesmente pela prevenção ou cura mais ou menos eficaz das doenças dos grupos A e B. No entanto, Singer *et al.* (1978: 48) destacam que, para além disso, "há uma expansão não só relativa mas também absoluta do número de enfermos crônicos, como consequência de certas peculiaridades da vida social".

Levanta-se a hipótese de que elas se originam de tensões que atingem indivíduos em determinados contextos sociais. Nesse sentido, Singer *et al.* (1978: 50) destacam a epidemiologia social, que aponta "o próprio modo de vida nos países industrializados como sendo o responsável último pelo crescimento do número de enfermos crônicos". Hipóteses como estas estão inspirando cada vez mais a pesquisa epidemiológica:

A epidemiologia, como a medicina em geral, tem se concentrado tradicionalmente na descoberta de agentes infecciosos. No entanto, a mudança de enfermidades contagiosas para crônicas testemunhou uma mudança paralela do agente para o hospedeiro e os fatores do meio ambiente social... Na ausência de qualquer agente infeccioso detectável, o hospedeiro pode se tornar o agente de sua própria destruição, enquanto que o ambiente social define a posição do agente de modo a ser quase indistinguível do hospedeiro mesmo. (SUCHMAN, 1967, p. 454 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 49).

Dentre as hipóteses da epidemiologia social podemos destacar as significativas correlações entre doença mental e classe social e a abordagem da tensão (*stress*) social e psicológica como a origem de numerosas enfermidades. Esta tensão resulta, de modo geral, do aguçamento de contradições sociais nos países desenvolvidos, refletidas sobre o indivíduo e manifestadas sob a forma de "crises"²⁷.

Singer *et al.* (1978) defendem que a medicina fracassou perante as doenças crônicas e chamam atenção para o fato de que a multiplicação dos que são afetados por essas doenças podem ter como raiz comum o modo de organização da produção, "substrato material da vida" nas sociedades industriais:

Este modo de organizar a produção pressupõe, como mola da dinâmica social, a competição entre os indivíduos isoladamente e organizados em grupos, firmas, partidos políticos, sindicatos - e a permanente transformação dos moldes em que esta múltipla competição se desenrola. O normal, nestas condições, é que cada

²⁷ Singer *et al.*, (1978: 50) exemplificam como "crises" questões nos âmbitos familiar, de valores e político, que têm o potencial de multiplicar enfermidades crônicas.

um procure sempre "progredir na vida", o que significa alcançar sempre posições novas e mais elevadas, não importa qual seja a escala, ainda que cada mudança de posição implique para o indivíduo uma crise pessoal, decorrente da necessidade de se ajustar a novo contexto social, a novas funções, ao desempenho de novos papéis etc. (SINGER *et al.*, 1978: 50).

E seguem, ressaltando que esse modo de vida aflige tanto os que se ajustam aos papéis, quanto os que "perdem nesta luta competitiva" e cujas "potencialidades são bloqueadas":

Assim, o que a vida reserva para os indivíduos nas sociedades industriais capitalistas, é um montante ponderável de tensão para uns, e um vegetar destituído de sentido, para outros. Ambas as situações podem ser propícias, como foi visto, para o desenvolvimento de enfermidades crônicas degenerativas. (SINGER *et al.*, 1978: 50).

A integração dos SS na estrutura social que os gera²⁸, remete ao paradoxo da expansão simultânea dos SS e da morbidade:

Se algum dia uma reformulação capaz de reduzir as contradições puder ser alcançada, ela só poderá resultar da ação de forças representativas de amplos setores sociais. Mas, enquanto a estrutura da sociedade permanece tal qual ela é atualmente, os SS são obrigados a se instrumentalizar para dispensar cuidados aos que são vitimados por ela. O que permite entender o aparente paradoxo de uma expansão crescente dos SS que, no entanto, não impede a expansão igualmente crescente da morbidade (SINGER *et al.*, 1978: 51).

O conceito de medicalização, proposto por Ivan Illich (1975), descreve a invasão pela medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual²⁹. Singer *et al.* (1978) ressaltam, porém, que esse processo não se explica por uma ação "expropriadora" dos SS, mas pela demanda crescente por seus serviços. A medicalização decorre da convicção de que o pleno bem-estar pode ser alcançado no plano individual, "desde que cada aspecto da vida seja cientificamente regulado, cabendo essa missão ao profissional especializado, ou seja, ao agente dos SS" (SINGER *et al.*, 1978: 63). Singer *et al.* destacam que:

²⁸ Singer *et al.*, (1978: 50-51) destaca que "Não se trata aqui de um problema de ignorância quanto à etiologia desta ou daquela enfermidade, mas da integração dos próprios SS na estrutura social que as gera. Não cabe evidentemente aos SS reformular ou propor a reformulação do modo de organizar a produção na sociedade contemporânea, de modo que não lhes resta outra função, no que se refere aos enfermos crônicos, que assisti-los em sua longa e penosa trajetória".

²⁹ Ivan Illich (1975) descreve que cada etapa da vida humana é objeto de cuidados médicos específicos, independentemente de haver ou não sintomas mórbidos. O autor argumenta que, do ponto de vista do bem-estar individual, ela é inútil, custosa e, na maior parte das vezes, prejudicial. Singer *et al.*, (1978) defendem que, ainda que Illich tenha levado sua crítica longe demais, muitas de suas ideias se justificariam ao considerar a impotência da medicina em relação aos males que afligem a maioria dos que a procuram. Destacam, por exemplo, a incapacidade de soluções, preventiva ou curativa, aos afligidos por doenças crônicas degenerativas, distúrbios funcionais psicossomáticos e "moléstias mentais". Braga e Paula (1981: 24) destacam que Illich critica o caráter intrinsecamente patogênico da atenção à saúde no Ocidente.

O grande problema dos SS não está em sua penetração em áreas lhes seriam impróprias por serem alheias ao complexo que saúde-enfermidade orgânica, mas no fato de serem incapazes de satisfazer as expectativas do público. Paradoxalmente, é desta falha que se origina grande parte do dinamismo que provoca a expansão ilimitada do campo de atuação dos SS, ou seja, a medicalização da sociedade (SINGER *et al.*, 1978: 63-64)³⁰.

Modos de vida e relações sociais “se tornam objetos de atenção e prescrição médica, na tentativa de prevenir desajustamentos e desta maneira preservar o ‘pleno bem-estar mental e social’ dos indivíduos e aprimorar a ordem social constituída”. A medicalização das relações sociais torna-se também “a consequência inescapável” da tendência de atribuir aos SS o controle dos conflitos no plano interpessoal, social e até mesmo político (SINGER *et al.*, 1978:64).

Essa contínua redefinição de limites do campo da saúde, é destacada pela multiplicação de atividades dos SS, que absorvem uma quantidade cada vez maior de trabalho social, direto e indireto:

O avanço da tecnologia médica e odontológica resultou em impressionante sofisticação do aparelhamento, o que se traduz no aumento do volume de trabalho social dispendido em sua produção. Convém notar que boa parte desta sofisticação tem por fim aperfeiçoar a capacidade de diagnosticar enfermidades cuja cura ainda se desconhece, de modo que sua utilidade quanto à melhoria do estado de saúde da população é duvidosa. O mesmo pode ser dito da multiplicação de remédios, a maioria dos quais se destinam a aliviar sintomas de males que a medicina não consegue prevenir nem curar (Jores, 1961). Apesar de tudo isso, a tecnologia utilizada pelos SS avança sem cessar (ainda que, muitas vezes, em círculos) o que faz com que a absorção indireta de trabalho social aumente ainda mais depressa que a direta (SINGER *et al.*, 1978:65).

A crescente absorção de trabalho social pelos SS conduz ao dispêndio cada vez maior, de modo que os gastos com saúde, medidos em relação ao Produto Nacional Bruto (PNB), entre as décadas de 1940 e 1960, aumentaram em quase todos os países para os quais se têm dados³¹. Sobre essa questão, Singer *et al.*, apoiados em Foucault (1974), apontam que a inexistência de relação direta entre o nível de consumo médico e o nível de saúde revela um paradoxo

³⁰ Assim como Singer *et al.*, (1978: 64), consideramos oportuno destacar o paradoxo existente na expansão da atividade dos SS na medida em que não consegue atingir seus objetivos, algo que caracteriza todos os Serviços de Controle.

³¹ Singer *et al.*, (1978: 65) destacam os dados: “Estudo feito para a OMS sobre este assunto (Abel-Smith, 1969) revelou o seguinte: no Canadá, os gastos com saúde subiram de 2,65% em 1946 para 4,31% em 1961 dos gastos nacionais brutos; na Holanda, eles passaram de 3,6% em 1953 a 4,9% em 1963 do PNB (excluídas as inversões de capital); na Suécia, eles passaram de 5,7% em 1956 para 6,8% em 1962 da renda nacional (entre 1956 e 1962, os gastos de assistência médica aumentaram 77% e com produtos farmacêuticos 81%); no Reino Unido, os gastos com saúde passaram de cerca de 3,7% em 1938 a 4,2% a partir de 1949/50 da renda nacional; esta percentagem não se alterou entre 1949 e 1964; nos Estados Unidos, os gastos com saúde (inclusive aquisição de medicamentos e dispêndio com investigação) passaram de 3,6% em 1929 a 5,8% em 1963 do dispêndio nacional bruto. Aumentos da mesma ordem se verificaram ainda, entre 1953 e 1963, na Nova Zelândia, Austrália, França, Noruega e Dinamarca”.

econômico caracterizado por um consumo crescente que “não é acompanhado de qualquer fenômeno positivo do lado da saúde, da morbidade e da mortalidade” (FOUCAULT, 1974 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 66).

1.3.5 Avaliação dos Serviços de Saúde

Para delinear o problema da avaliação dos serviços de saúde, os autores especificam o problema decorrente da natureza dos serviços voltados ao controle social:

Consideremos que a atividade econômica total do país possa ser medida por um certo montante de tempo de trabalho socialmente necessário, dispendido durante certo período, digamos um ano, pela população economicamente ativa. Desse tempo de trabalho global, uma parte é dedicada à produção de bens (materiais) e serviços cujo “efeito útil” consiste na própria atividade (como é o caso de transporte, armazenamento, distribuição, comunicações, serviços pessoais etc.) Outra parte é dedicada a serviços que poderiam ser chamados de controle, cuja finalidade é evitar que contradições, seja no plano econômico, social ou mesmo natural, venham a perturbar a produção ou o consumo dos bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída (...) Uma função importante dos serviços de controle em sociedade organizadas a partir de extensa e complexa divisão social do trabalho é conciliar e compatibilizar as atividades e interesses dos indivíduos enquanto integrantes de unidades de produção e de consumo (SINGER *et al.*, 1978: 12-13).

Os autores ressaltam a “produção” de serviços de saúde perante os ramos de produção material, nos quais a produção é constituída por um certo volume de bens e cuja finalidade se esgota na atividade de tornar esses bens disponíveis para o consumo. Também se faz necessária a distinção diante de outros serviços que, apesar de apresentarem produção imaterial, esta pode ser bem definida e mensurada. Trata-se de serviços de transporte e comunicação, por exemplo. Os serviços de controle estão inseridos no caso dos serviços de consumo coletivo, nas quais a produção é “sumamente ambígua”. Trata-se de serviços cuja atividade não é o fim útil pretendido, mas apenas um meio para atingir determinado objeto. Podem ser destacados serviços públicos como previdência social, educação, segurança e saúde. Essa característica de ambiguidade se expressa na proporcionalidade inversa entre o nível de atividade e o efeito pretendido, que não permite que se tenha a “produção” dos serviços reduzida à mensuração de alguma “unidade de serviço prestado”, quer sejam número de matrículas e aprovações em escolas ou de rondas e detenções na segurança pública (SINGER *et al.*, 1978: 13).

No caso da saúde:

(...) é claro que o número de atos médicos – consultas, internações, operações cirúrgicas – não pode ser tomado como indicador do estado de saúde da população. Se os SS visam “produzir” saúde, ou seja, fazer com que a saúde da

população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, o montante de sua atividade tende a ser um indicador inverso do grau em que este objeto está sendo atingido. Quanto mais saudável for a população, isto é, quanto menor sua morbidade, tanto menor será sua necessidade de recorrer aos SS (SINGER *et al.*, 1978: 13).

Tal problema ainda permaneceria sob um prisma de contraposição entre medicina curativa e medicina preventiva:

Na medida em que a medicina preventiva fosse mais eficiente, menor seria a demanda por medicina curativa. Mas, mesmo sob este enfoque, o problema não é de solução simples. A "produção" da própria medicina preventiva não pode ser identificada com o serviço que ela realiza. Surtos epidêmicos de meningite foram recentemente evitados ou postos sob controle mediante vacinação em massa da população. Mesmo neste caso, teria pouco sentido medir a produção deste serviço pelo número de vacinas aplicadas. O que se "produziu" realmente foi a redução do número de casos de meningite. O problema consiste em relacionar de forma adequada a atividade preventiva e curativa dos SS com as variações do estado de saúde da população (SINGER *et al.*, 1978: 12).

Também pode ser destacada a diferença na demanda pelos serviços de controle, uma vez que essa não decorre da evolução histórica da divisão social do trabalho, como é o caso da demanda por bens. Nesses serviços a demanda está relacionada às contradições que aquela evolução histórica suscita e que cabe a estas atividades controlar.

Em outras palavras, a natureza da demanda por um e outro tipo de atividade é completamente diferente. A demanda por um bem cresce na medida em que aumenta o número de seus usuários e/ou a renda destes (abstraindo a influência de bens-substitutos). A demanda pela atividade de um Serviço de Controle cresce na medida em que os problemas que ele deve resolver ou suprimir se multiplicam e/ou se agravam. Quando uma economia passa da depressão à prosperidade, é de se esperar que a demanda pela maioria dos bens cresça, mas é bem provável que a diminuição do desemprego e a melhora do nível de vida da população reduzam a demanda por certos Serviços de Controle. Neste caso, o tempo total de trabalho socialmente necessário aumentaria, aumentando mais que proporcionalmente a parte dele dedicada à produção de bens e aumentando em proporção menor (ou talvez até mesmo diminuindo) a parte dedicada à execução de Serviços de Controle (SINGER *et al.*, 1978: 13-14).

Ressalta-se que as contradições que os Serviços de Controle são chamados a controlar, seja prevenindo, suprimindo ou manipulando, “são produzidas pela dinâmica social, sendo reconhecidas como ‘problemas’ pelo consenso dos grupos dominantes da sociedade” (SINGER *et al.*, 1978: 15). Nesse sentido, é notável o papel dos que falam pelos diversos Serviços de Controle, tidos como especialistas e cuja opinião tende a influenciar o consenso a respeito da delimitação do campo de atividade desses serviços, dado “o viés com que os especialistas de cada setor tendem a encarar os problemas sociais”. Logo, a demanda por esses serviços:

É o resultado de necessidades “objetivas”, geralmente sentidas em nível social, mas que são setorialmente enquadradas pelos que propõem a atendê-las. Este processo permite às instituições que prestam os Serviços de Controle praticamente “produzir” os problemas concretos que pretendem resolver (SINGER *et al.*, 1978: 15).

Por sua vez, a necessidade de avaliar Serviços de Controle decorre em boa medida dessa circunstância e se vincula às questões acerca da legitimidade e adequação destes (SINGER *et al.*, 1978: 15-16).

No âmbito da produção em saúde, os autores ressaltam que os SS produzem “condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes” (SINGER *et al.*, 1978: 37). Nesta dinâmica, é destacada a “medicalização” da sociedade como um produto da “redefinição de uma quantidade cada vez maior de contradições no plano individual, familiar ou social como problemas de saúde”. Articulando esses serviços à melhoria de saúde da população, e remetendo-se à expansão acelerada do âmbito de ação desses serviços e dos recursos absorvidos, os autores lançam como questão a ser investigada: “em que medida contribui de fato esta realocação de recursos à melhoria da saúde da população?” (SINGER *et al.*, 1978: 16).

Dentre os múltiplos objetivos dos SS³², Singer *et al.* (1978) conferem centralidade ao objetivo da preservação e restauração da saúde, destacando que é em relação a esse que devem ser avaliados os SS, uma vez que os demais objetivos estão subordinados a ele e se justificam na medida em que contribuem para aperfeiçoar os cuidados preventivos e curativos à saúde.

Ao discutirem a avaliação de atividades específicas de saúde ou a avaliação global dos SS, Singer *et al.* (1978) destacam aspectos da problemática.

A avaliação de atividades específicas de saúde com objetivos estritamente delimitados implica uma simplificação na medida em que se desconhece os efeitos das outras atividades dos SS sobre a população alvo, assim como demais problemas de saúde não focalizados pela atividade avaliada. É vantagem do ponto de vista operacional considerar somente os efeitos imediatos e desejados da atividade avaliada, porém limita-se o alcance dos resultados da avaliação. Singer *et al.* (1978, 66) ressaltam que mesmo numa hipotética decomposição dos SS em atividades específicas e avaliação individualizada, “a soma dos resultados não constituiria

³² Singer *et al.*, (1978) destacam dentre outros objetivos: a prestação de cuidados à saúde, validação do estado de saúde individual para fins previdenciários, custódia de enfermos e pessoas idosas, ensino e pesquisa e educação sanitária.

uma avaliação global dos SS, pelo simples fato de que o estado de saúde da população não resulta da mera agregação de tais atividades". E ainda:

Desta maneira, é possível conceber que a avaliação de atividades específicas de saúde dê resultados muito mais favoráveis, em termos de contribuição à saúde, do que uma avaliação que procure medir o impacto global do conjunto de atividades que compõem os SS (SINGER *et al.*, 1978: 67).

Por outro lado, faz-se necessário considerar a perspectiva da população, para a qual “interessa apenas o resultado de uma avaliação global, pois mesmo que muitas das atividades dos SS sejam eficazes em termos de seus objetivos específicos, é o seu impacto conjunto sobre os membros da população que condiciona seu estado de saúde”. Essa avaliação global dos SS requer dois procedimentos metodológicos básicos: a "definição do que se entende por estado de saúde da população" e a "determinação dos fatores que influem na saúde da população e a medição do grau de influência de cada um deles" (SINGER *et al.*, 1978: 67).

Singer *et al.* (1978) oportunamente discutem o estado de saúde da população no contexto das transformações acarretadas pela sociabilidade capitalista. Primeiramente diferenciam-se duas formas de abordagem: através de um conceito ideal a ser alcançado como meta de políticas de saúde ou de bem-estar social³³, ou através de um “conceito sociológico descritivo do processo pelo qual a sociedade determina e reconhece o estado de saúde de seus membros” (SINGER *et al.*, 1978: 67).

Para as formulações do primeiro tipo, destaca-se que o conceito ideal de saúde pressupõe que “há uma maneira científica de determinar o que seria um estado ótimo de saúde”. Na perspectiva sociológica, esse pressuposto é negado e se constata que, na prática social, os conceitos de saúde e de doença remetem aos critérios próprios de cultura e época para distinguir o normal do patológico. Desta segunda abordagem compreende-se a doença em duas ordens de contradições, de modo que não se restringe a “apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural”, ao considerar necessariamente "uma contradição entre o indivíduo e o meio social”. Dessa forma, o indivíduo vitimado por uma agressão do meio natural só se torna doente

³³ Este engloba, dentre outras, a formulação da OMS (1947), que define a saúde como: "Um estado de completo bem-estar físico, mental e social não se caracteriza unicamente pela ausência de doença ou de enfermidade". Os autores ressaltam a excessiva amplitude e pouca operacionalidade desta e que o pleno bem-estar é restringido também por circunstâncias econômicas, sociais e políticas. No entanto, destaca-se o “mérito de reconhecer que é paradoxal alguém ser considerado portador de boa saúde quando é afetado por pobreza, discriminação ou repressão” (SINGER *et al.*, 1978: 68).

quando, em decorrência disso, o seu comportamento se transforma e ele é reconhecido como enfermo pelo seu meio social (SINGER *et al.*, 1978: 69).

O conceito ideal de saúde supõe uma correspondência perfeita da contradição entre o homem e o meio (natural e social), que gera transtornos orgânicos ou funcionais, identificados pelo indivíduo e os que o circundam. Já a análise sociológica de como a doença é socialmente apreendida não abdica a visão biológica e psicológica, mas a amplia e complica, num processo mais complexo e aleatório, o qual Singer *et al.* (1978) procuram analisar.

Nesta análise, recorrem ao conceito de "morbidade ressentida como codificação do indivíduo", proposto por Lévy *et al.* (1975: 38 *apud* Singer *et al.*, 1978: 69-70), que associa uma forma possível de identificação do fenômeno "doença" ao nível da consciência do indivíduo, o qual a percebe quando nota certos sinais, como incômodo, dor, restrição da capacidade etc. A partir do seu nível de conhecimentos e do meio cultural ao qual pertence, dentre outros fatores, o indivíduo "ressente" o conjunto das manifestações de um modo ou de outro. É em função dessa representação que ele fará ou não apelo ao aparelho de cuidados em saúde. É característico da sociedade capitalista contemporânea que a doença só seja ressentida como tal, quando os sinais percebidos pelo indivíduo correspondem a sintomas socialmente reconhecidos como indicadores de enfermidade. Desse modo, "as pessoas são consideradas doentes não tanto em virtude de um diagnóstico médico, mas em função de sua incapacidade de desempenhar seus papéis habituais"³⁴ (SINGER *et al.*, 1978: 70).

Neste processo pode ser destacado um forte caráter de classe existente nas atitudes face à doença, pela influência do saber médico na percepção da doença pelos leigos. Quando médico e paciente pertencem à mesma camada social, há uma comunhão de linguagem e formas de pensar que favorecem o intercâmbio de informações. Quando isso não ocorre, limita-se consideravelmente a difusão do saber médico e, conseqüentemente, a aptidão de verbalizar as sensações corporais e também dos meios de pressão do indivíduo sobre o médico. Dessa forma, a menor aptidão de verbalizar sensações "parece, portanto, tanto causa como consequência do fraco recurso ao médico e da pouca experiência médica dos membros das classes culturalmente desfavorecidas" (LÉVY *et al.*, 1975: 39-40 *apud* SINGER *et al.*, 1978: 71). Verifica-se que os

³⁴ Para compreensão das condições em que o indivíduo assume ou não a condição de doente é preciso atentar para as conseqüências sociais de tal decisão, como a isenção de obrigações sociais, como trabalhar ou estudar, ou sanções, em que deixa de desempenhar certos papéis e que implicam a exclusão, em alguma medida, do convívio social (SINGER *et al.*, 1978: 70).

SS exercem um grau de influência no "ressentimento" da doença pelo indivíduo ao ampliar sua tendência de interpretar sensações corporais como sintomas mórbidos e capacitar a pessoa a autodiagnosticar-se.

A atitude face à doença é condicionada por dois fatores: "pela presença e atuação dos SS, mas sobretudo pela situação específica de cada classe social". Singer *et al.* (1978), recorrem à análise de Boltanski (1971) *apud Lévy et al.*, o qual ressalta:

O interesse e a atenção que os indivíduos prestam a seus corpos crescem à medida que se sobe de hierarquia social. Nas classes mais desfavorecidas, as imposições econômicas e a vida do dia a dia tornam muito difícil o abandono do trabalho. Esta impossibilidade inibe a expressão das sensações físicas e a percepção de sintomas anunciadores da doença. Esta menor escuta do corpo está ligada à sua utilização mais intensiva. Eis porque a doença será para eles um fenômeno brutal que torna impossível a atividade cotidiana. As outras classes, ao contrário, percebem antes da doença uma lenta degradação. A moléstia é ressentida, pois, como tendo uma história e uma temporalidade contra as quais é possível se preservar. Elas recorrerão muito mais facilmente à medicina preventiva e deste modo proporcionam ao corpo atenção e cuidados constantes (LÉVY *et al.*, 1975: 40 *apud SINGER et al.*, 1978: 72-73).

Por outro lado, na perspectiva da análise da morbidade diagnosticada por médicos, são ressaltados fatores como o progresso do conhecimento, uma vez que o diagnóstico se dá num sistema de conhecimento inacabado, a influência da representação que o paciente faz do seu mal e o grau de objetivação relacionado ao contexto da instituição médica. Distintamente de um observador neutro, os SS participam do processo social que "produz" o estado de saúde da população. Dessa forma, esta é o produto da morbidade ressentida socialmente e da morbidade diagnosticada pelos SS. Identifica-se uma interação na qual os SS fornecem aos leigos os quadros conceituais que moldam o ressentimento da moléstia por parte dos afetados e seu meio social. E, sob outra perspectiva, são os próprios interessados que fornecem seu quadro de referência social à atividade diagnosticante (LÉVY *et al.*, 1975 *apud SINGER et al.*, 1978: 74).

Singer *et al.* (1978) chamam atenção para a forma assumida pela morbidade. Trata-se de reconhecer que o estado de saúde de uma população, manifestado no comportamento de indivíduos e grupos sociais, não é constituído pela aderência à uma norma ideal, mas pela presença de estados mórbidos socialmente reconhecidos. Nesse sentido, saúde e contradições podem coexistir, pois a saúde não representa ausência de contradições, isto é, a plena integração do homem no meio natural e social, traduzida em "completo bem-estar físico, mental e social", como definiu a OMS (1947). Dessa forma, a saúde é reduzida por

determinadas contradições que assumem a forma de morbidade ou, ou seja, “uma população goza do máximo de saúde quando ela não é afetada por contradições que assumem aquela forma”³⁵ (SINGER *et al.*, 1978: 75).

No sentido da identificação das dimensões da morbidade, enfatiza-se que a avaliação dos efeitos da atuação dos SS sobre o estado de saúde da população e, por conseguinte, sobre a morbidade, deve buscar medir as variações nos seguintes aspectos: proporção dos indivíduos afetados; tempo de duração do episódio; grau de incapacidade ocasionado; e sofrimento causado.

A análise da proporção de indivíduos afetados torna necessário um critério para distinção entre doente e são, abstraindo os estados de saúde intermediários. Para isso, remete-se ao desempenho do indivíduo nos papéis "esperados" em sua situação social. Na sociedade capitalista, o mais relevante parece ser a participação na atividade econômica. Dessa forma, para fins operacionais, reduz-se o complexo fenômeno da morbidade à incapacidade para o trabalho, e no caso da população que não pertence à força de trabalho, a incapacidade para o seu principal papel conforme sua posição social (afazeres domésticos, estudo etc.)³⁶. Em relação ao tempo de duração do episódio, ressalta-se que no caso das doenças crônicas degenerativas, o diagnóstico precoce pelos SS antecipa o início em relação à aparição dos sintomas perceptíveis. Nota-se que em classes mais elevadas, e, portanto, mais expostas à influência dos SS, é esperado que a duração dessas enfermidades seja, em consequência disso, mais longa. Da mesma forma, ressalta-se que o sofrimento produzido por enfermidades nem sempre é proporcional ao grau de incapacidade provocado, de modo que esta não capta a dimensão do sofrimento (SINGER *et al.*, 1978: 75-78).

Saúde e morbidade são produzidas conjuntamente por um processo social, do qual os SS fazem parte. Trata-se de identificar que o estado de saúde de uma população:

(...) evolui em função do desenvolvimento das forças produtivas e das mudanças nas relações de produção, que condicionam genericamente tanto as contradições que originam estados mórbidos como a capacidade de prevenir, suprimir ou controlar a eclosão dessas contradições. Mais do que isso, o

³⁵Singer *et al.*, (1978:73) sustentam que a conceituação de saúde como ausência de contradições “por mais méritos que tenha, não é adequada para servir de base à avaliação dos SS porque pressupõe que cabe a estes controlar todas as contradições, com a exclusão dos demais Serviços de Controle, o que seria no mínimo pouco realista nas atuais condições sociais”.

³⁶ Bastide (1965, p. 325 *apud* Singer *et al.*, 1978:76), ao tratar da moléstia mental, enfatiza a ideologia da produção na sociedade industrial, na qual o desvio se define como uma forma de improdutividade em relação aos modos de produção.

estado de saúde reflete um recorte certamente não arbitrário mas historicamente determinado do quadro geral de contradições que afetam o organismo social, e que é objeto da atividade de um conjunto de instituições que denominamos Serviços de Controle (SINGER *et al.*, 1978: 81).

Para Singer *et al.*, a avaliação do papel dos SS na produção do estado de saúde da população deve considerar a evolução do campo da saúde e dos limites do que se considera morbidade, os fatores que levam às contradições que compõem o referido campo e a evolução das funções dos SS de identificar, prevenir, curar e manipular estados mórbidos. Essa abordagem permite constatar que os SS contribuem tanto para aumentar como para reduzir a morbidade, superando-se a compreensão de que o único efeito dos SS sobre a morbidade é reduzi-la. A morbidade pode ser aumentada pelos SS de duas formas: efetivamente causando enfermidades (iatrogênese) e criando novas categorias de morbidade, como as doenças comportamentais (SINGER *et al.*, 1978: 81). Singer *et al.* resumem que:

O problema dos critérios de avaliação da contribuição dos SS para o estado de saúde da população não pode ser desligado da questão da causalidade dos estados mórbidos (...). O problema metodológico da avaliação dos SS é o mesmo: os atos médicos de toda espécie, o nível de renda, de escolaridade, os serviços sanitários etc. são todos igualados em seus efeitos sobre o estado de saúde da população, sem que se procure analisar o processo de produção social e natural deste estado (SINGER *et al.*, 1978: 86-87).

Nesse sentido, os autores propõem, ao analisarem este processo, verificar as múltiplas formas de inserção dos SS, destacando-se como temas:

- a) a evolução da área de saúde, considerando o surgimento e/ou identificação de novos estados mórbidos, bem como o exame do papel dos SS nesta evolução;
- b) a evolução do campo de atuação dos SS, considerando a incorporação de certos cuidados (como obstétricos, materno-infantis, geriátricos, etc.) de outras instituições tais como a família e a medicina popular etc.;
- c) o relacionamento dos SS com outros Serviços de Controle, no trato dos problemas mórbidos ou que contribuem para a morbidade, como por exemplo doenças comportamentais, abortos provocados, menores abandonados, etc.;
- d) a evolução dos critérios sociais de identificação de causas incapacitantes e do papel dos SS nesta atividade;

- e) a transformação da estrutura dos SS, condicionada pela evolução social geral, pelo progresso da tecnologia em saúde e pelas contradições e composições de interesses políticos e econômicos no setor saúde;
- f) a contribuição dos SS para a redução de causas incapacitantes, mortalidade evitável e “volume de sofrimento” ocasionado pela morbidade (SINGER *et al.*, 1978: 87).

Singer *et al.* (1978) apresentam uma análise exploratória de um conjunto de indicadores brasileiros com a finalidade de estudar a relação entre os serviços de saúde e fatores ambientais e o estado de saúde da população. O experimento estatístico foi realizado a partir das informações disponíveis que melhor refletissem o estado de saúde da população³⁷. A análise estatística para verificação da correlação das informações demonstrou que, em relação à mortalidade, a melhora do nível de vida da população, representada pela diminuição da pobreza e pelo aumento da escolaridade, é mais significativa do que a multiplicação dos serviços de saúde.

(...) o estado de saúde da população, visto do ângulo da vida média, depende principalmente de fatores ambientais (escolaridade, nível de renda monetária), sendo muito menos significativos os serviços de saúde (leitos hospitalares, consultas). (...) dentre as variáveis independentes utilizadas, as que representam fatores ambientais (educação sobretudo) têm peso maior que as que representam os serviços de saúde (SINGER *et al.*, 1978: 154).

A partir da análise estatística, Singer *et al.* (1978) sustentam sua hipótese de que, em relação à morbidade, há uma contribuição contraditória dos serviços de saúde para o estado de saúde da população:

Nos estados em que é maior o número de consultas por contribuinte no INPS também é maior a proporção dos contribuintes que recebem auxílio-doença ou estão aposentados por invalidez. Uma possível interpretação deste fato é que a ação do serviço de saúde do INPS contribui para a identificação, isto é, diagnóstico de estados mórbidos, que resultam no seu reconhecimento social mediante pagamento de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez (SINGER *et al.*, 1978: 154-156).

³⁷ Os autores ressaltam a limitação do estudo ao explorar dados prontamente disponíveis com metodologia convencional, bem como que os dados não se referem à totalidade da população brasileira, mas à massa segurada pelo INPS (maior parte da metade urbana da população economicamente ativa do país). Como indicadores do estado de saúde da população foram utilizados: auxílios-doença do INPS, aposentadorias por invalidez do INPS; mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, esperança de vida aos 15 anos, atendimentos em hospitais, médicos em hospitais, leitos hospitalares, número de consultas, saneamento, pobreza e educação.

1.3.6 Da Avaliação dos Serviços à Avaliação dos Sistemas de Saúde sob a Ótica do Financiamento

A crítica de Singer *et al.* (1978), contextualizada no desenvolvimento das forças produtivas, do capitalismo em geral e no setor saúde em particular, é essencial para compreensão da contradição entre a expansão da prática médica e a ineficácia da Medicina em resolver, por si mesma, os problemas de saúde da população. Decorre deste problema, a expansão dos mecanismos de controle e das análises econômicas das políticas de saúde. Nesse contexto, colocam-se, ainda, as questões da institucionalização dos serviços de saúde, da expansão do consumo de serviços e tecnologias e dos crescentes custos da atenção à saúde.

É importante ressaltar que a obra de Singer *et al.* enfatiza os *serviços de saúde*, presente até mesmo em seu título, em detrimento dos *sistemas de saúde*, pouco mencionados nesta obra. Os autores delimitam operacionalmente os SS estudados pela finalidade explícita de preservar ou restaurar a saúde da população, excluindo serviços que atendam outras demandas que não a de saúde, por mais que suas atividades se reflitam sobre a saúde dos usuários.

Cabe aqui, portanto, verificar o problema da transposição da discussão no âmbito dos serviços de saúde para os sistemas de saúde de cunho universal estudados. Evidencia-se que os autores descrevem que “a plena institucionalização dos SS, no sentido de atingir o conjunto da população, é um processo que só se países capitalistas desenvolvidos após a última Guerra Mundial” (Singer *et al.*, 1978:34), como parte integrante, e das mais visíveis, do moderno Estado de bem-estar social (Singer *et al.*, 1978:37), o que coincide com a criação dos serviços nacionais de saúde e da forte expansão dos seguros sociais para o conjunto da sociedade, em situação de pleno emprego. Nesse movimento, os autores ressaltam a necessidade de “algum tipo de *socialização* da assistência médica, que a torne acessível a toda a população” (Singer *et al.*, 1978: 37, grifo dos autores), revelando a universalidade como uma dimensão da institucionalização dos SS.

É necessário esclarecer a diferenciação da abordagem dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde. Conill (2006) afirma que na análise comparada dos sistemas de saúde, o foco tende recair sobre os sistemas de serviços e cuidados, de modo que Carnut e Narvai (2016) apontam que a redução dos sistemas de saúde aos serviços e cuidados em saúde “é um dos problemas mais grosseiros da área” uma vez que se desconsidera a saúde em um sentido ampliado resultante de uma “interação complexa de um conjunto de fatores e ações de diversos sistemas sociais”. Os sistemas de saúde abarcam um conjunto de intervenções, no entanto não

têm governabilidade sobre o conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e demográficas que afetam a população, com desdobramentos na condição de saúde.

No tocante à questão do financiamento na discussão dos sistemas de saúde. Conill (2006) salienta a existência de várias formas de concebê-los e explicá-los, verificando-se que a função do financiamento é recorrente na sua estruturação. Roemer (1989 apud Conill, 2006) identifica no sistema de saúde a combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão. Mendes (2002 apud Conill, 2006) aponta a existência de três grandes funções que seriam essenciais: regulação, financiamento e prestação de serviços. Já Kleczkowski *et al.* (1984) ressaltam cinco componentes principais que guardam relações diretas ou indiretas entre si: desenvolvimento de recursos de saúde, arranjo organizado de recursos, prestação de cuidados de saúde, apoio econômico e gerenciamento.

Como instrumento de controle social, cabe destacar os serviços de saúde como garantidores da reprodução da estrutura social ao assegurar a perpetuação das condições de vida e as relações capitalistas. Compreendidas essas relações do campo da saúde com outras práticas sociais, questiona-se o caráter de neutralidade das ciências da saúde e das análises ancoradas nessa suposição, as quais, por vezes, não explicitam intencionalidades. Assim como refletimos no subcapítulo anterior, faz-se necessário lançar luzes para a pretensa isenção de valores ideológicos no procedimento científico. Tomando-se o financiamento e a alocação de recursos como o meio para o funcionamento dos serviços de saúde e para a efetivação da saúde como direito social, trata-se aqui de considerar o quanto que as questões levantadas por Singer *et al.* (1978) estão presentes na discussão contemporânea acerca da sustentabilidade e financiamento dos sistemas universais de saúde. Da mesma forma, tais reflexões mostram-se úteis para a avaliação dos pressupostos da produção voltada ao tema, que é revisada neste trabalho.

2. FINANCIAMENTO DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentaremos a revisão integrativa da literatura que trata do financiamento dos sistemas de saúde com o objetivo de construir uma síntese da produção da economia política da saúde sobre essa temática para o posterior cotejamento com a obra estudada de Singer *et al.* (1978).

São apresentadas as etapas da revisão sistematizada e seus resultados, abarcando os principais temas que norteiam a produção científica identificada e uma síntese das discussões empreendidas pelos resultados no âmbito do financiamento.

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

Para a revisão, foi definida como questão norteadora: *“O quanto que o arcabouço teórico da economia política, à luz da perspectiva de Paul Singer, está presente nos estudos da economia da saúde que abordam o tema do **financiamento da saúde em sistemas universais** na fase contemporânea do capitalismo?”*

Os termos que estão grifados em negrito servem para derivação dos descritores em cada portal ou base de dados que se trabalha nesta revisão. Tomou-se como fenômeno “financiamento da saúde” e a população “sistemas universais de saúde”. O contexto se refere à economia da saúde. Estes termos retirados da pergunta são considerados “itens-chave”.

2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA NOS REPOSITÓRIOS

Para a formulação da sintaxe em cada portal ou base de dados, foram considerados os termos referentes aos países que são objeto dessa pesquisa, ou seja, países que possuem sistemas públicos de saúde dos tipos bismarckiano, apoiado em seguros sociais; Beveridgeano, com financiamento fiscal e prestação majoritariamente pública de serviços; e de monopólio estatal com financiamento e prestação públicos. Não foram considerados países com sistemas do “tipo orientado para o mercado, ‘residual’ ou do livre mercado”, caso dos EUA, Holanda e Suíça, além de países com sistemas denominados de “competição gerenciada” ou “pluralismo estruturado”, com separação entre financiamento, prestação de serviços e regulação, como a Colômbia e o México (PAIM, 2019:18).

Sendo assim, são considerados os países: França e Alemanha (tipo bismarckiano); Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Brasil, Canadá, França, Suécia e Costa Rica (tipo Beveridge); e Cuba (monopólio estatal).

Para os sistemas de saúde, as sintaxes remeterão às designações relacionadas à universalidade, como "universal health care" ou "universal health systems (UHS)" (GIOVANELLA, 2018), conforme testagens em cada portal ou base de dados.

Para o desenvolvimento da revisão, adotou-se como data referencial de busca o dia 31 de dezembro de 2021. Foram pesquisados 4 (quatro) repositórios de estudos científicos: os portais BVS (Lilacs/Scielo) e MEDLINE (PubMed) e as bases de dados diretas SCOPUS e WebOfScience. A definição de bases e portais levou em consideração a compatibilidade da exportação dos resultados para o *software* Zotero, utilizada para o gerenciamento dos dados bibliográficos.

A Biblioteca Virtual em Saúde (**BVS**), desenvolvida e operada pela BIREME, agrega diversas bases de dados, como LILACS, ADSAUDE, OPAS/OMS, LEYES, MEDCARIB, PAHO e WHOLIS, dentre outros. Neste repositório, foi utilizado o vocabulário estruturado e multilíngue do DecS (Descritores em Ciências da Saúde), relacionado aos itens-chaves da pergunta de pesquisa norteadora desta revisão. Os descritores foram testados quanto à sua indexação e, quando apropriados, usados para formular sintaxes através de operadores booleanos. Para o item-chave “financiamento da saúde” foram identificados os descritores: "financiamento dos sistemas de saúde", "financiamento da assistência à saúde", "financiamento governamental", "recursos em saúde", "recursos financeiros em saúde" e "gastos em saúde". Para o item-chave “sistemas universais de saúde” foram identificados os descritores: "sistemas de saúde", "sistemas nacionais de saúde", "sistemas públicos de saúde", "medicina estatal", "política de saúde" e "serviços de saúde".

Na primeira etapa houve buscas exploratórias para a testagem dos descritores, com objetivo de observar o comportamento quantitativo dos mesmos para eleger quais são os melhores cruzamentos em função dos resultados que trazem. Posteriormente foram utilizados operadores booleanos nas técnicas “do funil” e “da somação”, consideradas meramente experimentais, mas que permitem observar as interseções existente entre descritores derivados dos distintos itens-chave. Diante do elevado número de resultados evidenciados nas testagens, nesta etapa foi acrescentado um terceiro polo de termos livres referentes aos países cujos sistemas de saúde são objeto da revisão.

A sintaxe que se mostrou apropriada para a **BVS** é:

((((mh:(("financiamento dos sistemas de saude" OR "financiamento da assistencia a saude" OR "financiamento governamental" OR "recursos em saude" OR "recursos financeiros em saude" OR "gastos em saude"))) AND (mh:(("sistemas de saude" OR "sistemas nacionais de saude" OR "medicina estatal" OR "politica de saude" OR "servicos de saude" OR "sistemas publicos de saude"))))) AND ("inglaterra" OR "escocia" OR "pais de gales" OR "irlanda do norte" OR "portugal" OR "espanha" OR "franca" OR "italia" OR "alemanha" OR "suecia" OR "brasil" OR "cuba" OR "costa rica" OR "canada").

A partir desta sintaxe foram obtidos **1772 estudos** que potencialmente poderiam responder à pergunta da revisão.

Na **MEDLINE** (Pubmed), foi utilizado o vocabulário estruturado e multilíngue do MeSH (Medical Subject Headings), relacionado aos itens-chaves da pergunta de pesquisa norteadora desta revisão. Da mesma forma, os descritores foram testados quanto à sua indexação e, quando apropriados, usados para formular sintaxes através de operadores booleanos. Para o item-chave “financiamento da saúde” foram identificados os MeSH Terms: “Healthcare Financing”, “Financing, Organized”, “Financing, Government” e “Health Planning Support”. Para o item-chave “sistemas universais de saúde” foram identificados os MeSH Terms: “Universal Health Care”, “Delivery of Health Care”, “Delivery of Health Care, Integrated”, “State Medicine” e “Patient Acceptance of Health Care”.

Também foram realizadas as etapas de buscas exploratórias para a testagem dos descritores, com objetivo de observar o comportamento quantitativo, e de utilização dos operadores booleanos nas técnicas “do funil” e “da somação”. Da mesma forma, nesta etapa foi acrescido um terceiro polo de termos livres referentes aos países cujos sistemas de saúde são objeto da revisão. Como evidenciou-se um elevado número de resultados e uma heterogeneidade de temáticas abarcadas nos resultados, nesta etapa foi acrescido o termo livre truncado (“health system\$”).

A sintaxe que se mostrou apropriada para a **MEDLINE** é:

(((((Healthcare Financing[MeSH Terms])) OR ((Financing, Organized[MeSH Terms]))) OR ((Financing, Government[MeSH Terms]))) OR ((Health Planning Support[MeSH Terms]))) AND (((((Universal Health Care[MeSH Terms])) OR ((Delivery of Health Care[MeSH Terms]))) OR ((Delivery of Health Care, Integrated[MeSH Terms]))) OR (State Medicine[MeSH Terms])) OR (Patient Acceptance of Health Care[MeSH Terms]))

AND ("england" OR "scotland" OR "wales" OR "northern ireland" OR "portugal" OR "spain" OR "france" OR "italy" OR "germany" OR "sweden" OR "brazil" OR "cuba" OR "costa rica" OR "canada")) AND ("health system\$").

A partir desta sintaxe foram obtidos **605 estudos** que potencialmente poderiam responder à pergunta da revisão.

Na base de dados **SCOPUS**, foram utilizados termos correspondentes aos itens-chaves da pergunta de pesquisa, não se utilizando descritores próprios. Os termos foram testados quanto à sua indexação e, quando apropriados, usados para formular sintaxes através de operadores booleanos. Para o item-chave “financiamento da saúde” foi identificado o descritor-default (termo livre) TITLE-ABS-KEY (financing). Para o item-chave “sistemas universais de saúde” foram identificados os descritores-default (termos livre): TITLE-ABS-KEY ("universal health care") e TITLE-ABS-KEY ("health system*").

Também foram realizadas as etapas de buscas exploratórias para a testagem dos descritores-default, com objetivo de observar o comportamento quantitativo, e de utilização dos operadores booleanos nas técnicas “do funil” e “da somação”. Da mesma forma, nesta etapa foi acrescido um terceiro polo de termos livres referentes aos países cujos sistemas de saúde são objeto da revisão.

A sintaxe que se mostrou apropriada para a **SCOPUS** é:

(TITLE-ABS-KEY (financing) AND TITLE-ABS-KEY ("Universal Health Care") OR TITLE-ABS-KEY ("health system*") AND TITLE-ABS-KEY (england) OR TITLE-ABS-KEY (scotland) OR TITLE-ABS-KEY (wales) OR TITLE-ABS-KEY (northern AND ireland) OR TITLE-ABS-KEY (portugal) OR TITLE-ABS-KEY (spain) OR TITLE-ABS-KEY (france) OR TITLE-ABS-KEY (italy) OR TITLE-ABS-KEY (germany) OR TITLE-ABS-KEY (sweden) OR TITLE-ABS-KEY (brazil) OR TITLE-ABS-KEY (cuba) OR TITLE-ABS-KEY (costa AND rica) OR TITLE-ABS-KEY (canada)).

A partir desta sintaxe foram obtidos **653 estudos** que potencialmente poderiam responder à pergunta da revisão.

Na base de dados **Web of Science**, foram utilizados termos correspondentes aos itens-chaves da pergunta de pesquisa no modo padrão para esta base de dados, chamada de Tópico (Topic), não se utilizando descritores próprios. Os tópicos foram testados quanto à sua indexação e, quando apropriados, usados para formular sintaxes através de operadores booleanos. Para o item-chave “financiamento da saúde” foi identificado o tópico

(TS=(financing)). Para o item-chave “sistemas universais de saúde” foram identificados os tópicos: TS=("universal health care" OR "state medicine" OR "Delivery of Health Care" OR "health system*").

Também foram realizadas as etapas de buscas exploratórias para a testagem dos tópicos, com objetivo de observar o comportamento quantitativo, e de utilização dos operadores booleanos nas técnicas “do funil” e “da somação”. Da mesma forma, nesta etapa foi acrescentado um terceiro polo de termos livres referentes aos países cujos sistemas de saúde são objeto da revisão.

A sintaxe que se mostrou apropriada para a **Web of Science** é:

((TS=(financing)) AND TS=("universal health care" OR "state medicine" OR "Delivery of Health Care" OR "health system*")) AND TS=(england OR scotland OR wales OR 'northern ireland' OR portugal OR spain OR france OR italy OR germany OR sweden OR brazil OR cuba OR 'costa rica' OR canada).

A partir desta sintaxe foram obtidos **382 estudos** que potencialmente poderiam responder à pergunta da revisão.

2.3 DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS

Ao se somarem os estudos encontrados em cada repositório – BVS (1772); MEDLINE (605); SCOPUS (653); Web of Science (382) – identificou-se um total de **3412 estudos** (Quadro 1).

Quadro 1: Número de estudos identificados nos repositórios científicos consultados.

Repositórios	Número de estudos
BVS	1772
PubMed	605
Scopus	653
Web of Science	382
Total	3412

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Figura 1 apresenta as etapas de seleção e inclusão de estudos. Todos foram exportados dos portais e bases e catalogados no *software* Zotero, o qual possibilitou a exclusão de 561 estudos por duplicação. Obteve-se, então, o total de **2851 estudos**.

Sequencialmente foram excluídos estudos pelos critérios de período, idioma, tipo de estudo e verificação manual de duplicados.

Primeiramente, foram excluídos os 122 estudos anteriores ao período de 1980, por não se enquadrarem na fase contemporânea do capitalismo – termo chave de contexto da pergunta de pesquisa – de exacerbação do neoliberalismo e de reformas dos sistemas de saúde (Figura 1). Também foram excluídos 196 estudos de idiomas distintos de português, inglês e espanhol. Na sequência, foram excluídos 443 estudos que não são artigos científicos. Foram utilizadas as classificações de “tipo de documento” ou “tipo de artigo” das bases de dados consultadas. Dessa forma, foram excluídos os resultados classificados como monografia (n=182), notícia (n=77), editorial (n=38), tese (n=37), artigo de congresso (n=34), capítulo de livros (n=14), não convencional (n=13), carta (n=11), comentário (n=11), multimídia (n=10), livro (n=7), documento de projeto (n=2), biografia (n=2), recurso na internet (n=2), relatório (n=1), introdução (n=1) e recurso educacional (n=1), os quais totalizaram 443 resultados. Obteve-se, então, o total de **2090 estudos** (Figura 1).

Por fim, na verificação manual desses resultados foram excluídos 58 estudos identificados como duplicados. Em relação aos duplicados em diferentes idiomas, foram incluídos os disponíveis em português ou no idioma nativo, para os casos de artigos publicados em inglês e espanhol. O número de artigos identificados que sobraram após os critérios de inclusão foi **2032** (Figura 1).

Na sequência, foi realizada a leitura de títulos para verificação da pertinência dos estudos à temática. O critério de inclusão foi a menção direta ao tema ou através de termos ou conceitos análogos à: financiamento, gasto público, alocação, crise, reforma, austeridade ou sustentabilidade. Assim, foram excluídos títulos que remetiam a outros temas, dentre as quais podemos destacar, pela frequência nos resultados, estudos clínicos, estudos epidemiológicos, políticas de saúde, políticas setoriais, políticas regionais e locais, gestão, eficiência, desempenho, qualidade, acesso e cobertura. Foram excluídos 1875 estudos. O número de estudos que sobrou após os critérios de inclusão foi **157** (Figura 1).

Foi realizada a verificação da disponibilidade de resumos para a leitura. Constatou-se que 16 resultados não possuíam resumos disponíveis e foram excluídos, restando **142 estudos**.

Os resumos foram lidos, adotando-se como critério de inclusão a pertinência do resultado à discussão do financiamento ou alocação de recursos financeiros. Foram excluídos os resultados que discutiam países que não possuem sistemas universais de saúde e não são

objetos de estudo, assim como resultados que comparavam os países objeto com outros não pertinentes. Em relação aos temas abordados, foram excluídos os que abordavam prioritariamente estratégias de gestão, eficiência, desinvestimentos, análises econométricas e proposição de modelos. Foram excluídos 59 artigos. O número de estudos identificados que sobraram após os critérios de inclusão foi **82 artigos**.

Na etapa seguinte, foi realizada a verificação de disponibilidade de textos completos. Constatou-se que 13 artigos não estavam disponíveis para o acesso da Universidade de São Paulo. Com o acesso ao texto completo dos **69** artigos incluídos nesta etapa, foi possível verificar como os temas elencados nos resumos eram efetivamente abordados e se estes resultados promoviam a discussão com base na economia política. Verificou-se que um dos estudos abordava exclusivamente sistema de país não revisado neste trabalho (Figura 1).

Logo, foram selecionados **68** artigos para o mapeamento do pensamento econômico presente no texto completo. Verificou-se que 21 estudos refletiam o pensamento neoclássico ou não promoviam discussão no âmbito da economia política e foram excluídos. Esses artigos são das seguintes temáticas: gestão e eficiência (n=7); metodologias de alocação e rateio (n=6); modelos econométricos (n=3); incentivos (n=1); análise estatística (n=1); e outras abordagens neoclássicas (n=3). Conclui-se, então, que foram **47** artigos selecionados para a leitura (Figura 1).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a leitura completa dos 47 artigos identificados no âmbito da discussão do financiamento dos sistemas universais de saúde sob a ótica da economia política.

Em relação ao assunto principal de cada artigo, o Quadro 2 apresenta os eixos temáticos identificados na literatura revisada e os temas que os compõem, junto ao quantitativo de resultados.

Quadro 2: Número de artigos selecionados por eixos e temas.

Eixos e temas	Número de artigos
EIXO 1: SISTEMAS UNIVERSAIS E CAPITALISMO	6
Contradições do sistema de saúde no capitalismo	2
Crise do capital e saúde	1
Economia política	1
Financeirização e saúde	2
EIXO 2: CRISE E AUSTERIDADE	8
Políticas de austeridade na Europa	4
Políticas de austeridade no Brasil	3
Crises econômicas	1
EIXO 3: REFORMAS DE SISTEMAS	5
Reforma da APS	3
Reforma de sistemas	2

Continua...

EIXO 4: POLÍTICAS DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DA APS	6
Banco Mundial e sistemas de saúde	1
Cobertura farmacêutica	1
Políticas sociais e saúde	1
Agenda do desenvolvimento sustentável	1
Financiamento da APS	2
EIXO 5: DESCENTRALIZAÇÃO	5
Descentralização	5
EIXO 6: GASTO PÚBLICO	5
Contingenciamento	1
Gasto nacional	1
Gasto subnacional	3
EIXO 7: RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO	4
<i>Mix</i> público-privado	2
Renúncia fiscal	2
EIXO 8: ALOCAÇÃO DE RECURSOS	3
Emendas parlamentares	1
Metodologia alocativa	2
EIXO 9: FONTES DE FINANCIAMENTO	2
Progressividade do financiamento	1
Novas fontes de financiamento	1
EIXO 10: NECESSIDADES DE FINANCIAMENTO	3
Projeção das necessidades de financiamento	2
Envelhecimento e direto à saúde	1
Total de estudos	47

Fonte: Elaborado pelo autor.

A categorização do pensamento econômico de cada artigo está baseada na maior proximidade da perspectiva crítica marxista à sociedade capitalista – refletida na crise do capital e no papel limitado do Estado no âmbito das políticas de saúde – ou do pensamento keynesiano – enfatizando-se o papel regulador do Estado na promoção da saúde e redução de desigualdades sociais. Trata-se, portanto, de classificar cada artigo a partir das ideias predominantes em sua discussão e justificativas teóricas, de forma não taxativa.

2.5 RESULTADOS

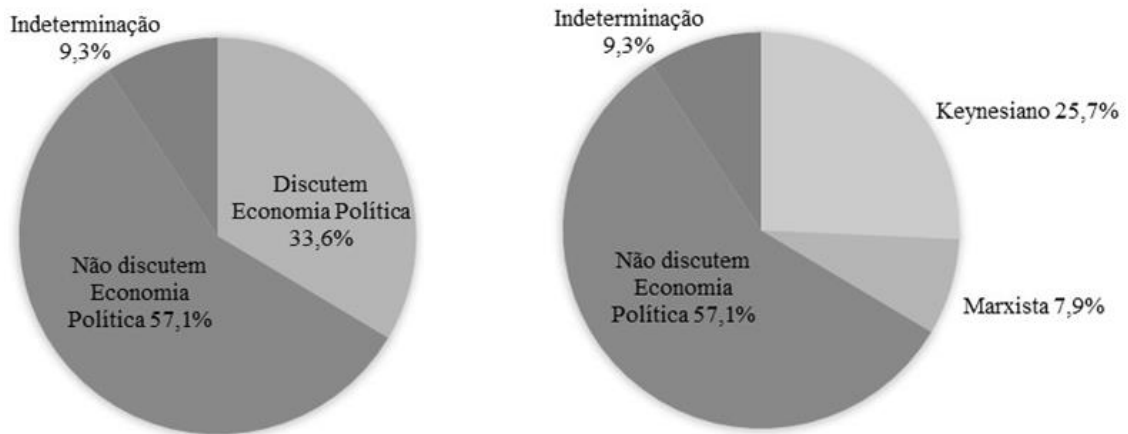
Primeiramente cabe destacar a proporção dos 47 artigos considerados incluídos nesta revisão que estão inseridos na perspectiva da economia política em relação à totalidade de estudos que discutem financiamento, o que permite aferir o quanto essa abordagem está presente na literatura.

Como demonstrado nas etapas de inclusão e exclusão de estudos, foram identificados 140 artigos com resumos disponíveis cujos títulos remetem à questões pertinentes ao financiamento e que abordam os países objeto da revisão³⁸. Desse número, constatou-se que pelo menos 80 estudos (59 excluídos após leitura de resumos e 21 excluídos após leitura do artigo na íntegra) não discutem o financiamento recorrendo em alguma medida à perspectiva da economia política. Em relação aos outros 13 estudos que não possuem texto completo disponível, não é possível afirmar se também se incluem nessa categoria.

Tomando-se o universo de artigos com resumos disponíveis, a revisão sistematizada da literatura revela que 33,6% dos resultados parciais discutem economia política (n=47), ao passo que 57,1% não o fazem (n=80) e que há uma indeterminação de 9,3% referente aos artigos sem texto completo (n=13) (Figura 2).

³⁸ Dos 141 artigos com resumos disponíveis, foi desconsiderado um artigo que aborda país cujo sistema de saúde não atende aos requisitos da pesquisa, conforme descrito na penúltima etapa da exclusão, totalizando os 140 artigos aos quais remete esta análise.

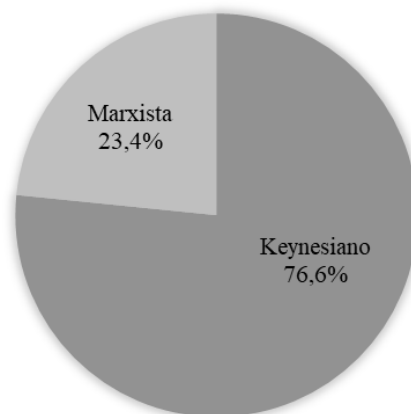
Figura 2: Proporção de artigos que recorrem à perspectiva da economia política, considerando o total de artigos com resumos disponíveis.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao pensamento econômico predominante nos artigos identificados no âmbito da economia política, verificou-se que 76,6 % dos estudos (n=36) estão mais próximos da perspectiva keynesiana, enquanto que 23,4% (n=11) recorrem à ótica marxista (Figura 3).

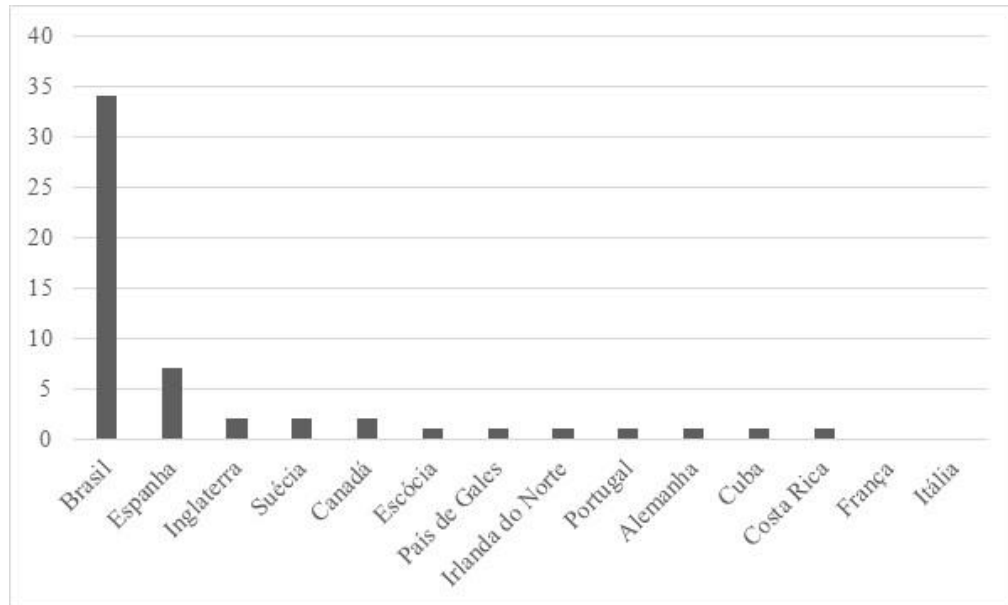
Figura 3: Proporção de artigos que recorrem à perspectiva da economia política, considerando o total de artigos incluídos na revisão.



Fonte: Elaborado pelo autor.

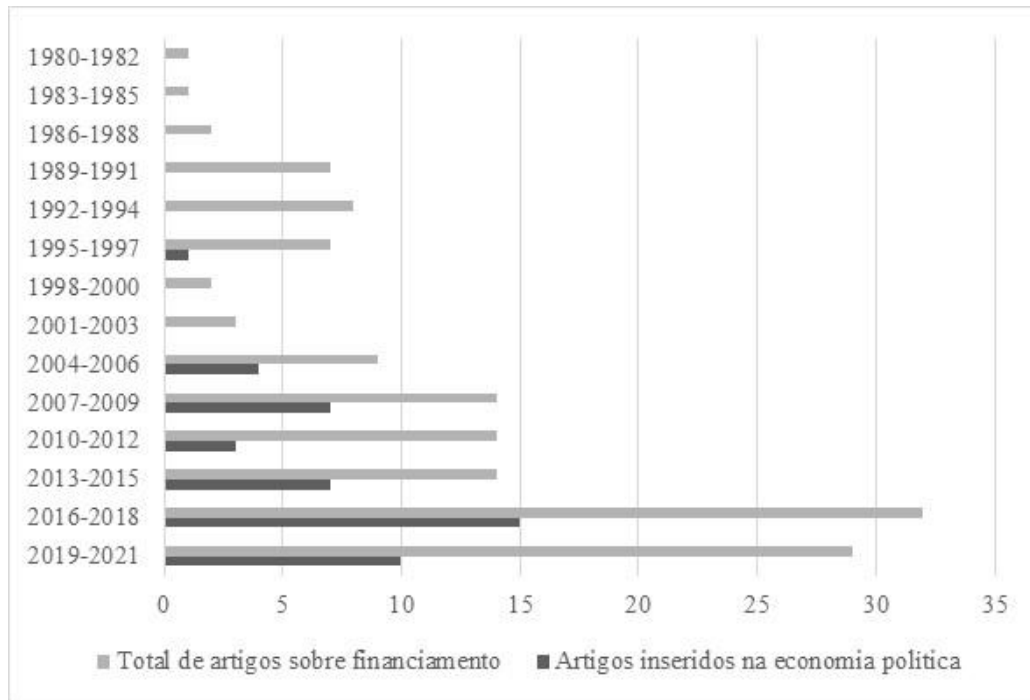
Em relação aos sistemas de saúde abordados, há um nítido predomínio de estudos referentes ao sistema do Brasil (n=34), o que representa 72,3% dos artigos; seguidos da Espanha (n=7); dos países do Reino Unido, Canadá e Suécia (n=2); e de Portugal, Alemanha, Cuba e Costa Rica (n=1). Nenhum dos resultados aborda os sistemas da França e da Itália (Figura 4).

Figura 4: Número de artigos por países incluídos na revisão.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao ano de publicação, verificou-se que quase a totalidade dos achados da pesquisa são do ano de 2004 em diante. Não foram identificados artigos publicados nos anos 1980 que atendessem aos critérios da pesquisa. Somente um artigo da década de 1990 foi localizado (Figura 5). O período com maior publicação de artigos inseridos na economia política é o triênio 2016-2018 (n=15), seguido pelo triênio mais recente 2019-2021 (n=10). Ainda que não seja possível constatar pelo que ocorre uma tendência crescente desses estudos, a revisão indica que a presença relativa dos mesmos é maior a partir da década de 2000, em relação ao período compreendido nos anos 1980 e 1990. Cabe mencionar que mesmo o número total de artigos identificados sobre financiamento de sistemas, principalmente nos anos 1980, é pequeno (Figura 5).

Figura 5: Número de artigos publicados por triênio (1981-2021).

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Quadro 3 apresenta a síntese das informações extraídas dos artigos incluídos, com os dados extraídos referentes a: autor (ano de publicação), tema principal, contexto (país e momento histórico), objetivo, metodologia, principais contribuições e pensamento econômico. A extração de dados foi realizada a partir do agrupamento dos resultados por eixos temáticos.

Desse modo, na sequência, são apresentadas as principais contribuições dos artigos. A síntese dos artigos é apresentada de forma narrativa, modalidade escolhida devido à diversidade de temas pertinentes ao financiamento abordados nos estudos. Verificou-se que, a despeito da metodologia de agrupamento pela temática principal de cada estudo, predominam as abordagens que transitam por diferentes assuntos.

Quadro 3: Síntese das informações dos artigos identificados.

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
EIXO 1: SISTEMAS UNIVERSAIS E CAPITALISMO				
ALVES <i>et al.</i> , 2019	Brasil, produção acadêmica em economia da saúde.	Pesquisa quantitativa exploratória, por meio de coleta de dados nos currículos de pesquisadores por meio do termo ‘economia da saúde’ e ‘economia política’. Classificaram-se suas produções nas áreas de ‘financiamento’, ‘política de saúde’, ‘gestão em saúde’, ‘análise de custo-efetividade’.	A preponderância da produção em ‘gestão em saúde’ e ‘análise de custo-efetividade’ sugere que os pesquisadores da economia da saúde estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico. Além disso, a produção de conhecimento pelos paradigmas da ‘economia política’ é rarefeita. Dos 254 doutores considerados ‘economistas da saúde’ apenas 11,0% (28) produzem em ‘economia política’.	Marxista
Economia política e saúde.	Mapear a produção da economia da saúde no Brasil e seus principais temas, destacando a relevância da economia política, com o intuito de refletir sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.			
MENDES e CARNUT, 2018	Brasil, capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital portador de juros	Análise da crise capitalista na perspectiva teórica marxista, discussão da forma política e dos efeitos da crise na problemática do subfinanciamento da saúde e da apropriação privada das políticas públicas de saúde por meio do gerencialismo.	A crise capitalista está associada à tendência de queda da taxa de lucro, constatando-se que a dominância do capital portador de juros está no centro das relações econômicas e sociais. Os efeitos desses fenômenos impactam na problemática do subfinanciamento por um Estado que se constitui em elemento essencial das relações capitalistas de produção, num contexto de apropriação privada do sistema por meio do gerencialismo, com foco na adoção de instrumentos de gestão e baseados na lógica do desempenho.	Marxista
Crise do capital e saúde.	Analisar a problemática do subfinanciamento e a expansão de mecanismos gerenciais de mercado no interior da política pública de saúde.			
SESTELO, 2018	Ação política do capital em processo, com particular ênfase no Brasil	Reconstituição em uma perspectiva histórica e discussão sobre dominância financeira na assistência a partir do caso concreto da hipertrofia do esquema de intermediação assistencial privada existente no país.	Diferentes espaços de transação foram incorporados ao processo de acumulação capitalista setorial, transformando a assistência à saúde em <i>locus</i> privilegiado para o capital em processo. A financeirização envolve a um só tempo as grandes corporações produtivas e as instâncias de regulação do Estado. O lugar de mediação nas relações entre capital e trabalho ocupado pela assistência à saúde nas sociedades industrializadas e o potencial de universalização dos processos assistenciais conferem relevância e valor estratégico à análise empírica de casos concretos de financeirização situados nos limites dos sistemas de saúde. Nas análises de políticas de saúde as categorias social, privado e público são indissociáveis e incidem sobre uma extensa interface de fenômenos de articulação.	Marxista
Financeirização e saúde.	Reconstituir a trajetória do capital em processo na assistência à saúde como <i>locus</i> de acumulação.			
COSTA, 2017	Brasil, dominância privada no sistema de saúde.	Descrição do arranjo organizacional do sistema de saúde brasileiro para refletir sobre a agenda da austeridade proposta para o país. Utilização das categorias de análise das despesas nacionais com saúde por meio de estatística descritiva.	Os interesses com maior capacidade de vocalização foram bem sucedidos em impor as suas preferências na configuração do setor. A comparação internacional dos indicadores de despesas com saúde mostra que a participação do gasto público brasileiro na saúde é pouco expressiva, além de singular quando comparado com os países emergentes, pela importante participação de seguro privado e pela magnitude do desembolso direto, comprometendo a equidade. Ao contrário da crença da agenda da austeridade, a despesa pública não pode ser constringida porque o governo tem fracassado na provisão adequada de serviços aos pobres.	Marxista
Contradições do sistema universal de saúde no capitalismo.	Discutir a hipótese de que o setor saúde no Brasil funciona sob a dominância privada.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
MACHADO <i>et al.</i> 2017	Brasil, política de saúde entre 1990 a 2016.	Subdivisão e análise do período em cinco momentos, segundo três eixos: contexto nacional, processo político e conteúdo da política (prioridades e estratégias).	Contradições exemplificadas nos desafios estratégicos: inserção da saúde no modelo de desenvolvimento e na Seguridade Social, financiamento e relações público-privadas. A ampliação dos serviços ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados. Apesar dos esforços para a alocação de recursos em regiões mais carentes, a permanência de problemas do sistema de partilha fiscal comprometeu maiores impactos redistributivos. Maior aporte de recursos de origem estadual e municipal foram contrabalançados pela diminuição proporcional do gasto federal. Autonomia no gasto em saúde restrita pelo excesso de condicionalidades para aplicação de recursos transferidos.	Marxista
Contradições do sistema universal de saúde no capitalismo.	Analisar a condução brasileira da política de saúde e discutir as suas contradições e os seus condicionantes.			
MENDES e MARQUES, 2009	Brasil, política macroeconômica dos anos 1990 e 2000 e efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro.	Identificação, a partir do quadro econômico e político, das tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.	A crise do financiamento, a partir do ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva, resultando em tentativas de diminuição dos gastos na saúde e dificultando a efetivação dos princípios do SUS. Os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca do crescimento econômico e de um projeto de desenvolvimento econômico e social, o que implicaria a ruptura da lógica da política econômica adotada em aliança aos interesses do capital financeiro.	Marxista
Financeirização e saúde.	Reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS.			
EIXO 2: CRISE E AUSTRIDADE				
BORGES <i>et al.</i> , 2018	Espanha, controle dos gastos públicos após a crise econômica e financeira de 2008.	Ensaio teórico.	As medidas de austeridade impuseram limitações de ordem orçamentária, reduziram a provisão de serviços, introduziram copagamentos e retrocederam o direito à saúde à meritocracia. A economia política crítica sinaliza que o propósito dos ajustes econômicos é a transferência regressiva de renda e riqueza. A alternativa de resistência e superação pela via política, como os movimentos das <i>Mareas Ciudadanas</i> , constitui-se numa resposta com êxito em muitas lutas sociais contra a austeridade fiscal e tem resistido ao desmantelamento do SNS.	Marxista
Ajuste fiscal europeu	Analisar os ajustes fiscais adotados em resposta à crise financeira de 2008, suas implicações para o sistema de saúde e a resistência cidadã.			
MASSUDA <i>et al.</i> , 2018	Brasil, do ano 2000 até a crise econômica iniciada em 2015.	Revisão da literatura, análise de políticas e dados secundários de fontes governamentais para examinar mudanças no contexto político e econômico, financiamento da saúde, recursos de saúde e cobertura de serviços de saúde no SUS.	Houve um progresso no sentido de alcançar a Cobertura Universal de Saúde, com melhorias na saúde da população, no entanto, ainda persistem problemas estruturais, incluindo lacunas na gestão, subfinanciamento e alocação de recursos. Consequentemente, existem grandes disparidades regionais no acesso aos SS e nos resultados de saúde. Crises econômicas e políticas, combinadas com políticas de austeridade, representam um grande risco para a cobertura universal de saúde e os ganhos em saúde alcançados, com impacto negativo nas populações mais pobres e vulneráveis, e exigem o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes.	Keynesiano
Ajuste fiscal brasileiro	Analisar o progresso do SUS desde 2000 e os efeitos atuais e potenciais das crises econômicas e políticas e das políticas de austeridade decorrentes.			
SANTOS e VIEIRA, 2018.	Brasil, direito à saúde e austeridade fiscal em perspectiva internacional.	Análise dos efeitos da política de austeridade em perspectiva internacional, identificadas por revisão da literatura. Apresentação das medidas de austeridade fiscal que vêm sendo implantadas no Brasil e análise dos seus prováveis impactos para a proteção social.	A austeridade adotada no Brasil não é universal, pois não atinge toda a sociedade brasileira igualmente, e tampouco tem efeitos temporários, pois não está focada na redução do desequilíbrio momentâneo nas contas públicas. Seu objetivo precípuo é o de promover a redução do tamanho do Estado brasileiro. Devem ser formulados caminhos de superação dessa política, caracterizados pelo compromisso prioritário com a população e com o desenvolvimento socioeconômico. Este é um grande desafio, pois implica a superação de características históricas da formação social e econômica do Brasil que dificultam a implementação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais.	Keynesiano
Ajuste fiscal brasileiro	Analisar implicações da política de austeridade sobre a garantia do direito social universal, com foco no financiamento do SUS e no direito à saúde.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
DE SOUZA, 2017	Brasil, implicações da EC nº95/2016.	Descrição histórica e apresentação de evidências de efeitos nocivos da austeridade.	As evidências sugerem que a austeridade fiscal, o choque econômico e a fragilidade da proteção social interagem para aumentar as crises de saúde e sociais. Ao retirar o apoio financeiro aos sistemas de proteção social, as medidas de austeridade provavelmente contribuirão para aumentar as desigualdades - acessibilidade aos serviços de saúde, incidência e prevalência de várias doenças e taxas de mortalidade. Evidencia-se um claro objetivo de manutenção do pagamento da dívida pública.	Keynesiano
Ajuste fiscal brasileiro	Descrever a situação da saúde no Brasil diante das medidas de redução do gasto federal com saúde em favor da austeridade.			
CANTERO MARTÍNEZ, 2016	Espanha, reformas decorrentes da crise econômica.	Análise das modificações mais importantes que afetam as características essenciais do serviço público e a situação jurídica dos usuários.	As reformas buscam a eficiência e a sustentabilidade econômica do sistema de saúde. No entanto, produziram importante 'mutação' do serviço público, que afetou seus princípios básicos inspiradores, o modelo de seguro, sua universalidade, seu financiamento e, com ele, os princípios de equidade e coesão do sistema.	Keynesiano
Ajuste fiscal europeu	Analisar os efeitos no serviço público de saúde.			
LEHTO <i>et al.</i> , 2015	Países nórdicos, crises econômicas do final da década de 1980, período de crescimento relativo após a recessão, e a crise pós-2008.	Análise de indicadores entre 1980 e 2014.	Há um conjunto de pressões sobre o gasto com saúde, incluindo o envelhecimento da população e a incorporação tecnológica. É possível a relação com mudanças ideológicas, políticas e culturais, dentre as quais podem ser destacados o 'neoliberalismo', o 'individualismo' e diminuição do apoio a socialistas e partidos social democratas. Muitas das mudanças parecem estar mais relacionadas com tendências de longo prazo. As mudanças no sistema de saúde não seguem o ritmo dos ciclos macroeconômicos. As crises anteriores se tornaram pontos de referência para ajustes voltados ao controle do gasto com saúde e promoveram a institucionalização de maior controle orçamentário e do aumento de produtividade.	Keynesiano
Crises econômicas desde a década de 1980	Resumir as experiências de ajuste das políticas de saúde. Identificar as principais mudanças institucionais e políticas nos sistemas relacionadas às crises macroeconômicas e caracterizá-las na perspectiva de uma distinção conservador-reformista.			
GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014	Alemanha, Reino Unido e Espanha, reformas de saúde resultantes da crise econômica iniciada em 2008.	Comparação da intervenção estatal no financiamento, regulação, organização e prestação de serviços. Exame das repercussões sobre a universalidade nas três dimensões: amplitude da cobertura; abrangência da cesta de serviços; nível de cobertura por financiamento público.	As políticas restritivas afetaram a universalidade nas três dimensões, com distinta intensidade nos países, e aprofundaram políticas prévias de competição regulada e comercialização. Em geral, não foram realizadas mudanças importantes no pacote de benefícios e reduções na cobertura populacional, em geral, foram marginais. Ocorreu estagnação ou redução dos gastos públicos em saúde que, se persistir, pode ter consequências deletérias para a universalidade. São importantes as políticas sociais para mitigação dos efeitos adversos e a mobilização social.	Keynesiano
Ajuste fiscal europeu	Analisar tendências de reformas contemporâneas e discutir suas consequências para a universalidade.			
SEGURA BENEDICTO, 2014	Espanha, reformas decorrentes da crise econômica.	Caracterização da crise e seus efeitos, avaliação da evolução do gasto com saúde e discussão sobre reorientação de políticas.	O significado original de 'austeridade', que é dispensar o supérfluo, foi expropriado, com repercussões práticas na redução dos gastos públicos com saúde. As consequências dependem da capacidade de adaptação às novas circunstâncias. Embora o sistema esteja sob considerável tensão, a maioria da população mostra considerável satisfação com o seu funcionamento. Os indicadores de mortalidade foram pouco afetados, mas os problemas de saúde mental pioraram. Alternativas viáveis devem ser defendidas e a crise pode estimular a promoção da saúde comunitária e é oportuna para fomentar políticas intersetoriais.	Keynesiano
Ajuste fiscal europeu	Compartilhar considerações sobre a situação espanhola e recomendações às instituições e profissionais da saúde pública.			
EIXO 3: REFORMAS DE SISTEMAS				
SETA <i>et al.</i> , 2021	Brasil, mudanças no financiamento da APS.	Discussão acerca das mudanças impostas pelo programa, identificação de contradições e alternativas.	Há necessidade de se criticar política e teoricamente a concepção da proposta e de considerar o posicionamento de entidades do movimento da reforma sanitária e as iniciativas legislativas para revogação da política. Propostas alternativas negociadas devem ressaltar que o cadastramento de usuários não pode condicionar o acesso ao SUS e o repasse orçamentário regular. O PAB fixo precisa ser mantido, de forma inegociável, pelo caráter estruturante do modelo pré-fixado.	Keynesiano
Reforma da APS.	Analisar o Programa Previne Brasil e propor o aumento de recursos diante do congelamento do gasto social.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
MASSUDA, 2020	Brasil, mudanças no financiamento da APS.	Análise de contexto sobre tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e de remuneração por serviços, bem como dos avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS.	O SUS possibilitou avanços substanciais em direção à Cobertura Universal de Saúde no Brasil. Apesar do verniz modernizador, a nova política parece ter objetivo restritivo, que deve limitar a universalidade, aumentar as distorções no financiamento e induzir a focalização de ações da APS, contribuindo para a reversão de conquistas históricas na redução das desigualdades em saúde.	Keynesiano
Reforma da APS.	Discutir os possíveis efeitos da nova política.			
MOROSINI <i>et al.</i> , 2020	Brasil, Reorganização da atenção básica entre 2019 e 2020.	Análise dos documentos produzidos pelo MS. Tomados como parâmetros de análise as atribuições gestoras e os princípios e diretrizes do SUS e de uma atenção básica orientada pela determinação social do processo saúde/doença.	As mudanças na alocação dos recursos públicos, a instituição de novas possibilidades de relação entre o Estado e empresas privadas e a adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado revelam o sentido privatizante das medidas. A política assume um enfoque individualizante no que tange ao modelo de atenção e financiamento, enfraquecendo a perspectiva do território, o trabalho comunitário, o cuidado integral e multidisciplinar.	Marxista
Reforma da APS.	Buscar compreender como as mudanças projetadas nas funções gestoras e no modelo de atenção à saúde contribuem para o fortalecimento da lógica mercantil.			
ATUN <i>et al.</i> , 2015	América Latina, reformas dos sistemas de saúde a partir do final da década de 1980.	Uso de estrutura analítica e dados para explorar como a interação de dados demográficos, fatores epidemiológicos, econômicos, políticos e socioculturais impulsionaram os países a fortalecerem seus sistemas.	Os países desenvolveram abordagens distintas para as reformas do sistema de saúde, que combinaram mudanças no lado da demanda e cuidados primários de saúde abrangentes. Essas reformas promoveram a inclusão, cidadania e a equidade em saúde, impulsionando-os a alcançar a cobertura universal de saúde.	Keynesiano
Reforma de sistemas.	Analisar os desafios contextuais e discutir os desafios futuros para os sistemas de saúde latino-americanos.			
DIDERICHSEN, 1995.	Suécia, reforma do sistema de saúde sueco na década de 1990.	Análise política empírica e normativa. Comentários sobre a definição de eficiência e equidade e sobre os princípios políticos e econômicos fundamentais do estado de bem-estar social sueco.	As reformas têm se concentrado na divisão comprador-prestador e no pagamento de taxa por serviço dos prestadores. O aumento da eficiência ameaça a equidade em alguns aspectos específicos. O pagamento de taxa por serviço significa aumento da produção e, até agora, aumento dos custos. Se eles forem atendidos com maior financiamento privado, em vez do atual financiamento tributário, isso trará o risco de desigualdades. As iniquidades podem estar relacionadas à forma como a atenção à saúde lida com as desigualdades em saúde decorrentes de desigualdades nas condições de vida.	Keynesiano
Reforma de sistemas.	Analisar até que ponto as reformas são uma solução de mercado planejada ou uma ameaça aos princípios básicos do estado de bem-estar social.			
EIXO 4: POLÍTICAS DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DA APS				
KERSHAW, 2020	Canadá, investimentos nos determinantes sociais da saúde desde 1976.	Análise de dados sobre como os investimentos em determinantes sociais da saúde em estágios iniciais (< 45 anos) e posteriores (idade 65+) evoluiu desde 1976 em relação aos investimentos em assistência à saúde.	Houve maior alinhamento entre o conceito HiAP e as finanças públicas para os idosos do que para os mais jovens. Os resultados fornecem informações retrospectivas para avaliar futuros investimentos públicos em e além da assistência à saúde, ao longo da vida, juntamente com planos para financiar esses investimentos.	Keynesiano
Políticas sociais e saúde.	A partir da análise dos gastos governamentais, apoiar deliberações orçamentárias conforme as evidências relacionadas ao conceito de 'Health in All Policies' (HiAP).			
VIEIRA, 2020	Brasil, papel do Banco Mundial na elaboração de políticas de saúde desde a criação do SUS.	Análise de dois documentos, de 2007 e de 2013, publicados pelo por essa instituição, levantamento de dados sobre projetos financiados no período de 2000 a 2015, com destaque para o setor de saúde.	Os mecanismos tradicionais de intervenção não se alteraram, tampouco mudaram os princípios orientadores. Observa-se um deslocamento das ações da esfera nacional para as esferas estadual e municipal. Há a necessidade de estudos específicos dos contratos firmados com os governos subnacionais, uma vez que o modelo federativo e o próprio sistema de saúde permitem implementar mecanismos de gestão descentralizados que podem alterar a configuração do SUS.	Keynesiano
Financiamento da saúde na agenda do desenvolvimento sustentável.	Discutir a perspectiva política e o papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, identificando continuidades e mudanças no modo de agir dessa instituição.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018	Canadá, cobertura para medicamentos no sistema de saúde	Descrição do sistema de saúde com ênfase na ausência de cobertura universal para medicamentos prescritos fora do ambiente hospitalar e proposição de recomendações para tornar os serviços médicos mais acessíveis.	A cobertura de serviços hospitalares e médicos difere em cada província e cria muitas desigualdades em custos e acessibilidade. A falta de cobertura universal de medicamentos cria variações no grau de cobertura entre as províncias, bem como desigualdades na saúde dos pacientes. Os serviços "medicamente necessários" são cobertos com fundos públicos; no entanto, a Lei de Saúde do Canadá não fornece uma definição formal de necessidade médica. Propõe medidas como a introdução de uma definição precisa de "necessidade médica" na legislação e uma política de acesso a medicamentos.	Keynesiano
Cobertura farmacêutica.	Fornecer às partes interessadas informações para facilitar a decisão sobre o financiamento público de tratamentos benéficos e apresentar sugestões para a implementação dessas recomendações.			
MENDES <i>et al.</i> , 2018	Brasil, financiamento federal da Atenção Básica.	Discussão da trajetória histórica do conceito de AB. Abordagem em perspectiva histórica dos repasses do financiamento federal, com destaque para os recursos do MS para esse nível de atenção.	A discussão deve remeter à reflexão crítica radical do conceito de AB, retornando ao seu sentido original relacionado aos cuidados primários em saúde e ao enfrentamento à determinação social da saúde. O SUS foi criado com base na principalidade da AP e esta deve necessariamente ser guiada por um financiamento compatível à sua expressão conceitual ampliada. No entanto, o financiamento vem sendo orientado pela fragmentação e incentivos financeiros, reforçando o aumento de poder federal na indução da política de saúde. Na trajetória histórica de redução da concepção de AP nunca se conseguiu implantar uma forma de alocação dos recursos federais, especialmente para a AB, que se orientasse por critérios de rateio com base em necessidades em saúde.	Marxista
Financiamento da APS.	Discutir o financiamento da AB, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências e de uma visão limitada do seu conceito.			
RIZZOTTO e CAMPOS, 2016	Brasil, papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde desde a criação do SUS.	Análise de dois documentos, de 2007 e de 2013, publicados pelo por essa instituição, levantamento de dados sobre projetos financiados no período de 2000 a 2015, com destaque para o setor de saúde.	Os mecanismos tradicionais de intervenção não se alteraram em relação aos utilizados nas décadas de 1980 e 1990, tampouco mudaram os princípios orientadores. Observa-se um deslocamento das ações do Banco da esfera nacional para as esferas estadual e municipal. Há a necessidade de estudos específicos dos contratos firmados com os governos subnacionais, uma vez que o modelo federativo brasileiro e o próprio sistema nacional de saúde permitem implementar mecanismos de gestão descentralizados que podem alterar a configuração do SUS.	Marxista
Banco Mundial e sistemas de saúde.	Atualizar as discussões sobre a perspectiva política e o papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, procurando identificar continuidades e mudanças no modo de agir dessa instituição e sugerir hipóteses sobre as estratégias de ação neste início de século.			
CASTRO e MACHADO, 2010	SUS, financiamento e regulação da APS no período de 2003 a 2008.	Revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários, análise orçamentária e realização de entrevistas semiestruturadas.	Grande parte dos recursos federais é destinada às ações de MAC. Permanece o financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando a decisão dos gestores locais. O combate às marcantes desigualdades regionais implicaria maior aporte de recursos e transformações mais substantivas no financiamento federal. Avanços ocorreram no que diz respeito à APS, no entanto permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório e a garantia de um aporte maior de recursos.	Keynesiano
Financiamento da APS.	Analisar a condução federal da política de APS.			
EIXO 5: DESCENTRALIZAÇÃO				
DE PAIVA <i>et al.</i> , 2017	Brasil, o problema da coordenação federativa.	Revisão teórica sobre o estabelecimento do nível "adequado" de distribuição de competências, poderes e recursos. Recuperação da trajetória de consolidação do SUS, ressaltando os mecanismos de repasse baseados nas transferências condicionadas, e apresentação de perspectivas futuras.	As transferências condicionadas estiveram ligadas a outros poderes de normatização da União para criar um mecanismo de coordenação que induziu os entes federados a aderir a um formato de política nacional. Há um dilema próprio da relação entre descentralização e desigualdade: quanto maior a descentralização, mais importante se torna a desigualdade nas capacidades de planejamento, operacionalização e de gasto dos entes subnacionais e, conseqüentemente, maior a importância da equalização dessas capacidades e estabelecimento de padrões nacionais de provisão de serviços.	Keynesiano
Descentralização.	Demonstrar como as transferências condicionadas estiveram imbricadas com outros poderes de normatização voltados à implementação da política nacional em formato minimamente padronizado e que enfrentou os problemas relacionados às desigualdades de acesso e de provisão dos serviços.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
VAZQUEZ, 2011	Brasil, novas regras e incentivos à ampliação de recursos nos governos subnacionais e a adoção de programas federais.	Análise dos aspectos institucionais e federativos da regulação federal sobre a política de saúde. Avaliação dos resultados obtidos pelas regras e incentivos implementados.	A vinculação de receitas e a normatização das transferências federais condicionadas à oferta de ações de AB resultaram em aumento do gasto total em saúde, puxado por uma expansão mais forte dos gastos próprios dos governos municipais e em forte diminuição das desigualdades horizontais nos recursos aplicados pelos municípios no financiamento da saúde.	Keynesiano
Descentralização.	Investigar se a vinculação de receitas elevou o gasto, se os repasses foram efetuados em proporção à oferta da AB e se as novas regras de financiamento contribuem para a redução das desigualdades no gasto municipal.			
COSTA-FONT e GIL, 2009	Espanha, organização regional do sistema de saúde.	Estimativa das desigualdades em três dimensões: saúde (resultado), assistência à saúde (acesso) e pagamentos de saúde (financiamento), investigando-se se a correlação dos modelos regionais com maiores desigualdades.	As desigualdades em saúde e cuidados de saúde parecem ser impulsionadas por desigualdades de renda e no uso, mas não por desigualdades no financiamento e nos gastos. Os estados das regiões politicamente responsáveis pela organização da saúde não apresentaram diferenças significativas em saúde e desigualdades em saúde e tendem a apresentar um melhor desempenho de equidade.	Keynesiano
Descentralização.	Explorar empiricamente a associação entre desigualdades em saúde, acesso e financiamento e analisar a relação com a maior atribuição de responsabilidades dos sistemas regionais.			
LIMA, 2007	Brasil, federalismo fiscal e financiamento federal da saúde na década de 1990 e início da década de 2000.	Levantamento da produção bibliográfica recente e da análise de dados secundários.	As regras que orientam as transferências de recursos para as ações e serviços descentralizados do SUS possuem efeito limitado no que tange à redistribuição fiscal e redução das desigualdades nas receitas voltadas para a saúde. Na sua maioria, guardam forte relação com o perfil da capacidade instalada e com a série histórica de gastos. O modelo de federalismo fiscal vigente e o padrão preponderante das transferências reforçam-se mutuamente. A despeito dos condicionantes institucionais vinculados ao federalismo fiscal e ao padrão de transferências, pouco se sabe sobre negociações que envolvem as transferências federais e os resultados dos acordos firmados.	Keynesiano
Descentralização.	Identificar as principais características, alterações operadas ao longo do período, relações existentes e seus desdobramentos. Identificar alguns limites e constrangimentos institucionais impostos ao financiamento público da saúde.			
PUIG-JUNOY e ROVIRA, 2004	Espanha, no período de 1996 a 2002, sob o governo conservador do Partido Popular.	Descrição das questões relacionadas ao impacto das reformas tributárias e da descentralização regional do financiamento.	A reforma no tratamento tributário do seguro privado apresenta problemas importantes de eficiência e equidade que a tornam questionável. Ainda faltam critérios transparentes de equidade e mais baseados em evidências para julgar a alocação regional de recursos.	Keynesiano
Descentralização.	Discutir os prováveis efeitos das três medidas políticas relacionadas com o financiamento do SNS.			
EIXO 6: GASTO PÚBLICO				
CROZATTI <i>et al.</i> , 2020	Brasil, gastos empenhados nos municípios na AB e atenção hospitalar entre 2003 a 2018.	Sistematização por porte populacional e região geográfica com o uso dos softwares Excel e STATA.	Os maiores valores per capita são dos municípios das Regiões Sudeste e Sul; os menores do Nordeste e do Norte. A principal fonte dos recursos é a arrecadação própria, que inclui as transferências obrigatórias da União e dos estados. As transferências da União exclusivas para a saúde são a segunda maior fonte destes recursos. Estas transferências aumentaram significativamente até 2014. Os municípios do Nordeste e do Norte têm maior dependência dos recursos federais.	Keynesiano
Gasto por entes subnacionais.	Identificar e descrever as fontes de financiamento e os gastos empenhados.			
VIEIRA e SANTOS, 2018	Brasil, contingenciamento de despesas e restos a pagar entre 2002 a 2015.	Obtenção de dados de execução orçamentária e financeira do MS e discussão.	O limite de pagamento autorizado para o MS foi insuficiente para pagar as despesas, provocando elevada inscrição como restos a pagar. O cancelamento de parte destes impactou a aplicação de recursos na área, agravando o problema de financiamento do SUS. A situação dos RP e do contingenciamento criam efetivamente um potencial para “calote institucional”.	Keynesiano
Contingenciamento	Discutir a execução orçamentária e financeira das despesas com ações e serviços do governo federal.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
COSTA <i>et al.</i> , 2015	Brasil, gastos dos estados e participação no financiamento entre 2002 a 2013.	Pesquisa bibliográfica, documental e descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos do SIOPS, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e coletados junto aos gestores.	Disparidade quanto ao investimento despendido pelos entes da Federação. Embora municípios e estados tenham aumentado gradativamente sua aplicação de recursos para a saúde, a União manteve o mesmo orçamento. Esses resultados revelam preocupação com o financiamento da saúde pública.	Keynesiano
Gasto por entes subnacionais.	Analisar os gastos públicos dos estados com saúde e a participação dos estados e do Distrito Federal no financiamento do SUS.			
MACHADO <i>et al.</i> , 2014	Brasil, financiamento federal da saúde na década de 2000.	Análise de dados de evolução do valor dos fundos; gastos como proporção do PIB e da Receita Nacional Bruta; forma de aplicação e destinação dos recursos por grupos de despesas, programas e estados.	O gasto federal foi pressionado por vários fatores, como instabilidade nas fontes, persistência de elevados gastos privados, investimentos limitados e erráticos. O conjunto de fatores limita a capacidade redistributiva federal. São desafios estratégicos a consolidação de fontes estáveis, a restrição dos subsídios ao setor privado, a expansão da participação pública e da participação federal nos gastos públicos, o direcionamento de recursos federais para áreas estratégicas e a redução das desigualdades.	Keynesiano
Gasto nacional.	Analisar as mudanças na participação federal no financiamento da saúde.			
CAMPELLI e CALVO, 2007	Brasil, cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 entre 2000 a 2003.	Avaliação a partir dos dados públicos disponíveis no SIOPS.	No período, o setor saúde deixou de receber R\$ 7,09 bilhões da União e dos estados. A média de aplicação de recursos próprios municipais foi ampliada de 13,67% em 2000, para 17,4% em 2003. A participação relativa da União vem reduzindo gradativamente. Em 2003, esse percentual ficou abaixo de 50%, invertendo toda a composição do financiamento. Mais responsabilidades e aportes financeiros ficaram sob a égide dos estados e municípios. Há de se ter vontade política para efetivamente priorizar a saúde, dada a comprovada necessidade de mais recursos financeiros.	Keynesiano
Gasto por entes subnacionais.	Verificar o cumprimento da EC-29 pelos entes Federativos.			
EIXO 7: RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO				
OCKÉ-REIS, 2018	Brasil, renúncia de arrecadação fiscal em saúde entre 2003 e 2015.	Estimativa a partir de dados oficiais da Receita Federal.	O montante não foi desprezível entre 2003 e 2015, já que se deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões. Sugere-se que esses recursos poderiam ser melhor aproveitados na AB e média complexidade. No quadro de desfinanciamento do SUS, deve-se pensar sobre o caráter da regulamentação dos gastos tributários em saúde.	Marxista
Renúncia fiscal.	Estimar gastos tributários federais em saúde e discuti-los à luz da economia política e das finanças públicas, com foco no financiamento da saúde.			
BAHIA, 2008	Brasil, transferência de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde.	Discussão acerca das tendências no cenário das relações entre o público e o privado. Levantamento de produção acerca da assistência suplementar para sistematização dos fundamentos e abordagens metodológicas. Levantamento de hipóteses sobre associações entre o crescimento / estabilidade do mercado e a natureza da produção científica.	Há indícios que convergem em torno do vetor de privatização do SUS, com “extirpação” do sentido de projeto de garantia do direito à saúde. O destino de parte considerável das inversões dos recursos públicos envolvidos com os planos e seguros é inequivocamente a remuneração de prestadores privados de serviços. Não é apenas o montante de recursos públicos mas sim o modo de circulação desses que termina por reforçar um modelo assistencial caro, fragmentado, que pode ser pouco efetivo para os que dele usufruem. A permanente exclusão da dimensão da universalização e necessidades de saúde, seja nas reflexões, seja na alocação destes recursos públicos, cristaliza a segmentação regulada pelo Estado.	Keynesiano
Mix público-privado	Analisar os efeitos do aumento das taxas de retorno consignadas pelas empresas de planos de saúde em 2007, detendo-se especialmente nos efeitos da segmentação das demandas sobre a naturalização das iniquidades de acesso aos serviços de saúde e desvirtuamento de conceitos originais do SUS			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007	Brasil, renúncia de arrecadação fiscal em saúde no imposto de renda.	Revisão dos conceitos de renúncia fiscal. Análise das relações com a demanda por planos de saúde, tomando-se trabalhos de base empírica.	Observa-se uma magnitude expressiva de renúncia fiscal, o que, por si só, justificaria um aprofundamento na investigação sobre as características e implicações desse incentivo governamental. Uma política para reduzir o caráter inequitativo do instrumento teria efeito questionável sobre a iniquidade do financiamento setorial, pois nada garante a aplicação de tais recursos na saúde. Em que pese a renúncia incidir sobre as camadas de renda média - que vivem, sobretudo da renda do trabalho - outros recursos da União poderiam ser remanejados para atender à assistência médica dos mais pobres, já que atualmente 65% do orçamento são destinados ao pagamento do estoque e dos encargos financeiros da dívida pública.	Keynesiano
Renúncia fiscal.	Investigar diversos aspectos relacionados aos incentivos governamentais para o financiamento da saúde.	Identificação dos termos do debate institucional acerca das posições de atores sociais relevantes, a partir do ano de 2000. Discussão sob a luz da equidade, com a identificação de conflitos de interesse.		
BAHIA, 2005	Brasil, impactos dos padrões e mudanças no financiamento e regulação sobre as relações entre o público e privado.	Discussão acerca da utilização de fontes públicas à demanda e a oferta dos planos; do afluxo de clientes a uma capacidade instalada constituída e reproduzida com recursos públicos; da inserção público-privada de profissionais de saúde e das franquias para dirigentes de empresas privadas assumirem cargos públicos e vice-versa.	As profundas desigualdades socioeconômicas e culturais, as assimetrias regionais e a persistência dos traços privatistas sobre o qual o sistema foi construído constituíram-se como obstáculos permanentes à implementação do SUS. Há um foco permanente de tensões decorrente das formas híbridas de prestação e organização de redes de serviços. Nesse complexo e fragmentado sistema, interesses, conflitos e consensos relacionados às dimensões políticas, éticas, econômicas e assistenciais renovam-se permanentemente. A presença das instituições sancionadas informalmente, em todas as dimensões do SUS é frequentemente negligenciada nas análises das políticas públicas. A demarcação das fronteiras entre as esferas pública e privada, não apenas pela percepção de suas demandas mas também pelo mapeamento da representação de interesses privados, pode contribuir para aproximar o país real do país formal.	Keynesiano
Mix público-privado	Sistematizar as matrizes interpretativas envolvidas no debate e avançar hipóteses sobre as extensas e dinâmicas fronteiras de interseção público-privadas que o caracterizam.			
EIXO 8: ALOCAÇÃO DE RECURSOS				
BARR <i>et al.</i> , 2014	Inglaterra, alocação no NHS entre 2001 e 2011.	Estudo ecológico longitudinal.	A política foi associada a uma redução das desigualdades absolutas em saúde por causas passíveis de cuidados de saúde, enquanto que as desigualdades relativas permaneceram constantes. A associação entre recursos adicionais e a mortalidade reduzida foi mais acentuada em áreas carentes do que em áreas mais ricas, isso levou a uma diminuição da desigualdade dessas nos resultados de saúde.	Keynesiano
Metodologia alocativa	Investigar se o aumento do financiamento em áreas mais carentes, em comparação com áreas mais abastadas, levou à redução de desigualdades.			
BAPTISTA <i>et al.</i> , 2012	Brasil, participação das emendas parlamentares no orçamento federal da saúde entre 1997 a 2006.	Análise de dados de execução orçamentária regionalizada do MS e análise dos mecanismos de financiamento e planejamento setorial.	Verificou-se participação significativa das emendas no período, sobretudo em relação aos recursos de investimento. As emendas não podem ser compreendidas apenas como um mecanismo orçamentário e de financiamento, sua execução não se explica somente por variáveis setoriais ou relativas à ação planejada do Executivo Federal, nem por ações que visem à redução das desigualdades. As explicações para o caráter da execução das emendas parecem se situar mais no plano das relações entre Poderes e da busca de construção de governabilidade. Nesse contexto, acirram interesses e reforçam práticas que colidem com a perspectiva de redução das desigualdades em saúde.	Keynesiano
Emendas parlamentares.	Identificar o peso das emendas no orçamento e explorar hipóteses que permeiam o processo político e decisório na distribuição entre regiões e estados.			
PORTO <i>et al.</i> , 2007	Brasil, alocação de recursos federais para saúde no ano de 1999.	Testagem da RAWP para as internações de curta permanência (pacientes agudos), financiadas pelo SUS.	A condição social é importante determinante das condições de saúde e fator decisivo no uso de SS. O uso de modelos de demanda baseados nas necessidades de saúde apresenta limitações em contextos marcados por grandes iniquidades no acesso, como o do Brasil. Nesses, as medidas de saúde e sociais refletem menos as necessidades de saúde consideradas legítimas, expressando fundamentalmente as barreiras de acesso.	Keynesiano
Metodologia alocativa	Avaliar a aplicabilidade da metodologia RAWP para a distribuição dos recursos do MS entre os estados. Incorporar às fórmulas de alocação geográfica medidas de necessidade de saúde.			

Continua...

Autor, Ano Assunto	Contexto Objetivo	Metodologia	Principais contribuições Pensamento econômico	
EIXO 9: FONTES DE FINANCIAMENTO				
FUNCIA, 2019	Brasil: subfinanciamento da saúde e efeitos da EC 95.	Pesquisa documental, baseada em estudos e nos documentos encaminhados pelo MS ao CNS.	O SUS precisa de novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas. Diante de um conflito de interesses decorrente de uma reforma tributária, a busca poderia ser iniciada com a auditoria cidadã da dívida pública e da renúncia de receita, que permitiriam um ingresso adicional de recursos. A defesa do SUS e de seu financiamento adequado deve estar integrada à garantia da seguridade social e dos direitos de cidadania, de forma oposta à retirada por propostas como a EC 95.	Keynesiano
Novas fontes de financiamento	Identificar novas fontes de receitas para a alocação adicional de recursos para o atendimento das necessidades de saúde.			
UGÁ e SANTOS, 2006	Brasil: tributos que financiam o SUS.	Identificação dos principais tributos que financiam o SUS, inferência da distribuição do ônus de a partir de microdados da POF/IBGE, análise do grau de progressividade e cálculo do índice de <i>Kakwani</i> .	O financiamento do SUS ocorre por impostos e contribuições sociais, logo seu grau de equidade é o mesmo dos tributos que o financiam. O índice de <i>Kakwani</i> de -0,008 corresponde a um sistema quase proporcional, que onera proporcionalmente à renda. Em uma sociedade desigual como a brasileira, isso é fortemente questionável sob a ótica da justiça social. Seria desejável construir bases de financiamento progressivas, de forma a contrarrestar a fortíssima concentração de renda.	Keynesiano
Progressividade do financiamento.	Analisar o ônus do financiamento da saúde para os estratos de renda e o seu grau de progressividade.			
EIXO 10: NECESSIDADES DE FINANCIAMENTO				
ROCHA <i>et al.</i> , 2021	Brasil, financiamento da saúde nas próximas quatro décadas.	Modelo de projeção contábil de crescimento. Estimativa de projeções separadamente para os setores público e privado, isolamento da carga do componente demográfico, identificação de potenciais tensões entre necessidades de financiamento e restrições de gastos no futuro, em diferentes cenários fiscais, e discussão da sustentabilidade do sistema de saúde.	A contenção observada reflete as restrições fiscais e a limitada capacidade do governo de ampliar a cobertura e a qualidade do SUS. A demora na resposta às demandas de saúde pode vir com consequências prejudiciais para a sociedade, como diminuição da qualidade, aumento da segmentação e da desigualdade. Ganhos de eficiência poderiam se refletir em maior qualidade e cobertura sob restrições de recursos, entretanto não há evidências de que isso tenha acontecido no país. Há pressões para diminuir a participação do gasto público em todos os cenários que envolvem restrições fiscais. No cenário de teto ou congelamento dos gastos federais em termos reais, o gasto público como parcela do gasto total diminuiria cerca de 7% até 2060, enquanto que a parcela do gasto público de estados e municípios aumentaria de aproximadamente 56% para 80%.	Keynesiano
Projeção das necessidades de financiamento.	Estimar e caracterizar as necessidades de financiamento da saúde.			
NOSSA, 2020	Portugal, direitos constitucionais materializados por políticas públicas do SNS.	Revisão da literatura e exame dos argumentos necessários à compreensão do processo, debatendo a validade de se perspectivarem custos em saúde utilizando modelos baseados na idade versus modelos preditivos que consideram o tempo até à morte.	Os Estados enfrentam pressões neoliberais que utilizam o racional da sustentabilidade e da equidade intergeracional como condição suficiente para justificarem progressivos cortes ou restrições orçamentárias. A problemática nem sempre é baseada em evidência, ainda que prevaleça alguma incerteza relacionada aos mais idosos (≥ 85 anos). A alteração do paradigma do modelo de prestação de cuidados de saúde e do seu financiamento são cruciais para o enfrentamento da concentração da morbidade e aumento da incapacidade gerada pela longevidade, a par do esperado aumento dos custos associados à inovação terapêutica.	Keynesiano
Projeção das necessidades de financiamento.	Questionar o discurso da inevitabilidade do aumento dos custos justificado pelo envelhecimento demográfico e a equidade intergeracional como condição suficiente para explicar o aumento dos pagamentos diretos e legitimar cortes no gasto em saúde.			
PUIG-JUNOY, 2006	Espanha, projeção das necessidades de financiamento em saúde de 2006 até 2013.	Estimativa através de método baseado na decomposição dos principais fatores de crescimento anteriores. Os principais direcionadores de custos considerados foram demografia (crescimento populacional e envelhecimento da população); aumento do preço de insumos e o impacto das mudanças na prática médica (novas tecnologias).	O principal fator responsável pelo aumento futuro dos gastos continuará sendo o aumento da intensidade média dos serviços de saúde, seguido pelos fatores demográficos. Para financiar os custos futuros, a população espanhola terá que dedicar às despesas de saúde pública menos de 7% do aumento de renda até 2013. Apesar de importante, o crescimento esperado do PIB espanhol até 2013 pode ser suficiente para financiar o aumento das despesas de saúde pública como resultado do impacto das mudanças demográficas. Espera-se que a expansão da tecnologia médica continue sendo o principal indutor do aumento dos custos futuros.	Keynesiano
Projeção das necessidades de financiamento.	Apresentar os resultados das projeções de gastos em saúde.			

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.5.1 Sistemas Universais de Saúde na Atual Fase do Capitalismo

2.5.1.1 Crise do Modelo de Proteção Social e Financeirização

Nas sociedades modernas, as contradições intrínsecas à relação entre o capital e o trabalho, baseadas no modelo de exploração intensiva do trabalho assalariado, passaram a ser mediadas por políticas sociais estatais abrangentes e voltadas para a manutenção de níveis mínimos de reprodução dos trabalhadores, o que incluía saúde, previdência e assistência social (SESTELO, 2018).

Na segunda metade do século XX, observou-se uma expansão global na oferta de produtos industrializados, dentre os quais aqueles utilizados como insumos nos serviços de saúde. No contexto de estruturação dos sistemas de saúde, no pós-guerra, diferentes espaços de transação foram incorporados ao processo de acumulação capitalista setorial, transformando o campo da assistência em um *locus* privilegiado para o capital em processo. Sestelo (2018: 2028) destaca que, partindo-se do núcleo industrial de produção de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, a acumulação do capital avançou para subsetores mais diretamente relacionados com a prestação de serviços, incorporando-se novos modelos de organização do trabalho, estratégias administrativas e agentes econômicos com trajetórias históricas distintas do campo da saúde.

Nas últimas três décadas do século XX, após um período de estabilidade marcado pelo aumento da renda média dos trabalhadores e pela reconstrução da infraestrutura destruída nos anos de conflito, o arranjo político e institucional estabelecido entre os países centrais pós-1945 viria a sofrer atualizações (SESTELO, 2018). O regresso do capital financeiro, após o período dos “trinta anos gloriosos do capitalismo”, em que esse capital ficou reprimido, determinou as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo e um novo papel ao Estado ao assegurar o pleno crescimento de sua forma fictícia, com relevantes desdobramentos sobre o arranjo de proteção social do Estado de bem-estar social e sobre a relação capital/trabalho (MENDES e MARQUES, 2009).

Os fenômenos e processos ligados à definição e formas de realização de riqueza no capitalismo contemporâneo remetem a uma relação de subordinação do conjunto da sociedade aos mecanismos de dominação e controle operantes por meio de processos tipicamente financeiros, de viés claramente regressivo no que se refere à renda do trabalho e que culminam na precarização das relações de trabalho, aumento do desemprego, maior desigualdade de renda e restrições orçamentárias às políticas sociais (SESTELO, 2018: 2028)

Braga (2013 apud SESTELO, 2018: 2030), situa a dominância financeira no capitalismo atual como “novo modo de ser da riqueza global e do capital em processo”, de modo que a financeirização envolve concomitantemente as grandes corporações produtivas e as instâncias de regulação do Estado. Sendo assim, a financeirização se inscreve em movimentos globais de “interdependência patrimonial” entre os agentes econômicos mais relevantes de todos os setores e não apenas em uma articulação entre comércio e crédito reversível, como anteriormente³⁹.

Epstein (2005, apud SESTELO, 2018: 2030) define financeirização como “o papel crescente da motivação financeira, dos mercados financeiros, dos agentes e instituições financeiras no funcionamento das economias domésticas e internacional”. Chesnais (2005 apud MENDES e MARQUES, 2009: 843) salienta a busca do capital portador de juros por fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros oriundos da especulação bem sucedida, num contexto de dominação que “ascendem à real subsunção do trabalho às finanças” e de mudanças deliberadas nos mercados, operadores e espaço mundial (CHESNAIS, 2016 apud SESTELO, 2018: 2030). Guttmann (2008, apud SESTELO, 2018: 2030) apresenta três aspectos fundamentais desse processo: a centralidade na maximização do valor ao acionista; o descolamento dos vínculos entre lucros e investimentos; e o crescente peso das rendas do capital sobre o trabalho, dentre elas, juros, dividendos e comissões.

Mendes e Marques (2009: 843-4) chamam atenção para as alterações significativas do mercado de trabalho em relação a sua realidade anterior, uma vez que o capital produtivo, sufocado pela dominação financeira, foi levado a constranger os trabalhadores, com a diminuição do custo da força de trabalho, a qual passou a ser fundamental tendo em vista a retirada do excedente criado na produção pela força do capital portador de juros. Outros fatores associados a esse processo são a permanência do desemprego elevado, para manutenção dos salários reduzidos, a eliminação dos encargos sociais e a redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países.

Neste novo contexto, não seria mais o capital industrial que comandaria o processo capitalista, verificando-se como o fundo público é tomado como *locus* privilegiado de acumulação:

³⁹ Sestelo (2018: 2028) ressalta, ainda, a intensificação do trânsito de capitais por tecnologias de processamento de dados e o fortalecimento de estratégias globais de acumulação de capital imunes aos mecanismos tradicionais de controle social.

Braga identifica nesse novo cenário a captura das finanças dos Estados Nacionais por meio da financeirização da dívida pública que, desse modo, sanciona ganhos financeiros privados e amplia o processo geral de dominância financeira sobre o conjunto da sociedade (SESTELO, 2018: 2031).

Na expansão do capital para todos os espaços da vida social, transformando-os em esferas de sua valorização, Rizzotto e Campos (2016: 274) ressaltam que a saúde, ao articular vários processos produtivos, representa um atrativo campo para investimento. Laurell (2014, apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 264-5) enfatiza o modo como a saúde tem se convertido em estratégia de acumulação capitalista, destacando a oferta de seguros privados de saúde, a gestão privada de fundos públicos e a incorporação plena da ciência ao capital no complexo médico-hospitalar-farmacêutico.

Sestelo (2018: 2032) destaca que a dominância financeira possui um potencial de repercussão sobre o conjunto do sistema de saúde ao “imprimir um viés de regressividade crescente” na modulação das relações entre capital e trabalho no campo da assistência. Nas empresas do setor saúde, uma importante mudança ocorre pela incorporação da lógica das relações financeirizadas determinadas pelo modo de ser do capital⁴⁰.

2.5.1.2 Contradições do Sistema de Saúde no Capitalismo

Diderichsen (1995: 145-6) aponta que o raciocínio matemático da economia política do Estado de bem-estar social se basearia na formação de um apoio majoritário da sociedade, com a fundamental adesão da camada de renda intermediária. Nesse sentido, o sinal de crescente insatisfação com os serviços ou benefícios tornar-se-ia imediatamente uma ameaça à sobrevivência política do modelo de bem-estar e uma oportunidade para aqueles que são contra ele. Para o autor, os sociais-democratas buscavam um modelo que combinasse programas altamente desmercantilizantes e universais que corresponderiam às expectativas diferenciadas, de modo que a lógica era sustentar o apoio a um sistema redistributivo e igualitário, ressaltando o quanto essa estrutura é constantemente desafiada nos campos econômico, ideológico e político.

Na Espanha, Cantero Martínez (2016) critica a visão exclusivamente economicista no sistema de saúde, e defende a necessidade de se levar em conta a saúde também como um

⁴⁰ Nesse contexto, são identificados aspectos como ofertas públicas de ações em bolsas de valores; movimentos de entrada e saída de fundos de investimento globais; composição de holdings controladoras; hipertrofia dos departamentos financeiros; montagem de Cadeias de Valor multisetoriais voltadas a garantir resultados globais não alcançáveis pela ação fiscalizatória de órgãos de governo; crescente influência política na formulação de agendas setoriais e marcos legais; e crescente influência ideológica dos *think tanks* financiados por recursos das empresas (SESTELO, 2018: 2032).

investimento no bem-estar, resgatando os princípios básicos que motivaram a criação do sistema de saúde e não exclusivamente como despesa.

No entanto, sob a ótica da economia política crítica marxista, Mendes e Carnut (2018) situam a discussão do financiamento da saúde no contexto da tendência de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, cujo enfrentamento pelo capital perpassa pelo caminho da valorização financeira (CHESNAIS, 2016 apud MENDES e CARNUT, 2018, 1107). No prolongamento da crise do capital, recorre-se à abordagem de “longa depressão”, de Roberts (2016 apud MENDES e CARNUT, 2018, 1107), para entendê-la como o resultado da combinação entre baixo investimento e baixo crescimento da produtividade, que decorrem de uma menor lucratividade do investimento nos setores produtivos e de uma alteração no campo da especulação financeira.

Mendes e Carnut (2018), ao mencionar a crise estrutural do capitalismo, observam que as distintas raízes apontadas pelas escolas neoclássica e keynesiana para a crise capitalista são insuficientes. A visão keynesiana, por exemplo, ao tomar as crises financeiras como decorrentes da forma de operação dos mercados financeiros globais liberalizados, inviabilizando a decisão de investir, ignoram que, no contexto de internacionalização do sistema financeiro, com um único mercado mundial de dinheiro e crédito, há uma configuração econômica em que não existem regras monetário-financeiras e cambiais constantes. Dessa forma, instrumentos tradicionais da política macroeconômica são fragilizados para coibir colapsos financeiros e cambiais, acarretando crises de demanda efetiva. Destaca-se, assim, a necessidade de compreensão da natureza do processo experimentado pelo padrão da acumulação capitalista na sua fase contemporânea (MENDES e CARNUT, 2018: 1106).

Analisando-se o papel do Estado a partir do debate da derivação, Mendes e Carnut (2018: 1109-11) o situam para além da vontade da classe dominante, determinado pelo modo de produção e pelas relações sociais que lhe são inerentes. O conflito e a crise como marcas fundamentais da reprodução do sistema capitalista, na qual o Estado é “motor essencial” e forma política do capitalismo, ao assumir as relações de poder e de exploração nas condições capitalistas. Disso, compreende-se a relação orgânica entre Estado e capital e os sentidos das contrarreformas no contexto do capitalismo financeirizado e seus efeitos na saúde. Evidenciam-se, então, as limitações do Estado, que não pode ser compreendido como um elemento capaz de salvar os trabalhadores da crise e contrapor-se à lógica capitalista, como a visão keynesiana

advoga, principalmente no campo do fortalecimento de políticas públicas, não permitindo ilusões quanto ao seu papel.

No Brasil, o padrão de proteção social que garantiu o direito de universalização da saúde pública, desenvolveu-se de forma duplamente tardia, em relação ao tempo e ao momento histórico, o que permite compreender os entraves ao sistema de saúde por um profundo descompasso histórico para com o movimento do capital, com a implantação “forçosa” de um “Estado social anacrônico”, quando comparado aos países de capitalismo avançado (MENDES e MARQUES, 2009)⁴¹.

O Estado brasileiro desenvolvimentista, do período entre 1930 e 1979, que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, com investimento em infraestrutura, nas estatais produtoras de matérias-primas essenciais e com alguma preocupação em desenvolver o sistema público de proteção social, estava reduzido. Machado *et al.* (2017, S144) assinalam que as desigualdades socioeconômicas, enraizadas no passado colonial, não foram superadas por essa modernização capitalista, ocorrida, em geral, sob regimes autoritários. Esse estado reduzido a poucas funções vinculou-se ao cumprimento das condicionalidades do Fundo Monetário Internacional, a partir do acordo formal de 1982, adotando as medidas para a contenção do gasto público preconizadas no Consenso de Washington de 1990, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal.

Diante deste cenário, Mendes e Marques (2009) destacam que:

É de se admitir que o SUS atravessa uma fase histórica de impasses. Ao longo dos anos 1990 e 2000, o financiamento foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da saúde no país. A crise do financiamento, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva, resultando em tentativas de diminuição dos gastos na saúde. Não é de estranhar, portanto, que esse esquema do financiamento vem dificultando a efetivação dos princípios do SUS, a universalidade (MENDES e MARQUES, 2009: 844-5).

Mendes e Carnut (2018: 1106) chamam atenção para a necessidade de reflexão sobre a essência e a persistência dos problemas do capitalismo. Sobre a saúde pública brasileira, apresentam algumas questões:

⁴¹ Ao contrário do ocorrido quando da universalização da saúde nos países europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura e seu Estado estava encolhido em relação ao passado. O conceito de seguridade social e da saúde como um direito universal foram introduzidos no momento no qual o país sentia intensamente os efeitos dos “problemáticos constrangimentos” decorrentes dessa nova situação mundial e no contexto de restrições decorrentes da chamada “crise da dívida” dos países latino-americanos (MENDES e MARQUES, 2009).

Por que permanecer no diagnóstico “institucional” acerca dos ataques aos direitos sociais ao invés de compreender o mundo capitalista? Por que insistimos na ideia de que os limites das políticas sociais decorrem da irresponsabilidade de alguns governos? É possível apostar na construção institucional – reformas no Estado social (BOSCHETTI, 2016) – como forma de superação da crise atual? (...) Entendemos que, sem uma reflexão crítica radical sobre essas perguntas, é praticamente impossível respondê-las simplificarmente.

Esses autores criticam o caminho institucional de reformas, ao lembrarem os limites do Estado a partir da compreensão da sua relação imbricada com o modo de produção capitalista, sobretudo na atual supremacia do capital financeiro. Por sua vez, Rizzotto e Campos (2016: 274) chamam atenção, no escopo de atuação do Banco Mundial, que a desconfiguração dos sistemas de saúde pode ser acentuada não somente por meio do financiamento de projetos e das respectivas condicionalidades, mas também da difusão da sua ideologia liberal-privatista, ao constituir a visão de mundo de muitos gestores, trabalhadores, analistas e pesquisadores envolvidos com o setor saúde.

Ao avaliar a produção científica da Economia da Saúde no Brasil, Alves *et al.*, (2019), a partir do levantamento de Vianna (1998) e Andrade *et al.* (2004), destacam a relevância que os temas do financiamento e da alocação de recursos tiveram no decorrer da década de 1990, com predominância de trabalhos voltados à gestão, financiamento, alocação e equidade, com destaque para a temática das políticas públicas e gestão em saúde. A prioridade evidenciada se apoia nos insuficientes recursos alocados para o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando dificuldades no campo do financiamento e da alocação equitativa. Outro estudo acerca da produção no período de 2004 a 2012 (BRASIL, 2013 apud ALVES *et al.*, 2019: 154) revelou a alteração da tendência sobre as temáticas preponderantes neste campo, com o protagonismo de temas como inovação tecnológica em saúde, custos, avaliação de tecnologia em saúde e avaliação econômica. Apesar do agravamento do subfinanciamento do SUS, o campo da economia da saúde apresentou uma inflexão considerável em direção à perspectiva microeconômica, expressando o pensamento econômico hegemônico do capitalismo contemporâneo (ALVES *et al.*, 2019: 11).

Essa hipótese é corroborada pelo mapeamento quantitativo de Alves *et al.*, (2019), que identificou que, no Brasil, a parcela de pesquisadores que se filiam à “economia política da saúde” é praticamente inexpressiva quando considerado o total daqueles que se dedicam à economia da saúde. Dos pesquisadores doutores, 42,5% enfatizam a ‘análise de custo-efetividade’, 20,9% a ‘gestão em saúde’ e 20,5% o ‘financiamento’. Apenas 11,0% dos doutores produzem em ‘economia política’. Além da pouca expressividade da produção em

‘financiamento’, a preponderância da ‘gestão em saúde’ e ‘análise de custo-efetividade’ sugere que esses pesquisadores estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico.

No que tange a sustentabilidade dos sistemas de saúde, cabe destacar que o conceito de ‘sustentabilidade’ não é consensual na literatura científica. Em termos desenvolvimentistas, relaciona-se à habilidade de longo prazo para mobilização e alocação de recursos suficientes e apropriados para atividades direcionadas às necessidades/demandas dos indivíduos e da saúde pública. Nos termos de construção da construção de uma economia política crítica da saúde, devem ser identificadas as intencionalidades que subjazem à produção científica que se dedica aos estudos dos sistemas de saúde (ALVES *et al.*, 2019: 146).

2.5.1.3 Neoliberalismo e Austeridade Fiscal

Santos e Vieira (2018: 2304) apresentam o neoliberalismo a partir de três eixos: privatização, individualismo e liberdade, em detrimento da igualdade. Propaga-se, assim, menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado, corroborando-se a supervalorização do indivíduo e as soluções de mercado, com o fortalecimento da concorrência entre entes privados, através da reforma do Estado. Nesse contexto, questiona-se a eficiência e o escopo das atividades dos Estados de bem-estar social⁴².

Na crise econômica internacional de 2008, um novo termo passou a ser usado pelos defensores do neoliberalismo, a austeridade fiscal, que pode ser compreendida pela transposição, sem mediação, de virtudes individuais, como sobriedade, parcimônia e prudência para o plano público e pela dimensão econômica em que é a política de ajuste baseada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado nas funções de indução do crescimento econômico e promoção do bem-estar social (CANTERBERRY, 2015 apud SANTOS e VIEIRA, 2018: 2305). Dessa forma, resulta em escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, pelo aumento da carga tributária e pela adoção de medidas voltadas ao corte de despesas ou reformas estruturais em benefícios, bens e serviços públicos (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2305). Ao ser transposto da moral privada para o âmbito público, percebe-se que o significado original de ‘austeridade’, que é dispensar o supérfluo, foi expropriado (SEGURA

⁴² Ainda que o termo neoliberalismo tenha começado a ser utilizado na década de 1930, foi nos anos 1980 que foram disseminadas e fortalecidas ideias de que o investimento na seguridade social implica menor crescimento econômico e da oferta de emprego, e de que o Estado tende a ser menos eficiente que o mercado, realizando-se um ajuste macroeconômico para estabilizar as economias e intervir nas políticas sociais (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2304).

BENEDICTO, 2014: 7) e tornou-se um axioma da ciência econômica ortodoxa (BORGES *et al.*, 2018: 718).

O discurso neoliberal justifica a moderação no crescimento dos salários e na oferta de bens e serviços públicos como forma de evitar prejuízo à poupança dos empresários, a qual seria necessária para a geração de empregos e para o bem-estar futuro dos consumidores (BASTOS, 2017 apud SANTOS e VIEIRA, 2018: 2305). Porém, esses argumentos são questionados por diversos pesquisadores. A análise de Piketty (2014 apud SANTOS e VIEIRA, 2018: 2305), permite inferir que “os altos níveis de desigualdade são úteis justamente para a manutenção dos nichos mais ricos nas sociedades e que para essa manutenção são usados os argumentos do discurso neoliberal”. Stiglitz (2017 apud SANTOS e VIEIRA, 2018: 2305) identifica na austeridade “a derradeira manifestação do neoliberalismo”, e defende o investimento estatal em recursos humanos, tecnologia e infraestrutura para ativação da economia, e conseqüente criação de empregos e fortalecimento das finanças públicas. Stiglitz argumenta que a austeridade provoca efeito contrário, entrava o crescimento futuro pela redução ou falta de investimento nos jovens, que diminuiria o potencial de crescimento do capital humano.

Borges *et al.* (2018: 715) salientam que a economia política crítica associa os ajustes econômicos à transferência regressiva de renda e riqueza. Rocha (2021) enfatiza pressões, algumas possivelmente oportunistas, para um aumento da desigualdade do sistema. Desse modo, não surpreende que a austeridade dos gastos públicos se direciona seletivamente para os gastos sociais, e não ao serviço da dívida (DE SOUZA, 2017: 497), constituindo a manutenção do seu pagamento um claro objetivo (BORGES *et al.*, 2018: 718). O não emprego da moderação dos lucros na adoção das políticas de austeridade é criticada por Santos e Vieira (2018: 2305), que argumentam que os neoliberais defendem os empresários, não os consumidores, de modo que não se atinge quem mais consome, mas sim trabalhadores e cidadãos que dependem de serviços públicos, acentuando a injustiça social. Verifica-se, assim, que:

A austeridade, disfarçada de virtude ao propagar um arrocho necessário por seus defensores, força a redução do tamanho do Estado e desmancha a solidariedade como possibilidade de base e elo para as políticas sociais, (...) representa a hegemonia da visão de corte neoliberal sobre o funcionamento da economia e as funções do Estado no campo das políticas sociais, destruindo o caráter universal dessas políticas, o que acarreta graves conseqüências para o Ebes (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2311).

A partir de revisões da literatura, alguns autores apresentam evidências científicas acerca dos impactos negativos da austeridade fiscal em momento de crise econômica para a retomada da economia. As consequências das crises são agravadas pela implementação de medidas de austeridade fiscal, ao potencializarem os seus efeitos negativos sobre as condições sociais e a situação de saúde da população, especialmente dos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis (SANTOS e VIEIRA, 2018; VIEIRA, 2020), levando ao aumento do desemprego e da pobreza, aumento das desigualdades nos indicadores de renda e de expectativa de vida, comprometimentos da saúde mental, maior incidência de estresse e abuso de álcool, maiores taxas de suicídio, recrudescência de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas em populações vulneráveis (DE SOUZA, 2017; SANTOS e VIEIRA, 2018; SEGURA BENEDICTO, 2014).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, verifica-se um incremento no número de pessoas que não tiveram as suas necessidades de cuidados de saúde atendidas no período pós-crise de 2008, na Europa, por medidas como o aumento do copagamento, fechamento e redução de horas de funcionamento de serviços, redução da força de trabalho e restrições de acesso para imigrantes, moradores de rua e usuários de drogas (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2307).

Os ajustes econômicos neoliberais têm gerado a estagnação econômica, o desemprego e a pobreza. As evidências sugerem que a austeridade fiscal, o choque econômico e a fraca proteção social interagem para aumentar as crises de saúde e sociais (DE SOUZA, 2017: 498), verificando-se que não há na história do capitalismo nenhum país que tenha se desenvolvido sem uma substancial colaboração do Estado (BORGES *et al.*, 2018). Labonte e Stuckler (2015 apud DE SOUZA, 2017: 498) afirmam que a austeridade é “uma política empírica e eticamente injustificada”. Apesar das evidências dos impactos negativos da austeridade fiscal para a retomada da economia, os que a defendem seguem apregoando que o arrocho se faz necessário para esta recuperação (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2311).

Por outro lado, Santos e Vieira (2018: 2305) discutem como os gastos sociais podem ser vistos como investimento para uma sociedade mais justa⁴³. Uma pesquisa levantada pelas autoras mostrou que os gastos sociais são apontados como uma compensação do sistema tributário, pois a sua regressividade sobre os mais pobres é contrabalançada pela progressividade nos gastos sociais, os quais têm essas mesmas camadas como principais

⁴³ Santos e Vieira (2018) citam os estudos de Silveira e Ferreira (2011), Stuckler e Basu (2013), Abrahão *et al.*, (2011) e Orair *et al.*, (2016) (apud SANTOS e VIEIRA, 2018)

receptores. Outros estudos levantados demonstram o efeito multiplicador do gasto público para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

No Brasil, calculou-se em 1,7 o multiplicador do PIB para o gasto com saúde, 1,85 com educação, 1,44 com o Programa Bolsa Família, resultando em efeito positivo para a economia, diferentemente das despesas com pagamento dos juros da dívida pública, com efeito 0,71, e com despesas com subsídios, com efeito 0,60. Evidencia-se, assim, que a política fiscal brasileira, adotada entre 2011 e 2014, de redução dos investimentos e expansão dos subsídios, tenha sido uma opção ruim, explicando em parte a baixa resposta da economia aos estímulos do governo (SANTOS e VIEIRA, 2018).

2.5.1.4 Políticas de Austeridade na Europa

Alguns estudos discutem os efeitos da maior crise econômica após a Segunda Guerra Mundial sobre os países europeus, decorrente da crise bancária de 2008, desencadeada nos Estados Unidos e que produziu uma crise financeira internacional com recessão generalizada em 2009. A crise atingiu os países do continente com distintas intensidades e modos, em função do modelo de desenvolvimento capitalista, do correspondente regime de *welfare state*, da correlação de forças políticas e da inserção diferenciada dos países no mercado único europeu. Giovanella e Stegmüller (2014: 2) ressaltam que, ainda assim, tomado o excessivo endividamento público consequente à crise bancária como causa da crise, a única receita das agências europeias foi o programa de austeridade fiscal que afeta as políticas sociais e condiciona as reformas em saúde⁴⁴.

Observa-se que este cenário de crise foi tomado por governos conservadores como uma oportunidade para o aprofundamento de medidas restritivas, inclusive na saúde, seguindo estratégias anteriores das ‘reformas voltadas para o mercado’, aprofundando a competição regulada (separação de funções entre financiadores e prestadores de serviços), e mecanismos de ampliação da competição entre as entidades seguradoras nos seguros sociais. Também foram expandidas medidas gerenciais inspiradas no *New Public Management*, com novos modelos de gestão e contratualização nos serviços públicos (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

⁴⁴Ao buscarem empréstimos do fundo de estabilização, os governos se submeteram a um programa de austeridade e ajuste que incluiu medidas de reestruturação do mercado de trabalho, sistemas financeiro, tributário, previdenciário e de saúde, acompanhadas de enormes cortes orçamentários em diversos programas sociais, observando-se a intervenção direta de organizações internacionais nas políticas de saúde (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 2).

Países como Portugal e Espanha reduziram significativamente a sua capacidade de resposta efetiva à demanda por serviços públicos, após firmarem planos de resgate financeiro. Reformas estruturais nos sistemas de saúde ocorreram em países como Alemanha, Espanha e Inglaterra, que promoveram mudanças no mercado de trabalho, na regulação do sistema e na prestação dos serviços pelo Estado (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

O Reino Unido⁴⁵ enfrentou graves consequências da crise bancária de 2008 por sua elevada dependência do setor financeiro, apresentando recessão com redução do PIB em 2009 e baixo crescimento nos anos posteriores, com forte aumento da dívida pública e do déficit público. O governo teve de enfrentar o problema da redução das receitas provenientes do setor financeiro e injetou recursos públicos no setor para evitar um colapso bancário. O NHS da Inglaterra implementou uma profunda reforma sumarizada pela separação entre o financiamento e a prestação de serviços, reduzindo-se as funções gerenciais e abrindo o sistema para a participação de prestadores privados (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 16). Avalia-se que os impactos dessas medidas foram a geração de um sistema mais complexo e fragmentado quanto à gestão, regulação e contratualização; a mercantilização, com incentivos à compra de serviços privados; e a piora da qualidade dos serviços, com maiores tempos de espera e insatisfação dos usuários (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2307).

Em 2012, foi estabelecida uma política de cortes que acentuou tendências anteriores de privatização de serviços e de maior competição no interior do sistema, reorganizando as relações entre financiamento, compra e prestação e ampliando as funções das agências reguladoras. Neste contexto, foram criados os CCGs (*clinical commissioning groups*), organizações locais de clínicas de GPs (*general practitioners*), que substituíram os PCTs (*primary care trust*), com estruturas pequenas e menores custos, mas que passaram a gerenciar 70% dos gastos do NHS⁴⁶. A ampliação da competição é dada pela compra dos serviços de qualquer prestador, o que inclui os hospitais públicos do NHS e prestadores privados⁴⁷. A nova

⁴⁵ No Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) foi criado em 1948, possui acesso universal baseado na cidadania e financiamento fiscal, garante cobertura gratuita a toda população, em estrutura tradicionalmente pública única e centralizada. Desde 2004, há a descentralização entre os quatro NHS dos países do Reino Unido: Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, os quais apresentam distintas peculiaridades. Frequentemente avaliações e estudos possuem como objeto apenas o NHS inglês (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

⁴⁶ Com a criação do mercado interno e separação de funções entre financiamento e prestação de serviços de saúde, os órgãos desconcentrados do NHS assumiram funções de planejamento, contratualização e compra de serviços, passando a estabelecer contratos com os prestadores. Eram denominados autoridades de saúde, posteriormente *primary care trust* – PCT, e desde 2013 *clinical commissioning groups* – CCG.

⁴⁷ Os CCGs são concebidos como estruturas administrativas enxutas de direção e contratação de serviços de apoio para as tarefas de contratualização (*commissioning support services* – CSS) com o objetivo de cortar gastos administrativos do NHS em 45%.

configuração prevê maior autonomia e regulação pelo NHS-England, organização independente do Departamento de Estado de Saúde, o que, segundo Giovanella e Stegmüller (2014: 14) vem sendo avaliado como uma “desresponsabilização” pela garantia de atenção. Os CCGs devem garantir a prestação do serviço, porém não são responsáveis pela saúde da população em determinada área geográfica, a não ser para urgência e emergência⁴⁸. Ainda que o financiamento permaneça público, uma tendência à privatização é verificada em diversos componentes do sistema, inclusive decisões alocativas sobre a maioria dos recursos do NHS são tomadas por serviços de apoio à contratualização.

Por sua vez, a Alemanha⁴⁹ encontrava-se em posição vantajosa no contexto da crise internacional de 2008, com crescentes superávits da balança comercial com países europeus e baixas taxas de juros, e, assim, retomou o crescimento em 2010, com redução do desemprego, novos investimentos, e superávits dos seguros sociais em 2012⁵⁰. Não foi realizada uma reforma estrutural na saúde, mas medidas de racionamento e priorização de ações mantiveram-se implícitas nos sistemas de pagamento (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 12). A crise teve caráter catalisador e serviu como legitimação para a intensificação de cortes sociais e a mercadorização na saúde pela coalizão conservadora-liberal.

Frente à recessão, havia prognósticos de déficits do GKV, definindo-se a transferência adicional de recursos fiscais para o Fundo de Saúde do GKV como compensação da perda de receitas⁵¹. Foi promulgada uma série de legislações relativas ao financiamento, assistência farmacêutica e regulação (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 14). Dentre as medidas adotadas, a elevação da taxa de contribuição do GKV, a perda da paridade de contribuição entre empregadores e trabalhadores, o congelamento da contribuição dos empregadores, o adiamento dos aumentos da contribuição dos segurados e a permissão de taxas adicionais estipuladas pelas caixas, caso não conseguissem cobrir seus gastos com os recursos do fundo do GKV, impondo

⁴⁸ Giovanella e Stegmüller (2014: 14) destacam Pollock & Price (2012), que avalia que o dever do governo em prover atenção integral teria sido abolido, uma vez que pela letra da nova lei o governo somente teria o dever de promover um serviço integral, não de garanti-lo.

⁴⁹ Na Alemanha, a proteção social à saúde é garantida pelo *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), Seguro Social de Doença que cobre 89% da população, segundo dados de 2011. O sistema é caracterizado por filiação compulsória, dependente da participação no mercado de trabalho e de contribuições solidárias de trabalhadores e empregadores, proporcionais aos salários (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

⁵⁰ Com um modelo de produção baseado em alto desenvolvimento tecnológico, elevada qualificação da força de trabalho e produtividade, a Alemanha foi beneficiada com a introdução do euro, que facilitou a exportação na região (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 14).

⁵¹ Em 2009, um fundo do GKV reuniu todas as contribuições arrecadadas pelas Caixas de Doença, distribuindo-as segundo um per capita ajustado por risco (idade, sexo e doenças) entre os segurados de cada caixa (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 14).

a competição entre caixas e a redução de gastos, constatando-se, assim, a fusão de Caixas e a fusão e venda de alguns hospitais municipais (SANTOS e VIEIRA, 2018)⁵².

A Espanha⁵³, com uma economia muito dependente do mercado de construção civil e de hipotecas, foi um dos países europeus mais fortemente atingidos pela crise financeira de 2008⁵⁴. A resposta do governo foi um profundo corte de gastos sociais e a adoção de políticas que visavam diminuir o déficit das contas públicas, enquanto que o crescimento econômico e as políticas de proteção social foram deixados em segundo plano, submetidos aos ditames da austeridade fiscal. Paradoxalmente, essas políticas de combate à crise elevaram o desemprego e o crescimento negativo, com aumento expressivo da dívida pública (BORGES *et al.*, 2018: 716).

Na saúde, o Real Decreto Lei nº 16, de 2012, impôs condições de elegibilidade para o acesso à saúde pelo Sistemas Nacional de Saúde, com medidas drásticas: cortes no financiamento; mudança na cobertura populacional, excluindo imigrantes ilegais; alteração da carteira comum de serviços; ampliação de copagamentos e mudanças na assistência farmacêutica, atingindo principalmente imigrantes e adultos jovens que não estão no sistema de seguro social (BORGES *et al.*, 2018: 717; GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 10).

Entre 2010 e 2012 já se observou uma redução do orçamento médio per capita do SNS, dada sobretudo por meio de cortes em pessoal e em assistência farmacêutica (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 10-1). Um aumento dos tempos de espera para cirurgias eletivas ocorreu como consequência imediata dos cortes, o que somado à diminuição da despesa pública com saúde pode ter consequências a longo prazo para a população mais vulnerável e com menor renda, que podem abrir mão dos cuidados de saúde de que necessitam, de seus medicamentos ou do monitoramento e controle de suas doenças crônicas (CANTERO MARTÍNEZ, 2016: 269).

⁵² No entanto, com o superávit observado no GKV, aboliu-se o copagamento na atenção ambulatorial. Giovanella e Stegmüller (2014: 15) destacam, neste processo, a pressão dos médicos especialistas eleitores do partido liberal, que integrava a coalizão governamental conservadora.

⁵³ Na Espanha, a Constituição de 1978 definiu o direito universal à atenção à saúde e a descentralização político-administrativa, formando, em 1986, o que logrou a transição do modelo bismarckiano para o modelo beveridgiano. Há financiamento fiscal e acesso universal, aumento progressivo da cobertura, orientação da rede pela APS e descentralização para as comunidades autônomas (BORGES *et al.*, 2018; GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014).

⁵⁴ A economia da Espanha está baseada num modelo de produção de baixa competitividade, moderada desindustrialização após a entrada na União Europeia e um *boom* imobiliário que acarretou progressivo endividamento privado. O estouro da bolha teve como consequências a inadimplência generalizada de famílias, aumento do desemprego e elevação de juros.

Borges *et al.* (2018: 723) salientam que o histórico esforço do sistema espanhol de aumentar a cobertura se perdeu com um gradual desmantelamento da cobertura existente e com a adoção de um modelo baseado na competição entre seguradoras. Baseando-se em diversos pesquisadores críticos da reforma espanhola, Giovanella e Stegmüller (2014: 10) ressaltam que o Real Decreto definiu uma condição de segurado à Previdência Social, em contraposição ao direito universal, retornando-se às origens bismarckianas e quebrando consensos anteriores. As limitações impostas pelas medidas de austeridade retrocederam o direito de cidadania à questão da meritocracia, de modo que a busca pela eficiência e sustentabilidade econômica do sistema de saúde produziram uma importante “mutação” do serviço público que afetou seus princípios básicos norteadores, sua universalidade e seu financiamento e, com isso, os princípios de equidade e coesão do sistema, mostrando que, de fato, conquistas podem retroceder (BORGES *et al.*, 2018: 725; CANTERO MARTÍNEZ, 2016: 267).

Ainda que a desculpa do Real Decreto-Lei 16/2012 fosse realizar cortes orçamentários, a mudança mais substancial foi legislativa, com a alteração de artigos que deslocam o direito à saúde do âmbito da cidadania para o âmbito dos “assegurados”, reforçando a concepção mercadológica da saúde, com a introdução do seguro, que, por sua vez, gera a ausência de cobertura para boa parte da população, com grande risco de fracionamento do sistema, com serviços públicos cada vez mais deteriorados para a população sem acesso aos serviços privados (BORGES *et al.*, 2018: 724-5). Merece atenção que o direito à proteção da saúde se configurou na legislação como um princípio norteador da política social e econômica, porém não possui um conteúdo mínimo ou núcleo irredutível e irreversível para o legislador, logo, não haveria impedimentos para que em situações de crise as condições de acesso à saúde os benefícios possam ser reduzidos (CANTERO MARTÍNEZ, 2016: 269).

Cantero Martínez (2016: 267) argumenta que num Estado altamente descentralizado, como é o espanhol, é necessária a garantia da coesão do modelo e a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território⁵⁵, devendo-se garantir o acesso para todos os cidadãos em condições de igualdade efetiva e que a política de saúde vise realmente a superação dos desequilíbrios territoriais e sociais. Da crescente pressão sobre as comunidades autônomas (CCAA) para implementar os cortes, observaram-se respostas distintas, a depender dos governos. Giovanella e Stegmüller (2014: 11) destacam que cinco CCAA entraram com recurso

⁵⁵ Martínez (2016: 267) destaca a criação dos fundos de Coesão e de Garantia de Assistência para assegurar a prestação do serviço de forma harmoniosa e coesa, apesar de altamente descentralizado. Porém, nos anos que se seguiram à reforma, o orçamento foi diminuído consideravelmente.

de inconstitucionalidade contra o Real Decreto Lei nº 16/2012 e continuaram o atendimento aos imigrantes, implementando a legislação de forma diferenciada.

Giovanella e Stegmüller (2014: 10), ao analisarem os efeitos das políticas de austeridade na Inglaterra, Espanha e Alemanha, destacam a manutenção do esquema público nos níveis anteriores e que não ocorreu o aumento de cobertura por seguros privados. Em relação à abrangência da cesta de serviços coberta, dimensão relacionada ao caráter de universalidade do sistema, verifica-se medidas implícitas de racionamento com priorização de ações e intensificação da regulação quanto à incorporação de novas ações no catálogo de serviços (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 10).

Por sua vez, Lehto *et al.* (2015) pesquisaram as reações às crises macroeconômicas, em horizonte temporal mais largo, nos sistemas de saúde dos países nórdicos: Suécia, Dinamarca e Finlândia⁵⁶. Ao buscar identificar uma relação entre a ocorrência de crises macroeconômicas e mudanças nos sistemas de saúde, verifica-se que reações diretas à crise tendem a ser temporárias e menos drásticas, enquanto que mudanças de maior impacto parecem ser iniciadas, independentemente das crises, e perdurar ao longo dos ciclos econômicos, desde os anos 1980. Assim, muitas das mudanças nos sistemas de saúde parecem estar mais relacionadas com tendências de longo prazo e essas não seguem o ritmo dos ciclos macroeconômicos. Salienta-se que essas tendências não são totalmente independentes do ciclo, além de serem aceleradas pelas reações às crises⁵⁷.

As duas crises econômicas que atingiram os países nórdicos (nos anos 1980, início dos 1990 e a iniciada no final dos anos 2000) não significaram mudanças bruscas e foram separadas entre si por um forte período de crescimento. Lehto *et al.* (2015) identificam que há mais financiamento privado, mais provisão privada e mais centralização, que podem a longo prazo, significar mudanças mais paradigmáticas, afetando, ainda que lentamente, os princípios do sistema de saúde como o financiamento público, a descentralização e a solidariedade. Para o autor, as crises se tornaram pontos de referência para ajustes de políticas voltadas ao maior controle dos gastos com saúde. Isso levou à institucionalização de controles orçamentários mais fortes e à ênfase no aumento de produtividade nos três sistemas de saúde.

⁵⁶ Os sistemas universais de saúde dos países nórdicos são financiados por impostos, fornecidos publicamente, descentralizados e baseados na solidariedade e na equidade (LEHTO *et al.*, 2015).

⁵⁷ Lehto *et al.*, (2015) defendem que esta conclusão é ainda corroborada pela implementação de muitas reformas semelhantes na Noruega, país que foi menos afetado pela crise internacional.

O estudo de Diderichsen (1995) já havia abordado as reformas na Suécia em meados da década de 1990, ocorridas em alguns condados e concentradas na relação comprador-prestador e no copagamento⁵⁸, ressaltando esse direcionamento ao mercado como potencial ameaça aos princípios básicos do Estado de bem-estar social e com riscos de ampliar desigualdades com o crescimento do gasto privado.

Os dois estudos nos países nórdicos constataam, em vários graus, a relação das reformas com mudanças ideológicas, políticas e culturais, dentre as quais a ascensão do neoliberalismo e maior individualismo, com declínio no apoio a programas de bem-estar que enfatizam a solidariedade e a redistribuição (DIDERICHSEN, 1995: 147) e a diminuição do apoio aos partidos socialistas e social-democratas (LEHTO *et al.*, 2015: 77). Diderichsen (1995) destaca que ainda permaneceria um nível de apoio à solidariedade no financiamento dos serviços públicos, porém convivendo com expectativas crescentes de capacidade de resposta e respeito às demandas individuais.

2.5.1.5 Políticas de Austeridade no Brasil

A crise financeira global de 2008 afetou modestamente o Brasil, dada a limitação da exposição ao sistema financeiro global e aos mercados hipotecários *subprime*, no entanto observou-se uma desaceleração do crescimento econômico após 2010 devido ao enfraquecimento do ciclo das *commodities*. Em 2014, o Brasil experimentou uma recessão com uma acentuada queda no crescimento do PIB. As políticas de estímulo econômico, que incluíam controle de preços, desonerações, taxas de juros reduzidas e empréstimos subsidiados não se mostraram suficientes para melhorar a economia. Foram observados aumento do desemprego, queda de arrecadação em todas as esferas de governo e pressões orçamentárias crescentes, provocando reduções nos empréstimos subsidiados, remoção de subsídios e aumento da dívida pública. Em consonância com a orientação dos credores internacionais, as políticas de austeridade introduzidas em 2015 levaram a grandes cortes dos investimentos públicos em saúde e educação (MASSUDA *et al.*, 2018: 3, SANTOS e VIEIRA, 2018).

Observa-se que a austeridade adotada não é universal e tampouco tem efeitos temporários, pois não está focada na redução do desequilíbrio momentâneo nas contas públicas. Seu objetivo principal é o de forçar a redução do tamanho do Estado e da sua participação na

⁵⁸ Durante a década de 1990, a Suécia, assim como o Reino Unido e outros países europeus, iniciaram uma série de reformas de saúde que introduziram diferentes formas de mercados com uma divisão entre compradores e prestadores. Na Suécia, a competição entre provedores foi combinada com a liberdade de escolha, entre os pacientes, do GP e do hospital.

oferta de bens e serviços, por meio da diminuição do gasto com políticas públicas. Assim, reduzem-se as possibilidades concretas de efetivar o direito à saúde no país e os efeitos adversos sobre os resultados em saúde podem ser mais graves do que os observados em países desenvolvidos, considerando a desigualdade social e de renda existente e que os indicadores sociais e a oferta de serviços públicos estão aquém do patamar dos países de alta renda (MASSUDA *et al.*, 2018: 7; SANTOS e VIEIRA, 2018: 2307).

No Brasil, Massuda *et al.* (2018) chamam a atenção para a ocorrência de uma combinação de recessão econômica, crise política, políticas de austeridade mal concebidas e decisões políticas visando reverter o direito à saúde⁵⁹, observando-se, entre 2014 e 2016, queda da renda nacional bruta per capita e aumento da população que vivia na pobreza e desabrigada. Ressaltam-se, ainda, indicadores como o aumento dos homicídios e das tentativas de automutilação, em relação a 2014. Da mesma forma, doenças infecciosas, então controladas ou em declínio constante, estavam aumentando.

Por sua vez, Massuda *et al.* (2018) defendem investimentos no SUS para aumentar a resiliência do sistema e absorver melhor os efeitos adversos dos choques econômicos e políticos, alertando para a provável piora nas disparidades, devido às crises econômica e política e às medidas de austeridade de longo prazo, no sentido de comprometer a sua sustentabilidade e reverter as melhorias duramente alcançadas em equidade, cobertura universal de saúde e resultados de saúde. Torna-se improvável a sustentação do progresso do sistema de saúde diante das medidas de austeridade em vigor e da exacerbação da alocação ineficiente de recursos. Os autores alertam para a crise da saúde pública, com a reversão dos indicadores alcançados em relação aos determinantes sociais da saúde e para a emergência de maior segregação que geraria um sistema tripartido: um sistema público esgotado financeiramente atendendo aos pobres; planos privados de cobertura limitada para a classe média; e planos com cobertura de alto custo restritos aos mais ricos.

⁵⁹ Massuda *et al.*, (2018) buscam apresentar através de um modelo como “choques externos”, como crises econômicas e políticas, podem desencadear cascatas de eventos que afetam negativamente os sistemas de saúde, aumentando o desemprego e a pobreza, reduzindo fundos para serviços de saúde e aumentando a demanda por programas de proteção social. Desse modo, podem afetar resultados e desigualdades em saúde por meio da pobreza e da redução da cobertura dos serviços de saúde por meio de mudanças nas necessidades de saúde, comportamentos e uso dos serviços de saúde.

2.5.2 Políticas de Saúde e Gasto Público

2.5.2.1 Reformas dos Sistemas de Saúde na América Latina

Na América Latina, o caminho percorrido por Brasil, Costa Rica e Cuba baseou-se em reunir o financiamento de diversas fontes e desenvolver uma rede integrada de serviços de saúde, com benefícios iguais para os cidadãos (ATUN *et al.*, 2015)⁶⁰. Nas últimas décadas do século XX, a ampliação das desigualdades socioeconômicas e de saúde levou a sociedade civil em países, como Brasil, a organizar movimentos sociais para restaurar a democracia, enfrentar as desigualdades, e reivindicar direitos sociais. Por sua vez, em países como a Costa Rica, o fator crucial para a reforma do sistema de saúde foram as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas, que aumentaram a carga de doenças não transmissíveis crônicas.

No contexto de reforma dos sistemas, conviveu-se com a instabilidade persistente na economia. A crise da dívida latino-americana levou à intervenção do FMI, a partir de 1982. Reformas macroeconômicas neoliberais passaram a ser implementadas, visando reduzir os gastos públicos e impor disciplina fiscal. A crise econômica e a alta da inflação aumentaram as desigualdades socioeconômicas e de renda. Na Costa Rica, observou-se que as inovações nas políticas de saúde foram criadas internamente, refletindo a não uniformidade das reformas neoliberais. Ao passo que Cuba permaneceu uma economia fechada exposta apenas ao bloco de países socialistas. Entretanto, a queda da União Soviética interrompeu repentinamente o financiamento ao país, com uma severa contração da economia e décadas de instabilidade (ATUN *et al.*, 2015).

Brasil e Costa Rica introduziram reformas nos sistemas de saúde baseadas na reunião de diversos fundos e no desenvolvimento de uma rede integrada de serviços de saúde. Dentre as grandes mudanças na organização dos sistemas está a reorganização frente à fragmentação estrutural. Apenas Brasil, Cuba e Costa Rica possuem sistemas de saúde unificados, ao contrário da organização em vários subsistemas paralelos ou esquemas desiguais de financiamento de saúde e seguro social baseado no emprego, que criam esquemas paralelos e segmentam a população. Outra área de mudança envolveu a separação entre as funções de

⁶⁰ Ainda que diversos, os países latino-americanos compartilham muitas semelhanças econômicas, políticas, sociais e culturais, além de elevadas desigualdades de renda. Muitos sofreram com ditaduras militares, ataques aos direitos humanos e supressão dos direitos democráticos, reduzindo-se o investimento nos setores sociais, incluindo sistemas de saúde. Entre os anos 1980 e 1990, os países desenvolveram abordagens distintas para as reformas do sistema de saúde, combinando mudanças no lado da demanda para reduzir a pobreza e cuidados primários de saúde abrangentes para ampliar o acesso aos serviços (ATUN *et al.*, 2015).

comprador e prestador, que foi bastante controversa ao ser associada à privatização dos sistemas. Na Costa Rica, foram introduzidos incentivos de desempenho na contratação. Cuba manteve um sistema de saúde integrado com financiamento e prestação públicos (ATUN *et al.*, 2015).

De modo geral, verifica-se que na América Latina as políticas econômicas das décadas de 1980 e 1990, que incluíram em muitos casos reformas do setor social e da saúde, conviveram com medidas para estabilidade macroeconômica e com o enfrentamento da crise econômica, que em grande parte não aliviaram a pobreza. Por sua vez, a expansão econômica global, entre 2000 e 2008, promoveu um período de crescimento econômico sustentado, permitindo aos países combinar incentivos do lado da demanda, principalmente por meio de transferências condicionais de renda, e políticas do lado da oferta, com maior acesso para as populações mais vulneráveis, introduzindo a cobertura universal de saúde (ATUN *et al.*, 2015).

O Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, com financiamento por impostos gerais e contribuições sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido no final dos anos 1980 pela sociedade civil como parte do Movimento da Reforma Sanitária contra a ditadura militar, no âmbito dos direitos assegurados pela Constituição de 1988 (MACHADO *et al.*, 2017: S144). Ugá e Santos (2006) apontam para a coerência da inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social e do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais. Machado *et al.* (2017: S155) ressaltam que o modelo pressupunha forte articulação entre políticas econômicas e sociais ancoradas em um modelo de desenvolvimento baseado no crescimento econômico sustentado e geração de renda e emprego, com redução das desigualdades e ampliação dos direitos sociais.

No entanto, a regulamentação da Seguridade Social ignorou a importância da integração das políticas e impôs a separação das três áreas, de modo que, ao longo das últimas décadas, as diferentes institucionalidades da política social deram menor ou maior centralidade à área social e ao papel do Estado no desenvolvimento. Além disso, devem ser destacados os constrangimentos econômicos e a adesão do país às recomendações das agências internacionais, o que progressivamente desvirtuou a construção do conjunto de políticas sociais baseadas em princípios de um Estado de bem-estar e de um sistema redistributivo. Mas pela sua base, alguns artigos enfatizam que a discussão do financiamento do SUS deve ser feita dentro do debate do

financiamento da seguridade social, ressaltando a necessidade de resgate do espírito com que foi construído o sistema (BAHIA, 2005; UGÁ e SANTOS, 2006).

2.5.2.2 Interferências de Organismos Internacionais nos Sistemas de Saúde

Ao discutir os instrumentos utilizados na América Latina desde os anos 1970 e 1980 para os ajustes estruturais, Borges *et al.* (2018: 725) ressaltam os fundamentos teóricos de austeridade do Fundo Monetário Internacional (FMI), baseados na luta contra a inflação e o déficit da balança de pagamentos, com um enfoque monetarista, e destacam o caráter quase exclusivo das medidas no corte de gastos públicos e no aumento regressivo de tributos, explicitando a perspectiva ortodoxa de não taxar o capital, o que impediria, segundo os liberais, o progresso e a geração do emprego.

A exemplo do ocorrido na América Latina, diante da crise da zona do euro, Borges *et al.* (2018) destacam as mais recentes investidas do Banco Central Europeu (BCE), sob tutela e supervisão da Alemanha e da França, em países do sul da Europa, como Portugal, Espanha e Itália, submetidos às políticas econômicas com alta de juros, sobrevalorização do câmbio, financiamento com poupança externa e capital de curto prazo para garantir a administração do comércio internacional.

Por sua vez, Rizzotto e Campos (2016) discutem a atuação do Banco Mundial, que, por meio do mecanismo de financiamento de projetos setoriais e de suas condicionalidades, assumiu um poder de intervenção na definição de políticas dos sistemas nacionais de saúde em grande parte dos países periféricos. No Brasil, a partir da crise da dívida externa da década de 1980, o Banco priorizou programas de ajuste estrutural e projetos setoriais abrangentes, com maiores efeitos no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico e nas reformas setoriais, o que conferiu maior visibilidade e politizou as intervenções do Banco (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 271).

Rizzotto e Campos (2016) afirmam não existir um mecanismo impositivo, mas a confluência de interesses de governos, empresários e pesquisadores desses países, que comungavam da mesma perspectiva ideológica, e que, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o Banco tem demonstrado interesse no setor de saúde brasileiro, especialmente no tocante às responsabilidades do Estado e à gestão pública. Na década de 1990, a intervenção do Banco no setor de saúde brasileiro ocorreu sistematicamente e concomitante à adesão do governo federal ao projeto neoliberal (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 265), num contexto de estrutura econômica dependente dos países de capitalismo avançado.

Ressalta-se que o direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Esse pensamento toma a saúde como bem de consumo que deve ser oferecida pelo mercado que melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo. Nesse cenário, a intervenção estatal ocorreria apenas na regulação da oferta e para garantir “mínimos essenciais”⁶¹ e na organização do de um aparato público reduzido para as ações tradicionais de saúde pública, de controle de riscos que poderiam desestruturar o mercado⁶² (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 264).

Há de se atentar para o movimento do Banco Mundial na direção de atualizar o ideário liberal ao incorporar conceitos do campo progressista, como a noção de equidade, modificando-os semanticamente e reduzindo "ao campo do possível liberal" os projetos do movimento sanitário, como é o caso da cobertura universal em saúde *versus* sistema universal de saúde" (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 264).

No Brasil, verifica-se um deslocamento do Banco Mundial para acordos com governos estaduais, possivelmente por ser um nível da gestão no qual as reformas são menos diluídas em relação à esfera municipal e passíveis de implementação com menor resistência do que se fossem em nível nacional⁶³. Outros fatores envolvidos são as maiores condições de implementar mecanismos de governança, com responsabilização e punição na gestão pública, e de transferir responsabilidades ao mercado, apostando na solução dos problemas a partir do “microespaço”, com a adoção de procedimentos técnicos, e nunca em decisões de macropolítica (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 266-7).

2.5.2.3 Trajetória de Subfinanciamento e Desfinanciamento do SUS

No contexto de turbulências do capitalismo contemporâneo, coincidente com o período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido marcado pelas condições da política macroeconômica desenvolvida a partir dos anos

⁶¹ Rizzotto e Campos (2016: 264) destacam que: “a noção de mínimos essenciais provém da Teoria de Justiça de John Rawls, uma variante do pensamento liberal que atribui ao Estado (mínimo) a promoção da justiça social por meio de políticas que visam reduzir as desigualdades e estabelecer certa equidade social”.

⁶² Rizzotto e Campos (2016: 265) ressaltam a "oposição de raiz" entre o liberalismo e a implementação dos sistemas de saúde universais, uma vez que o liberalismo considera inadmissível a diminuição do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário. A garantia constitucional de assistência integral à saúde recebeu, já no início da implementação do SUS, fortes críticas do Banco Mundial, o qual defendeu a revisão do papel constitucional de complementaridade do setor privado, sugerindo a ampliação de sua participação na oferta de serviços de saúde

⁶³ Em documento de 2013, o Banco Mundial defende a privatização do setor, destacando a atuação das Organizações Sociais, as Parcerias Público-Privadas e as Fundações Públicas. Entre 2000 e 2015, 71,9% dos projetos aprovados para o setor de saúde brasileiro são de instâncias subnacionais, principalmente estados. (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

1990 e pela persistência de reduzidos montantes de recursos, constituindo-se em um subfinanciamento estrutural (MENDES *et al.*, 2018). Na medida em que é parte integrante das relações capitalistas de produção, o Estado brasileiro vem atuando em consonância com a dinâmica do capital através do orçamento público (MENDES e CARNUT, 2018). Como consequência dessa prioridade, a inviabilidade do crescimento econômico e da garantia de financiamento adequado para as áreas sociais, principalmente da saúde (MENDES e MARQUES, 2009).

O processo de subfinanciamento crônico do SUS é caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, verificando-se essa fragilidade em comparação com outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro (FUNCIA, 2019). Verifica-se que a disputa por recursos financeiros para uma política universal de saúde é dada no contexto que resulta da contradição entre dois movimentos que se imbricam, cada qual com seus objetivos específicos. Por um lado, agendas da reforma sanitária, voltada à universalidade e à garantia de recursos financeiros. Por outro, a reforma do Estado num contexto de defesa da racionalidade econômica (MACHADO *et al.*, 2017; MENDES e MARQUES, 2009).

Dessa forma, as políticas sociais foram estrangidas do ponto de vista financeiro em função das medidas adotadas no país por meio da política econômica ortodoxa, assentada sobre o tripé macroeconômico: metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante (MENDES e CARNUT, 2018) e do ambiente da dominância financeira que subordina o social (MENDES e MARQUES, 2009). Além disso, a agenda hegemônica de reforma do Estado e a coalizão de forças políticas predominantes não foram favoráveis à superação de problemas estruturais do SUS e estão determinando as frágeis condições do seu financiamento (MACHADO *et al.*, 2017: S152). Marques (2017, apud FUNCIA, 2019: 4406) defende que o caráter crônico do processo de subfinanciamento se relaciona com uma natureza estrutural, por não ter ocorrido um “apoio maciço e de classe” ao sistema público de saúde diante do neoliberalismo, da dinâmica dependente da economia brasileira em relação aos países de capitalismo avançado e da fragilidade da economia perante o fluxo de capitais estrangeiros.

Desde a Constituição de 1988, a provisão de políticas sociais não tem sido vista como instrumento redistributivo do Estado perante uma sociedade altamente desigual. Ao contrário, passando a ser tratada como instrumento do ajuste macroeconômico e objeto do corte do gasto

público. Ressalta-se que as políticas de ajuste vinculam cerca de metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida. Enquanto isso, a saúde representava, desde 2000, cerca de 5% da despesa total efetiva federal, de modo que é questionável a eficácia de qualquer política de contenção do gasto social frente à manutenção da atual magnitude da despesa financeira da União (UGÁ e MARQUES, 2005 apud UGÁ e SANTOS, 2006: 1608)⁶⁴.

No contexto da transferência de recursos das áreas de gasto social, o mecanismo da Desvinculação das Receitas da União (DRU), adotado desde 1994, permite a subtração de 20% das receitas do OSS, em grande parte destinadas ao pagamento de juros da dívida (BAHIA, 2005), em cumprimento da já histórica política de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital portador de juros dominante (MENDES e CARNUT, 2018). Identifica-se, assim, uma consistente evidência da “prioridade absoluta do ajuste fiscal”, em detrimento do financiamento de políticas sociais (Ugá, e Santos, 2006)⁶⁵.

Na década de 2000, o governo Lula priorizou a estabilidade, representando um elemento de continuidade em relação ao governo FHC e priorizando estratégias de conciliação política, sem o enfrentamento de temas polêmicos como as reformas política e tributária (MACHADO *et al.*, 2017: S152). No entanto, a estabilidade econômica e o crescimento no período permitiram ao governo introduzir políticas redistributivas, associadas ao aumento da renda e à redução do desemprego e das desigualdades. O clima político e econômico favorável permitiu maior financiamento público para o SUS (MASSUDA *et al.*, 2018: 2)⁶⁶ ao mesmo tempo em que o crescimento da economia e da renda também fez com que o mercado de seguro privado de saúde crescesse, beneficiando segmentos da população cuja renda aumentou o suficiente para adquiri-los (DE SOUZA, 2017: 495). Embora tenha ocorrido relevante expansão da cobertura de ações em áreas críticas, problemas estruturais do sistema público de saúde não foram adequadamente enfrentados no período, por exemplo, no âmbito do financiamento, das relações

⁶⁴O predomínio da alocação de recursos ao serviço da dívida limita o espaço fiscal disponível para gastar em outras áreas, representando um encargo financeiro considerável. Em 2013, representava 50,3% do orçamento federal, subindo para 57,0% em 2016 (MASSUDA *et al.*, 2018: 4).

⁶⁵ Com a Emenda Constitucional nº 93/2016 a alíquota do mecanismo passou para 30%, em vigor até 2023, estendendo aos estados e municípios a opção de também desvincularem parte de suas receitas de destinações obrigatórias. Assim, ampliou-se também os caminhos para a redução dos gastos de estados e municípios em políticas sociais (DE SOUZA, 2017: 497). Por meio da DRU extraiu-se, em média, cerca de 77% do saldo superavitário do OSS, entre 2010 e 2013 (MENDES e CARNUT, 2018: 1114).

⁶⁶ Em que pese a crise econômica mundial, a partir de 2008, e a redução do PIB em 2009, o governo obteve certo êxito com as políticas anticíclicas e com o aumento dos investimentos públicos em infraestrutura e nas áreas sociais (MACHADO *et al.*, S152).

público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde (MACHADO *et al.*, 2017: S153).

O período posterior, do governo Dilma Rousseff, foi marcado por um contexto econômico e político menos favorável. Na esfera econômica, o prolongamento da crise internacional propiciou a redução do ritmo de crescimento e as tentativas da política econômica de estimular os investimentos não foram bem-sucedidas. Em 2014, muda-se o rumo, direcionando-o à defesa de medidas de austeridade, e, em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinição e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou no processo de impeachment (DE SOUZA, 2017: 495-6). Não houve espaço para consolidação de um projeto nacional e de expansão das políticas sociais, verificando-se continuidades em algumas áreas, a adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem efetivamente enfrentados, e a sustentação da polêmica medida de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na prestação de serviços (MACHADO *et al.*, 2017: S153).

O ajuste fiscal e renúncias de receitas aumentaram como resposta à crise de 2014 (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2308). Uma das maiores medidas de austeridade, com corte drástico dos gastos públicos para alcançar o equilíbrio fiscal, defendida pelo capital portador de juros é a Emenda Constitucional nº 95/2016⁶⁷, que, por um período de 20 anos, limita a expansão dos gastos públicos (DE SOUZA, 2017; MENDES *et al.*, 2018; MENDES e CARNUT, 2018; FUNCIA, 2019). Ao não definir limite para as despesas financeiras (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2308; FUNCIA, 2019: 4407), a EC 95 expressa a sintonia do Estado com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a supremacia do capital fictício, impondo à saúde pública sua desestruturação e crescente privatização, somando-se às medidas de direcionamento da saúde para o livre mercado, intensificadas no governo Michel Temer (MENDES e CARNUT, 2018)⁶⁸.

⁶⁷ A principal motivação para a EC 95 foi a necessidade de reduzir o déficit primário - diferença negativa entre receitas e despesas primárias - por meio da redução dessas despesas e geração de superávit primário, destinado ao financiamento das despesas financeiras, como juros e amortização da dívida pública (FUNCIA, 2019). De Souza (2017: 497) chama atenção para a clareza do governo pós-impeachment de Michel Temer em suas intenções e ações, deixando explícito o objetivo central de garantir um superávit nas contas públicas para não comprometer o serviço da dívida pública, diferentemente das declarações e políticas ambíguas e contraditórias do segundo governo Dilma Rousseff.

⁶⁸ Com a EC 95, projeta-se que até 2036 as despesas do governo fiquem congeladas em termos reais em aproximadamente R\$ 1,3 trilhão, valor que será corrigido anualmente apenas para recomposição de perdas inflacionárias (SANTOS e VIEIRA, 2018). No orçamento do SUS, o declínio projetado pode variar de R\$ 168 bilhões a R\$ 738 bilhões entre 2017 a 2036, a depender do crescimento do PIB no período (SANTOS e VIEIRA,

Verifica-se assim que, na vigência da EC 95, o subfinanciamento do SUS passa para um desfinanciamento que certamente levará a um “aniquilamento” das tentativas de construção do sistema universal de saúde, medida sem precedentes quando comparada ao conteúdo da política de austeridade adotada em outros países, especialmente na América Latina (MENDES *et al.*, 2018: 225)⁶⁹. Ademais, espera-se um crescimento mais acelerado da participação das famílias no financiamento da saúde, de modo a compensar a aplicação mínima federal. Salientando-se, ainda, que estados e municípios têm pouca margem fiscal para ampliar os recursos alocados no SUS, a fim de compensar aqueles que deixam de ser alocados pela União (SANTOS e VIEIRA, 2018)⁷⁰.

Mantida a lógica da política econômica e do nível do gasto federal em saúde, é possível admitir que nenhum dos governos assumiu como prioridade a consolidação do SUS (MACHADO *et al.*, 2017: S157) e a saúde como política social de direito (MENDES e CARNUT, 2018). Machado *et al.* (2017: S159) já apontavam para o risco de retrocessos decorrentes do fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, com ameaças à democracia brasileira, em um momento de instabilidade econômica e política.

2.5.2.4 Gasto Público em Saúde

A situação de indefinição dos recursos financeiros para Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990 levou à busca de uma solução mais definitiva, de vinculação de recursos orçamentários mínimos nas três esferas de poder (CAMPELLI e CALVO, 2007; MENDES e MARQUES, 2009). A EC 29/2000 estabeleceu o mínimo de participação das receitas próprias que deve ser aplicado pela União, estados e municípios na saúde, definindo o financiamento público da saúde como responsabilidade comum desses níveis (COSTA *et al.*, 2015: 237) e instituindo um mecanismo de proteção, ainda que tenha persistido a insuficiência de recursos para garantir acesso universal e integral às ações e serviços de saúde (SANTOS e VIEIRA, 2018: 2310). Havia, assim, uma previsibilidade do orçamento e maior uniformidade do patamar

2018: 2308). O Ipea estima que em 2036, gastos federais com saúde representarão 1,2% do PIB contra 1,7% em 2016 (DE SOUZA, 2017: 497)

⁶⁹ Mendes *et al.*, (2018) apresentam como um dos resultados mais imediatos da EC 95 o aumento da mortalidade infantil, após um declínio constante, e estudos que apontam a redução de oferta e cobertura de vacinas, com prejuízo no desenvolvimento de ações e serviços do SUS, em especial da Atenção Básica.

⁷⁰ Vieira (2020), destaca, ainda, ameaças mais recentes como a proposta de eliminação da obrigatoriedade de gasto mínimo em saúde pelas esferas de governo e a PEC nº 188/2019, que propõe que o gasto adicional, para além do piso, em saúde ou em educação possa ser descontado da outra área, para fins de apuração das aplicações mínimas, elevando o grau de incerteza quanto ao financiamento da saúde e a possibilidade de retrocessos na oferta de bens e serviços de saúde.

aplicado em saúde, com potencial redução das desigualdades horizontais no gasto municipal, ainda que o nível do gasto se vincule à disponibilidade de receita, que é bastante desigual (VAZQUEZ, 2011: 1202).

Campelli e Calvo (2007: 1615) enfatizam a necessidade de monitoramento e avaliação do cumprimento das exigências da EC para garantir tais recursos. Vazquez (2011: 1204) aponta para os problemas decorrentes da falta de regulamentação, abrindo margem a interpretações distintas sobre a obrigatoriedade de gasto e critérios de cálculo. Mendes e Marques (2009) ressaltam o quanto a regulamentação não foi prioridade nos anos seguintes, e as tentativas de se introduzir itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde e dos estados e municípios. Campelli e Calvo (2007) alertam que as ações e serviços de saúde não devem ser confundidos de forma oportunista com outras ações e serviços, próprios de outros setores, voltados a promover a qualidade de vida e saúde da população⁷¹.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamentou a EC 29, frustrando as expectativas de maior expansão recursos, mantendo os mesmos critérios de vinculação dos fundos federais previstos na EC 29/2000 (MACHADO *et al.*, 2014) e o frágil esquema baseado no cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (MENDES e CARNUT, 2018). Ainda assim, a sua implementação continuava sendo apontada como desafiadora (COSTA *et al.*, 2015: 240).

Vieira e Santos (2018) identificaram que o limite de pagamento autorizado para o Ministério da Saúde, no período de 2002 a 2015, foi insuficiente para pagar suas despesas em cada exercício, provocando elevada inscrição de despesas como restos a pagar, e que o cancelamento de parte destes impactou a aplicação de recursos na saúde, contribuindo para agravar o problema de financiamento do SUS. Mendes e Marques (2009: 846) já apontavam que a fragilidade do sistema de financiamento se observava no aumento significativo do saldo a pagar da rubrica Restos a Pagar. Vieira e Santos (2018: 733) destacam que o não pagamento dos restos a pagar inscritos, ao final de cada ano, é, em termos fiscais, interpretado como um

⁷¹Na inclusão de atividades que não se associam ao conceito de saúde universal e na tentativa recorrente de propor a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde, o estudo de Mendes e Marques (2009: 849) identificou, nessas manobras do governo Lula, uma falta de disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde, em definir fontes exclusivas para seus custeios e firmar o compromisso com as políticas sociais universais. Esses autores identificam que essa guinada implicaria romper com a lógica da política econômica adotada ao longo dos anos 1990 e 2000, em aliança aos interesses do capital financeiro.

“esforço de poupança” na perspectiva de reforço do superávit primário (VIEIRA e SANTOS, 2018: 733)⁷².

Em flagrante descompasso com as responsabilidades impostas pela universalização do sistema, verifica-se que se alternaram fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem, no entanto, ampliar-se a participação dos gastos no PIB ou na receita tributária como um todo (CROZATTI *et al.*, 2020: 205). Além de terem sofrido redução nos últimos anos, é expressiva a magnitude da diferença entre o gasto público do Brasil e o de países que também possuem sistema universal de saúde. Com dados de 2017, verifica-se que diferença maior para o do Reino Unido (5 vezes o gasto brasileiro), o da Espanha (3,8 vezes), o de Portugal (3 vezes) e, até mesmo, verifica-se que o gasto do Brasil é menor que a metade do gasto do Chile, que possui um sistema de proteção social público limitado (VIEIRA, 2020: 4)⁷³.

Os avanços do ponto de vista do maior aporte de recursos estaduais e municipais foram contrabalançados pela diminuição proporcional do gasto federal (MACHADO *et al.* 2017: S156). A participação da União no financiamento do SUS foi reduzida de 73% para 43%, entre 1991 e 2017, enquanto aumentou a alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (de 12% para 31%) (SETA *et al.*, 2021). Embora municípios e estados tenham aumentado gradativamente sua aplicação de recursos para a saúde, o governo federal manteve o mesmo orçamento em relação ao PIB, reduzindo sua participação proporcional (COSTA, 2017; MASSUDA *et al.*, 2018)⁷⁴. Entre 1995 a 2016, o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 6,6% do PIB (MENDES e CARNUT, 2018).

No contexto de teto de gastos da EC 95 para as despesas primárias da União, Vieira *et al.* (2018) apontam para uma queda acentuada da participação federal na saúde, que já estava em declínio. Funcia (2019) e Mendes e Carnut (2018) ressaltam o aumento da pressão pela

⁷² Com o teto financeiro estabelecido pela EC 95/2016, condicionando a liquidação e o pagamento das despesas empenhadas e dos restos a pagar, verificou-se em 2017, um crescimento tanto dos empenhos a pagar no final do exercício, acima de 81%, como dos restos a pagar inscritos e reinscritos para execução nesse exercício, acima de 50%. Esse fato voltou a ocorrer em 2018, ainda que em menor escala, com um novo patamar dos valores de inscrição e reinscrição de restos a pagar, em torno de R\$ 20,0 bilhões, acima dos R\$ 14,0 bilhões verificados em 2016 (FUNCIA, 2019: 4409-10).

⁷³ Países com sistemas universais de saúde têm gastos públicos nessa área próximos a 6% do PIB (VIEIRA, 2018). Em 2015, o gasto brasileiro foi de 3,9% do PIB (União, 1,7%; estados – 1,0%; e municípios – 1,2%), enquanto a média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% do PIB (MENDES e CARNUT, 2018: 1113).

⁷⁴ Entre 2003 e 2016, a participação federal no financiamento da saúde caiu de 50,0% para 40,8% do total de gastos públicos. (MASSUDA *et al.*, 2018: 4).

alocação adicional de recursos de estados e municípios, uma vez que dois terços das despesas do MS são transferidas para as outras esferas.

2.5.2.5 Fontes de Recursos e Progressividade / Regressividade

O conceito de equidade no financiamento da saúde é relacionado à distribuição dos gastos das famílias em saúde em proporção aos seus proventos: a incidência é progressiva caso o ônus cresça com a classe de rendimentos, e regressiva no caso inverso (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007: 533). No Brasil, constata-se o problema da permanência de um padrão altamente regressivo e iníquo (COSTA, 2017), com elevada participação de famílias com menores rendimentos, contraditório com os princípios do SUS (BAHIA, 2005).

Para Bahia (2005: 19) o debate sobre a progressividade do financiamento para a saúde no Brasil seria conduzido em três planos: no plano mais geral, a implementação dos princípios e do orçamento da Seguridade Social, com iniciativas para impedir o desvio de suas receitas; no plano intermediário, o percentual definitivo das receitas dos entes federativos para a saúde; e no terceiro plano, a tensão entre o caráter descentralizado do SUS e a hegemonia fiscal da União, considerando as políticas de alocação de recursos federais no financiamento da saúde.

Ugá e Santos (2006) dedicaram-se a analisar o grau de progressividade (ou regressividade) dos tributos que financiam o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da identificação dos principais tributos que financiam o SUS e da distribuição do ônus do pagamento para os estratos de renda⁷⁵. O cálculo do índice de *Kakwani*⁷⁶ revelou um patamar de $-0,008$, o que demonstra que o financiamento do SUS corresponde a um sistema quase proporcional que onera proporcionalmente à renda. Verifica-se, então, que a discussão da progressividade ou regressividade do SUS remete ao sistema tributário brasileiro. Uma vez que o financiamento da saúde ocorre por impostos e contribuições sociais, o grau de equidade no seu financiamento é o mesmo dos tributos que o financiam.

Ugá e Santos (2006: 1598) apontam que o problema do financiamento da saúde encontra suas raízes fora do setor e externamente ao OSS, uma vez que as sucessivas necessidades de financiamento enfrentadas se deram, fundamentalmente, pela não entrada, no OSS, da

⁷⁵ As autoras identificaram os principais tributos que financiam o SUS e, com base nos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, verificaram a distribuição do ônus do pagamento.

⁷⁶ O índice de *Kakwani* sintetiza o grau de progressividade de um sistema tributário.

totalidade dos recursos que lhe pertencem; falta de devida regularidade no ingresso de recursos e pagamento de gastos que não correspondem às atividades específicas da seguridade social.

Tributos indiretos regressivos, como o ICMS (imposto estadual incidente sobre bens e serviços consumidos), oneram mais que proporcionalmente estratos de menor renda, os quais têm maior parcela dessa renda absorvida pelo tributo. Com esse imposto, por exemplo, verificou-se maior regressividade no financiamento, decorrente da ampliação da participação dos estados com a EC 29. Ademais, o IRPF apesar de ser imposto direto progressivo com alíquotas de pagamento diferenciadas pela renda tributável, apresenta grau de progressividade muito menor em relação à concentração da renda da sociedade brasileira. Nesse contexto, defende-se uma reforma tributária norteada por modificação e criação de tributos fortemente progressivos, enfrentando a fortíssima concentração de renda da sociedade brasileira (UGÁ e SANTOS, 2006: 1607).

Tratando-se de um sistema de saúde inserido em um sistema de seguridade social inspirado nos padrões welfaristas, com acesso definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, é desejável que o financiamento setorial seja progressivo, de modo que o ônus do financiamento do setor saúde seja inversamente proporcional à renda das pessoas (UGÁ e SANTOS, 2006). No entanto, na atual dinâmica do capitalismo financeirizado, o gasto público é financiado por uma estrutura tributária defasada, sustentada por tributos que incidem com maior significância na dimensão produtiva (MENDES e CARNUT, 2018: 1113). Destaca-se, ainda, o papel da renúncia fiscal historicamente praticada pelo Estado brasileiro, bastante aprofundada a partir dos anos 1990⁷⁷ (UGÁ e SANTOS, 2006: 1608).

No contexto da alocação adicional de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população, Funcia (2019) busca identificar novas fontes de receitas para o orçamento federal, prioritariamente para as ações e serviços de natureza pública e voltadas à mudança do modelo de atenção, de modo que a atenção primária seja a ordenadora do cuidado. O estudo apresenta três estimativas de recursos adicionais. Primeiramente apresenta que a aplicação mínima de 10% das receitas correntes, conforme o Projeto Saúde+10, não aprovado pelo Congresso Nacional⁷⁸, adicionaria aproximadamente R\$ 36 bilhões ao orçamento federal do

⁷⁷ O estudo não considerou a renúncia fiscal relacionada às deduções dos gastos privados no imposto de renda, o que se fosse considerado, certamente revelaria um financiamento mais regressivo ainda, pois os mais pobres não se beneficiam de qualquer dedução no seu gasto privado (UGÁ e SANTOS, 2006).

⁷⁸ De Souza (2017: 496) recorda que, na esteira das manifestações em massa de 2013, sindicatos e associações coletaram mais de dois milhões de assinaturas para um projeto de lei que estabelecia piso de 10% da receita bruta anual para os gastos federais em saúde.

SUS. A segunda estimativa diz respeito à metade dos recursos provenientes do resultado de um processo da auditoria da dívida pública, que representaria aproximadamente R\$ 100 bilhões. E por fim, a terceira estimativa tange os recursos provenientes da auditoria, revisão e redução em 30% da renúncia de receita federal, com aproximadamente R\$ 92 bilhões adicionais de receita ao Tesouro Nacional.

Tomando-se apenas as estimativas de recursos adicionais provenientes dessas duas últimas fontes (respectivamente, R\$ 100 bilhões e R\$ 92 bilhões por ano), verifica-se um montante bastante superior ao proposto pelo Projeto “Saúde+10”, que permitiria o aumento do gasto consolidado em saúde (soma das três esferas de governo) para cifras entre R\$ 300 bilhões e R\$ 365 bilhões, ou entre 4,3% e 5,4% do PIB⁷⁹.

Funcia (2019) define um conjunto de despesas que poderiam ter os recursos orçamentários e financeiros ampliados com base na decisão política de revisão do modelo de atenção com a priorização da atenção básica⁸⁰, demandando R\$ 30,5 bilhões em recursos adicionais, muito inferior ao valor das fontes sugeridas em seu estudo. A partir disso, defende que:

(...) há espaço fiscal para buscar uma equação política que resulte em recursos adicionais para o financiamento federal do SUS no curto prazo sem a necessidade de realização de uma reforma tributária (cujos conflitos de interesses e efeitos sobre o nível de atividade econômica requerem tempo para encontrar uma proposta de consenso) e sem comprometer a meta de equilíbrio das contas públicas (FUNCIA, 2019: 4413).

Funcia (2019: 4413) argumenta que o SUS precisa de novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas. No entanto, reconhece o tempo necessário para a construção de consenso político para viabilizar a aprovação de ampla reforma tributária, que tributasse grandes fortunas, heranças, grandes transações financeiras e dividendos, e que criasse alíquotas mais elevadas no Imposto de Renda para os altos rendimentos e nos impostos para produtos como tabaco, álcool, bebidas açucaradas, etc. Diante desse conflito de interesses, defende que a busca por novas fontes seja iniciada pela auditoria cidadã da dívida pública e da renúncia de receita, as quais permitiriam um ingresso adicional de recursos para o Tesouro

⁷⁹ Ainda assim, inferiores ao parâmetro de 7,9% do PIB encontrado para os sistemas de acesso universal, como o do Reino Unido (FUNCIA, 2019: 4412-3).

⁸⁰Funcia (2019: 4413) ressalta o fortalecimento da assistência farmacêutica; ampliação das despesas com os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF); e quadruplicação das despesas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Nacional, sem o desgaste decorrente de uma reforma tributária e sem comprometer a meta de restabelecer o equilíbrio das contas públicas.

2.5.2.6 Financiamento da Atenção Básica no Brasil

Tomando-se o SUS como um sistema orientado pela Atenção Básica (AB), Mendes *et al.* (2018: 227) apontam que o modelo de atenção deve orientar o processo de financiamento, ressaltando a pertinência de se resgatar as ideias que embasaram o conceito de Atenção Básica e a necessidade de um financiamento e critérios de rateio mais condizentes com a sua expressão conceitual ampliada. Vieira (2020: 8) defende que a ênfase na atenção básica é considerada medida crucial para a efetividade dos sistemas universais de saúde. Por sua vez, Massuda (2020) destaca esse nível dentro do amplo debate acerca dos modelos de financiamento e de pagamento por serviços de saúde, em razão do aumento de custos do setor.

Nas décadas de 1960 e 1970, num contexto mundial de forte debate sobre a determinação econômica e social da saúde, houve um impulso à crítica ao modelo biomédico e à organização dos serviços de saúde centrados no modelo médico-hospitalar hegemônico especializado e intervencionista, com assistência fragmentada e de pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população, acentuada pela desigualdade no acesso aos serviços, decorrente do desenvolvimento socioeconômico dos países (CASTRO e MACHADO, 2010; MENDES *et al.*, 2018).

Mendes *et al.* (2018) destacam que a concepção original de Atenção Primária à Saúde atinge a raiz dos problemas de saúde, no enfrentamento da determinação social da saúde e que a trajetória da APS revela as tensões e controvérsias relacionadas à delimitação do conceito de cuidados primários, especialmente no que diz respeito à necessidade de definição de um conceito que fosse válido para diferentes contextos sócio históricos e para a inserção dependente na divisão social do trabalho, de modo que foram ocultadas a condição de classe e o mundo do trabalho no debate. Em Alma Ata (1978), afirmou-se a promoção e proteção da saúde como fundamento do contínuo desenvolvimento econômico-social, qualidade de vida e para a paz. Nos documentos originais, o conceito de cuidados primários em saúde estava ligado ao sentido mais ampliado da atenção primária, “mais combativa à determinação social” (MENDES *et al.*, 2018: 227)⁸¹.

⁸¹ Cunhou-se “cuidados primários de saúde” como um conceito-chave que permitiria que todos os povos atingissem um melhor nível de saúde, operacionalizando-se por métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance da comunidade. O conceito foi inscrito na

Em adição aos cuidados primários em saúde, uma primeira reelaboração do conceito de promoção da saúde foi adaptada, não mais na perspectiva marxista voltada à intervenção nas condições de vida e trabalho, mas pela compreensão de manutenção de salubridade dos corpos, sob influência da medicina social francesa, o que se adequou ao capitalismo global, lançando mão da ênfase nos “determinantes”, de modo isolado, descontextualizado do modo de produção capitalista e sugerindo que “visões parcelares e fragmentadas de suas formas de financiamento e rateio fizessem mais sentido na operação de suas ações” (MENDES *et al.*, 2018: 227).

Da mesma forma, a perspectiva da Prevenção de Doenças foi incorporada à construção do conceito de cuidados primários, especialmente nos sistemas de saúde latino-americanos, afastando do saber epidemiológico disponível as condições econômico-sociais, e optou-se pela abordagem funcionalista da prevenção, orientada pela proteção específica a determinadas doenças, com ênfase no conceito de exposição/risco ou redução do dano em nível subclínico. Mendes *et al.* (2018: 228) destacam que essa maneira de conceber a prevenção pode ser considerada a essência das políticas focalizadas em doenças específicas, favorecendo um modelo de financiamento por adesão a programas⁸².

Já nos anos 1980, houve um maior esvaziamento do conteúdo político radical e questionador da atenção primária sobre o modo de produção capitalista. Emergem perspectivas que admitem a existência de desigualdades sociais “justas”, ao relacionar as iniquidades com a morbimortalidade, dificultando a clareza da ideia de equidade; escamoteia-se a ‘necessidade em saúde’ como critério de rateio dos recursos financeiros; e diminui-se o contexto social de “determinação” aos “determinantes”, reduzindo o social a uma variável explicativa, de modo que o rateio de recursos possa ser operacionalizado isoladamente por um “determinante” (MENDES *et al.*, 2018: 228).

A interpretação dos “Determinantes Sociais da Saúde” ganhou campo no pensamento sanitário, com amplo apoio dos órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (MENDES *et al.*, 2018: 229). A atenção primária à saúde passa a ser valorizada nas propostas das agências internacionais e nos processos de reformas dos sistemas de saúde nas décadas de 1980 e 1990, no entanto, abordada de variados modos, transitando entre concepções

declaração de Alma Ata e passou a orientar a reorganização dos sistemas e serviços de saúde, com um nível de atenção representativo do primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde (MENDES *et al.*, 2018).

⁸² Mendes *et al.*, (2018) recordam o contexto latino americano de resistência a essas interpretações, através da produção de Garcia, Laurell, Breilh, e especialmente, no Brasil, Arouca e Donnangelo, reforçando a interpretação marxista da sociabilidade capitalista na expressão de doenças.

mais abrangentes e estruturantes e concepções mais restritivas e seletivas, sob a tensão de interesses conflitantes (CASTRO e MACHADO, 2010: 702)⁸³.

Identifica-se no modelo de financiamento da atenção básica no Brasil uma abordagem amplamente baseada em incentivos financeiros federais para a indução de programas. Além da lógica de incentivos, chama a atenção que as emendas parlamentares, em seu padrão bastante instável, representam, para alguns estados, mais da metade dos valores destinados aos principais incentivos de atenção básica ou do valor correspondente ao PAB fixo, constatando a sua relevância como instrumento de financiamento da saúde e o volume relativamente baixo dos investimentos federais totais em saúde, frente ao peso das emendas nessa área (BAPTISTA, 2012: 2269). A constatação reforça a identificação da persistência de fragilidades em relação ao planejamento federal, no qual predominam estratégias de curto prazo em detrimento de uma perspectiva abrangente e integrada de médio e longo prazos (CASTRO e MACHADO, 2010: 702).

Mendes *et al.* (2018: 226) vão além nesta avaliação, indicando que a concepção restrita da Atenção Básica vem ao encontro do processo de aprofundamento da privatização da saúde no país e impedindo a consolidação desse nível de atenção como um “potente ordenador do sistema de saúde”. Ao avaliarem as políticas nacionais de Atenção Básica, os autores demonstram como o processo de desconstrução do conceito foi sendo enfatizado ao longo do tempo, em sua interação com os esquemas de financiamento.

Na definição de Atenção Básica de 2006, o MS ressaltava esse nível frente aos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. No entanto, Mendes *et al.* (2018) alertam que:

Mesmo sob a insígnia da complexidade tecnológica necessária para condução de vínculo, longitudinalidade e responsabilização, a noção da AB como um serviço de baixa complexidade ainda traz como herança semântica a ideia referente à expressão ‘complexo’ que se dá para definir os níveis de atenção que possuem maior complexidade de custo (MENDES *et al.*, 2018: 230).

Por sua vez, a PNAB de 2011 recorta as ações da Atenção Básica por linhas de cuidado e a coloca como coordenadora do cuidado em rede, destituindo-se, desta vez, a ideia de sistema de saúde integrado por níveis de atenção e ocultando o debate acerca do financiamento necessário para que a rede se estabelecesse materialmente. Enfatiza-se a fragmentação ainda

⁸³ Ressalta-se que o processo de desconstrução do conceito de ‘atenção primária’ não é recente. No Brasil, esse conceito esteve em disputa mesmo sob governos progressistas (MENDES *et al.*, 2018).

maior da perspectiva holística que se desejava para saúde, o reforço de determinadas redes em detrimento de outras trajetórias de cuidado e que não enfrentava-se o desafio concreto da regulação assistencial do sistema e a informatização dos complexos reguladores (MENDES *et al.*, 2018: 230).

Desde 2015, os problemas de financiamento do SUS vêm se agravando, em razão de alterações no contexto econômico e político do país e com a aprovação da EC 95/2016 (MASSUDA, 2020: 1182). Ademais, percebe-se, desde 2017, uma intensificação da onda de contrarreformas nas políticas de saúde voltadas a mudar o modelo assistencial, desidratar princípios do SUS e minar os processos de planejamento, financiamento e provisão de ações e serviços. A atenção básica tem sido atingida por atos oficiais em sinergia e complementaridade, que modificaram o modelo e a alocação de recursos, voltando-se a retirar recursos do nível de atenção e alterar a natureza multiprofissional das equipes de Saúde da Família, com prejuízo aos princípios fundamentais dessa estratégia, especificamente sua integralidade e o enfoque na família e na comunidade (MASSUDA, 2020: 1185; SETA *et al.*, 2021). Destaca-se ainda, na esteira desse processo, a criação de um novo mercado de atendimento ambulatorial de baixo custo realizado por planos e clínicas privadas populares, decorrente do problema de qualidade no atendimento público e do acesso limitado à saúde privada tradicional⁸⁴ (MASSUDA, 2018).

Nesse contexto, a PNAB de 2017 se destaca por acentuar o processo de desconstrução do conceito de atenção primária. Nela, para além do discurso, o enxugamento da atenção básica ocorre em sua concepção e financiamento, compatibilizando o discurso à prática, verificando-se riscos potenciais relacionados à relativização da cobertura, segmentação do cuidado, retorno à atenção básica tradicional e a fusão das atribuições dos agentes, verificando-se um processo de aprofundamento da privatização da saúde, conduzindo a atenção básica a um caráter residual e assistencialista (MENDES *et al.*, 2018: 236)⁸⁵.

Mendes *et al.* (2018: 239) chamam atenção para o conceito de ‘mínimo’ associado à AB em todos seus sentidos e defendem ser necessário o resgatar a reflexão crítica radical do conceito de atenção básica, buscando-se o sentido original, que remete aos cuidados primários em saúde e ao enfrentamento à determinação social da saúde, sem os quais é difícil conduzir

⁸⁴ Foram definidas novas regulamentações para seguros privados, de modo a reduzir a demanda por serviços públicos e introduzir planos de saúde de baixo custo com benefícios restritos (MASSUDA *et al.*, 2018: 7)

⁸⁵ Com as recentes medidas de flexibilização dos modelos de equipes financiadas, a ESF passou a concorrer por recursos com o modelo tradicional, o que pode resultar em consequências indesejadas para a efetividade da atenção primária no país (VIEIRA, 2020: 9).

uma discussão mais aprofundada sobre as bases de seu financiamento no sistema de saúde, o qual deve ser compatível à sua expressão conceitual ampliada.

Uma mudança mais radical é instituída em 2019 com o programa Previner Brasil, ao extinguir o PAB fixo e adotar como critérios orientadores do financiamento: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (MASSUDA, 2020: 1184; MOROSINI *et al.*, 2020)⁸⁶. Morosini, Fonseca e Baptista (2020: 10) chamam atenção para a ênfase na pessoa cadastrada ou assistida, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada, e no agravamento da ruptura com o princípio da universalidade, ao admitir que parte da população não será atendida na atenção básica. Essa perspectiva evoca a ideia de cobertura universal, com uma APS focalizada, direcionando os escassos recursos para os segmentos mais pobres da população.

A extinção do PAB fixo, única transferência intergovernamental em saúde com base populacional, implicaria, para alguns estudos, o fim do financiamento universal da atenção básica, pois ainda que estivesse defasado, sua manutenção representava alguma garantia de continuidade de recursos (MOROSINI *et al.*, 2020: 9).

Seta *et al.* (2021: 3784) condensam as críticas ao novo modelo:

Autores do campo do movimento sanitário apontam outras críticas: risco de “desfinanciamento”; impertinência em considerar o cadastro como via única de inserção ao SUS, desconsiderando seu caráter universal; provável direcionamento da prestação em APS para o setor privado através da conjugação entre cesta de serviços e lista de pacientes cadastrados; ausência de participação social e representação do CNS; prejuízo ao planejamento e segurança de financiamento pelo fim do PAB fixo.

Outro ponto que merece atenção é a ponderação no processo de capitação, com alusão à vulnerabilidade socioeconômica, à composição etária das pessoas cadastradas e à classificação geográfica dos municípios⁸⁷. Morosini, Fonseca e Baptista (2020) apontam para a impossibilidade de apreender as relações entre a classificação de vulnerabilidade e a compreensão dos fenômenos no campo da saúde, desconsiderando o processo social e político

⁸⁶ A capitação ponderada é calculada considerando-se: a população cadastrada na equipe de saúde da família ou equipe de atenção primária; a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada; e a classificação geográfica definida pelo IBGE. Conjuga, então, dois elementos: a ênfase na pessoa cadastrada e o balanceamento pelas condições de vulnerabilidade (MOROSINI *et al.*, 2020: 9-10).

⁸⁷ O IBGE alerta que há limites em sua classificação, por tratar-se de uma “primeira aproximação” que não abrange as várias dimensões de território e deve ser apropriada em outros níveis de análise (MOROSINI *et al.*, 2020: 9-10).

de produção das vulnerabilidades e tendendo a desmobilizar ações do campo da saúde que transcendam a prática biomédica.

Massuda (2020: 1185) salienta não ser novidade a utilização de capitação e avaliação de desempenho para remuneração de serviços nos sistemas públicos e destaca a ampla reforma no NHS da Inglaterra. Ainda que o modelo inglês tenha sido citado como referência para a nova política no SUS, há uma diferença fundamental que deve desvirtuar eventuais aspectos positivos dos instrumentos e amplificar os possíveis efeitos colaterais: a descentralização do SUS. Assim, a capitação e a avaliação de desempenho não são utilizados para remunerar os serviços, mas são tomados como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais para subsidiar o pagamento dos serviços de APS pelos municípios. Com o critério da capitação, em substituição ao financiamento per capita, é criado um condicionante até então não existente para o repasse de recursos, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde: o financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios⁸⁸.

Sérios problemas podem estar associados à nova política: dificuldade na efetividade do cadastro, que deve variar substancialmente em função de peculiaridades locais; a possibilidade de municípios priorizarem a expansão de pacientes registrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços; e o estabelecimento de barreiras para o cadastro de grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que necessitem de tratamentos mais onerosos. Dessa forma, possíveis restrições de acesso, redução de escopo e qualidade de serviços no nível da APS tendem a desviar pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para as unidades de urgência (MASSUDA, 2020: 1185)⁸⁹.

Além disso, evidências sugerem que a avaliação de desempenho pode promover apenas melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde. Como efeitos colaterais do instrumento pode ocorrer a redução da atenção para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação e a

⁸⁸ Massuda (2020: 1185) salienta que o Ministério da Saúde indicou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca registrar outros 50 milhões. Logo, a meta claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.

⁸⁹ O princípio da integralidade também é prejudicado mediante a eliminação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), suprimindo um diferencial positivo do SUS, cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para a resolutividade na APS (MASSUDA, 2020: 1185; MOROSINI *et al.*, 2020: 11).

alteração do escopo de trabalho das equipes de APS, em detrimento dos problemas de saúde apresentados pela comunidade (MASSUDA, 2020: 1185).

Morosini *et al.* (2020) identificam o Previner Brasil dentro de um conjunto de medidas que aprofunda o sentido das mudanças estabelecidas pela PNAB 2017, abrangendo também a ADAPS (Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde), a CaSAPS (Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde) e outros elementos normativos complementares publicados pelo Ministério da Saúde que, combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde, integrando um novo processo de acumulação, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro, ocorrida em 2015. Para os autores, a articulação entre seus conteúdos e a velocidade na oficialização desses documentos denotam a clareza de interesses da nova política para a atenção básica:

Reconhecida como nicho de expansão do capital, a atenção básica precisa ser convertida em espaço que proporciona oportunidades diversificadas de mercantilização, o que requer a conjugação de manobras de expropriação do público e apropriação pelo privado. Esse processo aproxima-se do que Harvey descreveu como acumulação via espoliação, no qual o Estado atua impondo medidas tais como alteração ou criação de marcos regulatórios, fazendo regredir ao domínio privado e às relações de mercado direitos conquistados pela classe trabalhadora (MOROSINI *et al.*, 2020:3).

A CaSAPS estabelece a relação de serviços a serem ofertados pela atenção básica, sendo fundamental para a precificação, condição para a contratação de serviços do setor privado. Morosini, Fonseca e Baptista (2020: 12) avaliam que o conteúdo da Carteira converge para uma ideia de segmentação do cuidado e estabelecimento de mínimos, típicos da APS seletiva, dessa forma reduzindo e adaptando a atenção para a gestão privada.

A ADAPS, como alternativa à gestão pública, escancara as intenções de privatização da atenção básica ao permitir relevante transferência de responsabilidades gestoras do Ministério da Saúde e convertê-la em espaço para a atuação direta das empresas privadas na assistência, acessando fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento. Alerta-se para a perspectiva privatista e o risco de dupla terceirização, com transferência de competências de gestão para a ADAPS e possibilidade de contratar serviços de empresa pública ou privada, algo festejado pelo setor de saúde suplementar. (GIOVANELLA *et al.*, 2019 apud MOROSINI *et al.*, 2020: 11).

Morosini, Fonseca e Baptista (2020) alertam que:

O SUS conformava um espaço importante, porém ainda restrito, de atuação do setor privado, ordenado pelas regras da administração pública. Colocando-se no lugar de mero contratante, o poder público abdica do papel de gestor do sistema. Ficam expostos aos interesses de mercado uma série de obrigações, como a responsabilidade sanitária, o compromisso com o direito e o cuidado em saúde, os resultados promovidos pelo sistema de serviço e o zelo com as informações dos usuários. (...) O setor privado contará com o controle de todos os recursos que compõem a gestão – econômico, técnico, informacional, trabalhista (para contratar e dispor dos servidores públicos), educacional e científico –, podendo definir as regras do jogo (MOROSINI *et al.*, 2020: 12).

2.5.3 Relação Público-Privado

2.5.3.1 Gasto Direto em Saúde

O custo de diagnósticos, tratamentos e hospitalização não é de modo algum financiável com recursos próprios pela maioria dos indivíduos, tampouco passível de planejamento individual, de modo que a decisão do endividamento para tratamento da saúde produz o gasto familiar catastrófico (COSTA, 2017). Nesse sentido, Atun *et al.* (2015: 1241) destacam os benefícios da cobertura em saúde na proteção contra riscos financeiros durante a doença⁹⁰. Costa (2017) considera que a magnitude das despesas governamentais é um indicativo adequado da condição de desmercantilização dos sistemas de saúde.

No Brasil, a institucionalização da reforma sanitária não foi suficiente para garantir a coordenação governamental da totalidade das despesas com assistência à saúde (COSTA, 2017). O país tem uma das menores proporções de gastos públicos em saúde (46,0%) em relação à América Latina e Caribe (média de 51,28%), aos países de renda média alta (55,2%) e aos países da OCDE (62,2%) (MASSUDA *et al.*, 2018: 4). O grande peso relativo do setor privado no gasto em saúde é pouco condizente com o modelo público e universal proposto pelo SUS e reflete problemas estruturais nas relações público-privadas e no uso desigual dos serviços de saúde com base em perfis de renda (MACHADO *et al.* 2014: 188). O desembolso direto representa um encargo financeiro considerável para as famílias⁹¹ (MASSUDA *et al.*, 2018: 4),

⁹⁰ Costa (2017) enfatiza que estudos de meados da década de 1990 demonstraram que nos países de renda média, como o Brasil, de 20 a 30% das famílias tinham que tomar empréstimo ou vender patrimônio para pagar as despesas com saúde. Dados mostram que em países como Brasil e Costa Rica, a expansão da cobertura financeira universal e dos serviços de saúde levou à redução dos gastos catastróficos em saúde entre os pobres, em comparação a países latino-americanos sem sistema universal de saúde (ATUN *et al.*, 2015).

⁹¹ O componente privado do gasto é constituído por duas parcelas: planos privados de saúde e desembolso direto das famílias com o pagamento de serviços de saúde, medicamentos e outros insumos (BAHIA, 2005). Costa (2017) identificou, desde meados da década de 1990, uma estabilidade no nível das despesas governamentais e privadas, estas últimas permanecendo majoritárias no país, com dominância do desembolso direto, comprometendo a equidade.

a participação destas na despesa com bens e serviços de saúde, passou de 53,5%, em 2010, para 56,8% em 2017, parte expressiva ocorre por desembolso direto, especialmente para a compra de medicamentos, e o crescimento desse tipo de desembolso é um dos principais fatores de piora da equidade no financiamento dos sistemas (VIEIRA, 2020: 8).

Massuda (2018) ressalta a importância da melhoria no acesso aos medicamentos no SUS, destacando o programa Farmácia Popular, iniciado em 2004, ao adotar preços subsidiados e baixo nível de copagamento. Embora tenha sido observada a redução de gastos catastróficos com saúde, os medicamentos continuam sendo um componente importante do orçamento familiar para as famílias de menor renda. Por sua vez, a abordagem do Banco Mundial defende a limitação ou priorização da cobertura de certos procedimentos caros, a exemplo do Reino Unido e do Canadá, enfatizando o princípio de custo-efetividade ao julgar que “é improvável que um pacote de benefícios ilimitados possa ser aplicado de forma sustentada” (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

No Canadá⁹², os serviços considerados necessários são cobertos com fundos públicos, porém, o *Canada Health Act (CHA)* não define formalmente o que seria necessidade. Os medicamentos de prescrição ambulatorial não são cobertos pelos planos públicos e a cobertura para diagnósticos e medicamentos para doenças raras também é limitada⁹³. Como resultado, a cobertura difere em cada província, criando muitas desigualdades, sobretudo para aquisição de serviços médicos para doenças raras e medicamentos de prescrição ambulatorial (CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018). Dentre outras medidas, Chowdhury e Chowdhury (2018) defendem o aumento do gasto público com saúde para o financiamento de todos os tratamentos e medicamentos eficazes, destacando a necessidade de novas fontes de financiamento para efetivar o compromisso canadense com o princípio do seguro de saúde universal, chamando-se a atenção para a possibilidade de se economizar com internações recorrentes ou prolongadas associadas ao histórico de doenças não tratadas, tratamentos paliativos, condições crônicas e perda de produtividade da força de trabalho devido a incapacidade ou morte⁹⁴.

⁹² O sistema de saúde do Canadá é descentralizado para as províncias e territórios, com regulação dos serviços de saúde pelo *CHA*, de 1984.

⁹³ O sistema canadense é o único sistema universal de saúde do mundo que oferece cobertura abrangente para serviços hospitalares, mas não oferece cobertura universal para medicamentos prescritos fora do ambiente hospitalar

⁹⁴ Outras medidas defendidas são defendidas no estudo: um plano nacional para cobertura dos custos de medicamentos essenciais, a negociação com a indústria farmacêutica, considerando os elevados lucros do setor, a

Na Espanha, Costa-Font e Gil (2009: 455) discutem a possibilidade de desigualdades no acesso aos medicamentos, devido a repartição de custos. Já no contexto da introdução de novos mecanismos de copagamento pelo Real Decreto-Lei 16/2012, ao destrinchar o termo “sustentabilidade”, Cantero Martínez (2016: 271) argumenta que, com base na economia observada, seria possível observar um modelo de saúde um pouco mais sustentável do ponto de vista econômico e financeiro, mas critica a notável redução dos padrões de proteção e sustentabilidade social, ao passo que Segura Benedicto (2014: 10) enfatiza a necessidade de considerar os grupos mais atingidos pela medida.

2.5.3.2 *Mix* Público-Privado no Brasil

O SUS herdou uma estrutura de sistema de saúde no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado. Dessa forma, a estrutura do gasto em saúde também está fortemente marcada por essa herança. Constatou-se que a estrutura dos gastos com saúde no país é bastante diferente em relação aos sistemas de saúde de cunho welfariano dos países mais ricos, pois reflete o baixo nível de financiamento público para a saúde e a importância do setor privado para todo o sistema (UGÁ e SANTOS, 2006).

Ainda que o marco constitucional tenha estabelecido o direito à saúde no Brasil, a Constituição de 1988 não vetou a atuação do segmento privado, de modo que os interesses com maior capacidade de vocalização foram bem sucedidos ao impor suas preferências, consolidando-se um arranjo institucional privatista no qual o setor privado assumiu configuração mais abrangente do que a de simples prestador (COSTA, 2017), de modo que:

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Configura-se uma situação contraditória, de coexistência de um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade, com mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiteram a estratificação e as desigualdades sociais (MACHADO *et al.*, 2017).

A universalização, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela preservação e reorganização da segmentação do sistema de saúde, verificando-se um foco permanente de tensões decorrentes das formas híbridas de prestação e organização de redes de

alteração da legislação relacionada a patentes e o estabelecimento de um plano nacional de gastos catastróficos com medicamentos. Na busca por possíveis novas fontes de financiamento é destacada a eliminação ou redução do subsídio de seguro de saúde privado (CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018).

serviços (BAHIA, 2005: 11). Com o SUS, o processo de acumulação privada na assistência à saúde, já bem estabelecido, se expandiu e assumiu novas formas de convivência baseadas na segmentação sócio-ocupacional da demanda e na organização da oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário (SESTELO, 2018: 2031). A consolidação foi favorecida por incentivos governamentais (MENDES e CARNUT, 2018; OCKÉ-REIS, 2018), pela baixa regulação, ausência de barreiras de entrada e saída de empresas e ampla liberdade para a diferenciação de contratos e para a provisão de serviços (COSTA, 2017: 1068).

Bahia (2008: 1388) destaca a desconstrução do sentido de direito à saúde no Brasil em três etapas: a generalização da existência do consumidor individual livre, reduzindo-se o SUS a uma espécie de subcontrato para “não pagantes”; a padronização suficientemente conveniente para construir as interpretações sobre as origens e as justificativas para a segmentação do sistema; e a apropriação acrítica desses instrumentos por agentes de distintas instituições públicas ou privadas. A incorporação naturalizada das assimetrias no acesso à atenção pelas instituições públicas de saúde legitimam categorias como “SUS dependente”, ao assimilar como fato o que seria um mero artifício classificatório, e a equivalência dos planos privados ao SUS por meio da homogeneização de sentidos, valores e práticas que são completamente diferenciados, transfigura o SUS e subtrai seu projeto institucional para a efetivação do direito à saúde. Restando-lhe, então, desempenhar o papel de transferir recursos e pagar serviços de saúde⁹⁵.

Bahia (2008: 1390) chama atenção para o expressivo aporte de recursos públicos para os planos e seguros privados, estimando que aproximadamente 20% dos gastos com o financiamento desses provêm de fontes públicas⁹⁶. Verificou-se, ainda, a mobilização de novas linhas de subsídios públicos para expandir as demandas, em novos espaços de legitimação e apoio à manutenção da segmentação, dentre os quais a expansão do financiamento de planos de saúde para servidores públicos e a mobilização de empresas estatais e federações patronais na expansão desse mercado.

⁹⁵ Bahia (2008) aponta que a perspectiva do usuário “SUS dependente” no cálculo de necessidades de recursos e tendências baseadas em segmentos populacionais, entrelaçando instituições de ensino e pesquisa e órgãos executores, reitera a segmentação e a redefinição das responsabilidades universais do sistema. Da mesma forma, é criticado o jargão “tabela SUS”, ao remeter, muitas vezes, a uma espécie de convênio para uma demanda agregada.

⁹⁶ A estimativa do ano de 2005 considerou o financiamento de planos de saúde de servidores federais e de trabalhadores de empresas estatais, estimativa de gastos com internações identificadas de clientes de planos de saúde e gastos tributários de pessoas físicas e jurídicas (BAHIA, 2008: 1390).

Ocké-Reis (2018: 2036) identifica, no Brasil, o funcionamento de um sistema duplicado e paralelo, diverso do esquema Beveridgiano, e mais similar ao modelo privado estadunidense⁹⁷, com possibilidade de distorções de mercado, já que a sustentabilidade do financiamento estatal é corroída pelo aumento do gasto privado e do poder econômico, que conduz a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde pública. Ademais, a regulação desse sistema é muito mais complexa para o Estado, uma vez que o mercado também cobre os serviços ofertados.

Ocké-Reis (2018: 2036) identifica a possibilidade de distorções de mercado no sistema de saúde duplicado e paralelo, já que a sustentabilidade do financiamento estatal é corroída pelo aumento do gasto privado e do poder econômico, que conduz a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde pública. Ademais, a regulação desse sistema é muito mais complexa para o Estado, uma vez que o mercado também cobre os serviços ofertados. Nesse contexto, Bahia (2008) destaca que a defesa da universalidade do SUS não estaria apoiada somente numa visão nacional-desenvolvimentista ou numa utopia de sanitaristas, mas convergiria para evidências acerca da ineficiência de sistemas segmentados, fragmentados, configurados a partir de múltiplos pagadores e sua especial associação com custos crescentes.

2.5.3.3 Renúncia Fiscal

No âmbito da regressividade do sistema tributário brasileiro devem ser destacados os incentivos do governo federal para o setor privado através do aumento da renúncia da arrecadação fiscal. O total desses benefícios vem crescendo consideravelmente, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003, para R\$ 25,4 bilhões, em 2013⁹⁸ (MENDES e CARNUT, 2018: 1113). Ademais, com a EC 95 tem sido observado um crescimento significativo dos gastos tributários em saúde como forma de pressão do capital (MENDES e CARNUT, 2018; SANTOS e VIEIRA, 2018). À luz da equidade, essa questão deve ser alcançada ao se discutirem as fontes de financiamento e a alocação de recursos públicos na saúde no quadro agravado pela restrição fiscal, ao favorecer os grupos com maior capacidade de gasto e gerar maior necessidade de recursos públicos para a saúde (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007: 533).

⁹⁷ O sistema brasileiro possui uma participação do setor público no gasto nacional assemelhada ao modelo liberal do sistema dos EUA, de 44%. (UGÁ e SANTOS, 2006: 1598).

⁹⁸ Esses gastos tributários em saúde se referem ao Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF), Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), incentivos à indústria farmacêutica (medicamentos e produtos químicos) e às organizações sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos)

Andreazzi e Ocké-Reis (2007) e Ocké-Reis (2018) dedicam-se especificamente à questão da renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil⁹⁹. Os estudos investigam os incentivos governamentais que permitem o abatimento em imposto de renda de parte dos gastos de famílias e empresas com assistência à saúde¹⁰⁰. Ressalta-se a controversa alocação desses recursos sob a ótica da equidade, num quadro de custos crescentes, de um lado, e restrição fiscal de outro, inserida na conjuntura de tratamento ambíguo do Estado às políticas sociais na área da saúde, justapondo-se dois modelos distintos de políticas: um identificado com o perfil político-ideológico do aparato constitucional e o outro fortalecido pela adoção de ideias neoliberais na década de 1990.

Em detrimento do fortalecimento do SUS, a renúncia da arrecadação fiscal induz o crescimento do mercado de planos de saúde e gera situação de injustiça distributiva, favorecendo os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas (OCKÉ-REIS, 2018)¹⁰¹. A contradição central desse mecanismo ocorre ao:

(...) diminuir os gastos dos estratos superiores de renda, ao mesmo tempo em que patrocina atividade econômica altamente lucrativa, em detrimento de recursos financeiros que poderiam ser alocados para ampliar programas de caráter preventivo e melhorar a qualidade dos serviços especializados, fundamentais para a consolidação do SUS. (...) pode-se questionar, de um lado, se a renúncia subtrai recursos do SUS que poderiam incrementar sua qualidade; e, de outro, se ela restringe o acesso a esse sistema, à medida que sua aplicação piora a distribuição do gasto público per capita para certos grupos da população (OCKÉ-REIS, 2018: 2036-7).

Andreazzi e Ocké-Reis (2007: 538) ressaltam que, sob a ótica do orçamento público federal, a introdução de uma política com a finalidade de reduzir o caráter inequitativo da renúncia de arrecadação fiscal poderia ter efeito questionável sobre o financiamento da saúde, pois não há garantia da aplicação de tais recursos neste setor. E não deixam de reiterar que, a

⁹⁹ A renúncia vigora, sem qualquer limite, desde 1991, para a dedução da renda das famílias e das empresas. A exceção são os gastos privados com o consumo de medicamentos para as pessoas físicas (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007: 523-4). Os dois estudos não abordam subsídios destinados à oferta, tais como os da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos.

¹⁰⁰ O conceito de gasto tributário é caracterizado pela transferência implícita de recursos, um desembolso por parte do governo, pois “ao deixar de arrecadar parte do imposto a ele devido (como resultado de um benefício fiscal), o Estado age como se estivesse neste exato momento realizando um pagamento” (VILLELA, 1991: 2 apud ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007: 523).

¹⁰¹ Ao considerar as necessidades de financiamento do SUS, observou-se que o montante da renúncia não foi desprezível entre 2003 e 2015, de modo que o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões. Os subsídios voltados ao consumo no mercado de planos de saúde alcançaram R\$ 12,5 bilhões em 2015. Em 2003, eram de R\$ 6,1 bilhões, ou seja, os subsídios dobraram no período

despeito dessa arrecadação, grande parte do orçamento destinado ao pagamento da dívida pública já poderia ser remanejada para a saúde.

Na atual conjuntura histórica, para além da política de austeridade fiscal, esse conflito não parece encorajar a adoção de medidas no curto prazo ao serem considerados os planos teórico, político e institucional: a renúncia não é vista como essencial para a estrutura e a dinâmica do mercado de planos de saúde (plano teórico); contrariar determinados interesses enraizados na relação Estado-sociedade, pode gerar realinhamentos imprevisíveis no ciclo eleitoral (plano político); e o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro é coberto por planos privados de saúde e contam com benefícios da renúncia de arrecadação fiscal (plano institucional).

Como alternativas a esse cenário, Ocké-Reis (2018: 2037) considera o aumento de recursos financeiros para melhoria da qualidade do SUS e a ampliação da capacidade regulatória do Estado sobre o mercado de serviços de saúde como medidas que podem atrair segmentos da clientela privada, entretanto a extensão e profundidade dessa medida esbarram em fatores como o crescimento da economia, produtividade deste sistema e o caráter anticíclico da política fiscal. Ademais, são destacadas outras medidas como o estabelecimento de um teto para deduções, o planejamento da eliminação/redução do gasto tributário, e, ainda, a focalização em relação a fatores como faixa etária, nível de renda, itens de gastos e condições de saúde (OCKÉ-REIS, 2018: 2041).

Por sua vez, Puig-Junoy e Rovira (2004), ao discutirem a renúncia fiscal para planos de saúde na Espanha, pouco enfatizam a disputa por recursos para o financiamento do sistema público, voltando-se mais à discussão sobre a validade do argumento de redução no uso de serviços públicos de saúde, com conseqüente menor custo e maior eficiência, e sobre o quanto a medida é progressiva ou regressiva em relação à renda do trabalhador.

2.5.4 Descentralização e Alocação de Recursos

2.5.4.1 Modelo Federativo Brasileiro

A questão da coordenação federativa para o funcionamento do sistema público brasileiro é importante, tendo em vista que a Constituição de 1988 estabelece o princípio da descentralização, com provisão financeira conjunta e ações que exigem a cooperação dos níveis de governo federal, estaduais e municipais (MACHADO *et al.*, 2014: 188; DE PAIVA *et al.*, 2017:55). Foram introduzidas regras para induzir os municípios a assumirem e ampliarem a

oferta descentralizada dos serviços de saúde, acompanhando, assim, a pressão exercida pelos mesmos para a descentralização de recursos. Pelos instrumentos reguladores, o nível central definia as diretrizes e desenhos dos programas, norteando as ações das subunidades (CROZATTI *et al.*, 2020), e as transferências emergiram como ferramentas centrais na definição dos padrões das relações intergovernamentais, com tensões entre coordenação e autonomia nos processos de implementação da política de saúde (VAZQUEZ, 2011; DE PAIVA *et al.*, 2017).

Crozatti *et al.* (2020: 206) enfatizam a reforma tributária implícita na Constituição de 1988, que ampliou a participação tributária de estados e municípios e elevou o nível de transferências de tributos federais às demais esferas de governo. Uma vez que a União continuou a arrecadar o maior volume dos impostos, tinha “a prerrogativa e a capacidade financeira de induzir as políticas de saúde pelo repasse de recursos para o financiamento dos programas prioritários em nível nacional”. No financiamento da saúde, foram fixadas diretrizes que mantiveram certa centralização dos recursos na esfera federal e definidos mecanismos de repasse de recursos para prestadores de serviços que reforçaram uma lógica de convênios em relação aos municípios, fragilizando a organização de um sistema integrado e articulado entre os níveis (MACHADO *et al.*, 2017: S149).

A Lei nº 8.080/1990 definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos subnacionais, objetivando a cooperação financeira na cobertura de ações e serviços públicos de saúde. E ainda que a Lei nº 8142/1990 tenha determinado que essas transferências deveriam ser regulares e automáticas, os dispositivos provenientes da lei não vingaram, principalmente por não terem explicitado os montantes a serem transferidos nem a composição dos critérios para as transferências federais (DE PAIVA *et al.*, 2017: 56).

Nesse sentido, a implantação do SUS através da descentralização foi gradativamente efetivada através das Normas Operacionais Básicas (NOB). A NOB 93 voltou-se às transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, uma importante inflexão na lógica do financiamento. Por sua vez, a NOB 96 reduziu as formas de gestão da política a duas modalidades: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, o que fez crescer exponencialmente o número de municípios habilitados, representando 99% do total de municípios em 2000. Esse instrumento foi importante para fortalecer o mecanismo de repasse fundo a fundo e, de forma mais ampla, para viabilizar a descentralização, que se deu sobretudo, naquele momento, por meio da municipalização (DE

PAIVA *et al.*, 2017: 56-7). A migração, em grande parte, para uma perspectiva de transferências obrigatórias (fundo a fundo), rompeu com a lógica de convenial (MACHADO *et al.*, 2017: S150).

De Paiva, Gonzales e Leandro (2017: 58) destacam, no âmbito dos sistemas federados, a problemática do alinhamento entre o nível de governo apropriado para a atribuição de certas responsabilidades e competências, além dos mecanismos fiscais adequados à viabilização dos recursos necessários, destacando a necessidade de uma compreensão acerca de competências e instrumentos fiscais que funcionarão melhor centralizados ou descentralizados, a depender do contexto. Vazquez (2011: 1202) sintetiza a regulação federal em duas frentes. A primeira diz respeito à lógica dos repasses do SUS, definidas pelas Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96), a fim de disponibilizar recursos em proporção à oferta descentralizada das ações de atenção básica à saúde. A segunda é a vinculação de receitas, estabelecida pela EC 29/2000, visando ampliar a participação dos governos estaduais e municipais no gasto total em saúde.

De Souza (2017: 494) destaca que, ainda que velhos problemas tenham persistido ou até se agravaram, a expansão da cobertura e melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, expressas em resultados positivos para a saúde da população, decorreram principalmente de duas inovações no sistema: a descentralização e a participação social. A descentralização, ao responsabilizar legalmente os municípios pela execução das atividades de saúde, estimulou a introdução de recursos dos tesouros locais no sistema de saúde. A participação social tem sido fundamental para orientar o uso dos recursos de acordo com os planos aprovados pelos Conselhos de Saúde de cada município.

2.5.4.2 Indução de Políticas e Potencialidades de Redistribuição

Independentemente da localização geográfica, o princípio constitucional da igualdade no acesso aos serviços de saúde impôs um esforço de superação de desigualdades regionais e locais. Nesse sentido, o nível federal é o ator preponderante para a diminuição da desigualdade, já que possui maior poder de arrecadação no atual modelo tributário (CROZATTI *et al.*, 2020), e a possibilidade de redistribuir recursos financeiros de modo a corrigir desequilíbrios verticais e horizontais (LIMA, 2007: 519).

Na prática, a publicação de centenas de portarias federais acabaram alterando o padrão de transferência federal originalmente proposto ao privilegiar mecanismos e critérios distintos de transferências ao invés de repasses globais não fragmentados (LIMA, 2007). Apesar da

descentralização político-administrativa, o Ministério da Saúde ainda mantém importante papel indutor e regulador da política de saúde (MACHADO *et al.*, 2014: 197), de forma que uma questão importante a ser aprofundada diz respeito às condicionalidades estabelecidas para a aplicação de recursos transferidos, observando-se uma tendência crescente na sua vinculação a determinadas políticas e programas definidos no âmbito federal.

A prática de vinculação de recursos federais suscita polêmica no que diz respeito à delimitação do poder da União *versus* o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local e compromete a gestão orçamentária destas esferas sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto (LIMA, 2007: 519). Ao mesmo tempo em que se busca uma formatação minimamente padronizada para enfrentar os problemas relacionados às desigualdades de acesso e de provisão dos serviços, as transferências condicionadas são transformadas em forma de operar essa política, orientando inclusive a aplicação de recursos suplementares por parte de estados e municípios nos mesmos programas (DE PAIVA *et al.*, 2017: 58).

Bahia (2005: 19) ressalta a tensão entre o caráter descentralizado do sistema de saúde e a hegemonia fiscal da União, considerando os resultados das políticas de alocação de recursos federais. Machado *et al.* (2017: S156) destacam a autonomia restrita no gasto em saúde pelo excesso de condicionalidades para aplicação de recursos transferidos. Lima (2007: 518) salienta o “caráter voluntário, dependente e ‘tutelado’ à esfera federal” e a abordagem das transferências no âmbito do SUS como “transferências negociadas”, em razão da especificidade do processo decisório e da regulamentação que informa o repasse dos recursos¹⁰², alertando, ainda, para a possibilidade de interrupção e alteração substancial dos montantes, decorrentes de variáveis como revisões periódicas dos tetos financeiros e alterações em portarias ministeriais. Por sua vez, Crozatti *et al.* (2020:203) enfatizam que ao mesmo tempo em que programas e estratégias federais são ações para reduzir a discricionariedade nos gastos com as políticas de saúde, gestores e instâncias de controle social veem-se privados de questionar os parâmetros que reproduzem a insuficiência de recursos e de demandar, politicamente, a elevação desses de acordo com necessidades.

¹⁰² Crozatti *et al.*, (2020:203) destacam o SUS como caso emblemático de uma nova configuração dos “arranjos institucionais complexos” pós-1988, nos quais o governo federal se fortalece como coordenador de políticas e diretrizes que têm estados e municípios como implementadores, com o estabelecimento da lógica de padrões mínimos de atuação vinculados a repasse de recursos com incentivos e induções.

A diversidade de critérios utilizados na redistribuição de recursos não implica maior igualdade na capacidade final de gasto público em saúde das esferas subnacionais de governo. Enquanto alguns estudos levantados por Lima (2007) destacam a importância de mecanismos de transferências específicos para a redução das desigualdades na alocação per capita de recursos federais entre regiões, estados e municípios, sobretudo o PAB Fixo, outros estudos têm maior cautela ao exaltar os resultados alcançados. Porto (2002 apud LIMA, 2007) e Ugá *et al.* (2003 apud LIMA, 2007) demonstram como o peso da oferta e da produção de serviços de saúde restringe o processo de alocação equitativa para o custeio, destacando a necessidade de outras medidas para equilibrar a oferta de serviços existentes para alcançar mudanças mais consistentes e orientando-se pelas necessidades em saúde¹⁰³.

Em estudo posterior, Mendes *et al.* (2018) salientam que, a despeito da Lei Complementar 142/2012 e da introdução da Portaria do MS nº 3.992/2017, que substituiu os seis blocos de financiamento por apenas dois (custeio e investimento), os critérios de rateio e a lógica dos critérios de transferência dos recursos federais não foram modificadas de forma a serem orientadas por necessidades em saúde.

Nesse contexto, Machado *et al.* (2017: 5156) salientam o comprometimento de maiores impactos redistributivos das transferências setoriais diante da “permanência de problemas do sistema de partilha fiscal, associados ao caráter cíclico, com baixa prioridade econômica e fiscal do gasto federal”.

2.5.4.3 Desafios da Desarticulação entre Esferas de Governo

Dado o relevante peso dos recursos federais e a influência da esfera federal na sua utilização, e diante da permanência dos problemas relativos à desarticulação entre esferas de governo e setores da política social, com os esforços de integração permanecendo restritos a determinadas estratégias, faz-se importante analisar a distribuição desses recursos, considerando os grupos de despesas, programas e distribuição territorial (MACHADO *et al.*, 2017: S156).

Verificou-se, entre 2002 e 2011, um aumento mais expressivo do desembolso orçamentário federal nos estados do Norte e Nordeste, sugerindo um esforço para destinar

¹⁰³ Dentre as medidas descritas: “recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes; a alocação de recursos adicionais de custeio que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio sanitárias e estejam orientadas para as maiores ‘necessidades de saúde’ e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios nos tetos vigentes” (LIMA, 2007: 520).

recursos para regiões historicamente desprivilegiadas, e parcialmente relacionado ao aumento da oferta de ações e serviços de saúde e maior adesão aos programas federais por alguns estados dessas regiões. No entanto, a análise em termos de recursos federais per capita mostrou persistentes desigualdades na alocação dos gastos federais em saúde aos estados (MACHADO, 2014: 192). Ugá *et al.* (2003 apud BAHIA, 2005) alertam que a medição dos diferenciais dos per capita estaduais em relação à média nacional não eliminam as iniquidades na alocação de recursos.

Por outro lado, notam-se persistentes desequilíbrios na alocação de recursos para as assistências hospitalar e ambulatorial, concentrados nos estados das regiões Sul e Sudeste e no Distrito Federal, enfatizando a necessidade de critérios para alocação dos recursos de custeio e programas de investimento voltados a reduzir as diferenças inter-regionais e intrarregionais (BAHIA, 2005).

Do ponto de vista dos municípios, há, ainda, significativa discrepância nos montantes totais, per capita e proporcionais dos gastos e dos recursos recebidos da União, segundo sua localização geográfica e tamanho da população, ressaltando-se que as características das receitas vinculadas à saúde diferenciam os mesmos segundo grau de capacidade e dependência fiscal e setorial em relação à União e aos estados. Os maiores valores per capita são dos municípios do Sudeste e do Sul; os menores do Nordeste e do Norte. As transferências da União exclusivas para as políticas de saúde são a segunda maior fonte destes recursos, verificando-se que os municípios do Nordeste e do Norte possuem maior dependência dos recursos federais. Evidencia-se então que mecanismos de repasses implementados até então, não harmonizaram a distribuição de recursos, apesar de este ser um dos objetivos constitucionais¹⁰⁴ (CROZATTI *et al.*, 2020).

Ao definir os montantes mínimos exigidos de aplicação pela União, estados e municípios nas ações de serviços públicos de saúde, a EC 29 promoveu a maior participação dos municípios, do Distrito Federal e dos estados no financiamento do SUS, observando-se uma progressiva descentralização do financiamento (UGÁ e SANTOS, 2006), introdução de novos recursos no sistema de saúde (DE SOUZA, 2017: 494) e a redução das desigualdades horizontais quanto aos recursos aplicados em saúde (VAZQUEZ, 2011: 1210). No entanto, o

¹⁰⁴ No contexto de aumento dos gastos com saúde nos municípios brasileiros, com recursos próprios e recursos federais, é ressaltada a relevância das políticas incentivadas pelo Ministério da Saúde como a Estratégia Saúde da Família e a regionalização dos atendimentos especializados na atenção hospitalar (CROZATTI *et al.*, 2020).

maior aporte de recursos estaduais e municipais foram contrabalançados pela diminuição proporcional de recursos federais (CAMPELLI e CALVO, 2007; MACHADO *et al.*, 2017).

Vazquez (2011) resume esse movimento:

Notou-se uma complementaridade entre os dois mecanismos de financiamentos estudados: os incentivos financeiros estimulam a descentralização dos serviços, mas não cobrem integralmente os custos de oferta dos programas, exigindo contrapartidas municipais de recursos próprios, as quais são viabilizadas pela vinculação de receitas. Após a adesão dos municípios, verificou-se que os valores que norteiam as transferências da União não foram corrigidos adequadamente, o que exigiu maior aporte de recursos próprios municipais (VAZQUEZ, 2011: 1202).

Como discutido, o papel da esfera federal no financiamento da saúde tem sido pressionado por vários fatores que limitam a sua capacidade redistributiva, dentre os quais a instabilidade nas fontes de financiamento, as flutuações nos gastos com saúde como proporção do PIB, a persistência de elevados gastos privados e o aumento progressivo das transferências federais diretas para outros níveis de governo (MACHADO, 2014: 197)¹⁰⁵. Enquanto os estados têm aplicado percentuais próximos ao piso de 12% da receita estadual base de cálculo, os municípios têm aplicado de forma crescente muito acima do mínimo de 15% da receita municipal base de cálculo (SETA *et al.*, 2021: 3783). Diante desse cenário, Funcia (2019) ressalta a restrição na capacidade de ampliação dos percentuais de aplicação a saúde pública com recursos próprios pelas três esferas de governo, especialmente a municipal, sobretudo ao analisar em conjunto as competências constitucionais de tributação e a receita disponível de cada ente da Federação, respectivamente, União (69% e 57%); estados (25% e 25%); e municípios (6% e 18%) (FUNCIA, 2019: 4407-8).

Deve ser ressaltado que a descentralização dos recursos federais ocorreu em tempos turbulentos, marcados por diretrizes de liberalização e abertura do mercado e com a adoção de um pacote econômico austero (MACHADO *et al.*, 2017). No âmbito do debate da derivação, Jessop (2016 apud MENDES e CARNUT, 2018: 1111) pesquisou as tendências das respostas estatais contemporâneas, em especial dos Estados capitalistas dependentes, apontando para a limitação e a fragilidade do Estado para formular políticas públicas no modo de produção capitalista contemporâneo. Uma das tendências diz respeito à desnacionalização do Estado, enfraquecendo o seu poder de coordenação central. Isso ocorre através de uma dispersão

¹⁰⁵ No período de 1991 a 2017, a participação federal foi reduzida de 73% para 43%, compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (de 12% para 31%) (FUNCIA, 2019: 4407).

territorial por meio de outros níveis (supra regional, plurinacional ou para organismos internacionais), e também através de novas formas de instância governamental, alterando as atividades do Estado nacional para esferas regionais, metropolitanas e locais, ou seja, mais perto do mercado.

Por sua vez, ao estudar a abordagem do Banco Mundial ao processo de descentralização do SUS, Rizzotto e Campos (2016) destacam que essa inicialmente recebeu o apoio do Banco, ao associá-la à privatização, ao funcionamento descentralizado do mercado e à transferência do poder do nível federal para os entes subnacionais, o que favoreceria maior autonomia gerencial e a atribuição de responsabilidades (*accountability*) aos gestores desses níveis¹⁰⁶. No entanto, como o processo de descentralização do SUS resultou em uma municipalização e certa diminuição dos estados federados da gestão, o Banco Mundial passou a fazer ressalvas, alegando que a descentralização teria sido demasiada, com um pequeno grau de privatização da assistência à saúde e que a tendência de universalização do acesso sobrecarregaria a capacidade financeira do País. Nesse contexto, Rizzotto e Campos (2016) ressaltam a negação da macropolítica:

A ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 267).

Também nessa discussão, Arretche (1997 apud RIZZOTTO e CAMPOS, 265), considera “a descentralização como um mito das reformas do Estado desse período, que supostamente se constituiria em mecanismo de democratização e eficiência das políticas públicas”.

2.5.4.4 Descentralização e Atenção Básica

No processo de descentralização do SUS, destacam-se importantes mudanças na ampliação do acesso à saúde e na expansão das ações de atenção básica (CASTRO e MACHADO, 2010: 694). Apesar da execução direta dessas ações ser atribuição da esfera municipal, no contexto de redistribuição de competências entre os entes federativos, o gestor

¹⁰⁶ O Banco adota o termo *accountability* ou governança como mecanismo capaz de “captar a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho” (BANCO MUNDIAL, 2007: 1 apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 266). Rizzotto e Campos (2016) salientam que, para o Banco, a ausência de responsabilização, isto é, de punição de gerentes e profissionais com baixo desempenho, levaria a um sistema injusto, comprometendo a qualidade e o impacto das ações de saúde.

federal reafirmou seu poder por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros, verificando-se uma lógica de reconhecimento de municípios que cumprem os requisitos como parte do processo de descentralização no SUS¹⁰⁷.

Ainda que a integralidade seja um dos princípios do sistema de saúde (especialmente a partir de 2004, com a introdução do Programa ESF), o seu financiamento foi sempre orientado pela fragmentação, por incentivos financeiros. Desde a década de 1990, foi criada uma lógica intitulada de “caixinhas”, com repasses financeiros conforme adoção das políticas definidas no âmbito federal¹⁰⁸. Assim, o gestor federal assumiu papel central na orientação da política no âmbito local, em detrimento do gestor municipal (MOROSINI *et al.*, 2020: 9). Em 2007, as diversas “caixinhas” foram agrupadas em seis blocos de financiamento, o que significou um pequeno avanço e, ainda que de forma tímida, pela primeira vez foram definidos indicadores de condições sociais como critério de diferenciação nos repasses federais relativos à atenção básica (CASTRO e MACHADO, 2010: 697). No entanto, no interior desses seis blocos foram sendo definidos novos incentivos, chamando atenção para como, na prática, esse modelo de transferências inviabiliza a gestão dos recursos financeiros baseada nas necessidades de saúde locais (MENDES *et al.*, 2018: 233).

Salienta-se que, diante da escassez de recursos, os entes subnacionais tendem a se habilitar para receber incentivos financeiros para implantar programas cujos objetos não correspondem aos seus problemas significativos, afastando-se por completo das realidades epidemiológicas locorregionais. Desse modo, o MS assumiu papel central na orientação da política no âmbito local e inibiu a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente (MOROSINI *et al.*, 2020; CASTRO e MACHADO, 2010) e contribuiu para o reforçar uma visão residual, assistencialista e não integral do conceito de Atenção Básica (MENDES *et al.*, 2018).

Desde a Norma Operacional Básica de 1996, vigorava o PAB, modelo de financiamento baseado na transferência regular e automática dos recursos federais com repasse fundo a fundo.

¹⁰⁷ Na prática, as transferências fundo a fundo, de forma automática e global, só funcionou em 1993, com um processo de municipalização que se iniciou com NOB 93, ponto de inflexão no modelo de financiamento, o que não durou muito tempo. Com a gestão semiplena, o município poderia usar o recurso transferido de acordo com o seu planejamento, possibilitando uma política de saúde determinada por necessidades locais e um financiamento mais integral da Atenção Básica (MENDES *et al.*, 2018).

¹⁰⁸ O modelo de financiamento adotado baseado em “caixinhas” tem sido ponto de tensão entre gestores federal e municipal quanto à diretriz da descentralização. De 1996 a 2019, esse modelo passou por diferentes revisões, sem alterar a lógica de indução do modelo de atenção a partir do repasse federal (MOROSINI *et al.*, 2020: 9)

Cada município passou a receber um recurso per capita/ano para custeio das ações básicas de saúde (PAB fixo) e incentivos para a implantação de programas prioritários do Ministério da Saúde (PAB variável), como os Programas Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários (PACS) (CASTRO e MACHADO, 2010; MOROSINI *et al.*, 2020). Assim, a NOB 96 criou fortemente os incentivos financeiros para a adoção dos programas definidos (MENDES *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, definiu a estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS. Estudos relacionam o crescimento da cobertura de ESF ao aumento no acesso a serviços de saúde, queda da mortalidade infantil, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, com benefício para as populações mais vulneráveis e impacto positivo na redução de iniquidades no país (HONE *et al.*, 2017, apud MASSUDA, 2020: 1184)¹⁰⁹.

O PAB estimulou a adesão dos municípios à ESF, colocando-a em posição de estratégia prioritária para a reorientação do modelo (MOROSINI *et al.*, 2020). Ugá *et al.* (2003) apud Bahia (2005: 20) apontam que neste processo ocorreu uma reorientação dos recursos financeiros, refletida na maior homogeneidade na distribuição dos recursos nos estados e regiões do país. Castro e Machado (2010) identificaram um crescimento, a partir de 2003, nos valores per capita dos recursos federais para a atenção básica em todas as regiões, com destaque para um aumento mais significativo para Norte e Nordeste¹¹⁰. No entanto, os autores argumentam que a medição dos diferenciais dos per capita estaduais em relação à média nacional não eliminam as iniquidades na alocação de recursos¹¹¹.

Mendes *et al.* (2018: 239) apontam para a concepção restrita em que a atenção básica se encontra e defendem a modificação dos critérios de rateio, no sentido de um financiamento integral e de acordo com as necessidades em saúde da população, criticando o retardamento da

¹⁰⁹ Impulsionada pelos recursos do PAB, a ESF alcançou expansão notável, e trouxe relevância para a atenção primária na agenda decisória da política nacional de saúde, motivando dirigentes a persistirem nesta direção, contribuindo para grandes melhorias na cobertura e acesso aos serviços de saúde e nos resultados de saúde (CASTRO e MACHADO, 2010; MASSUDA *et al.*, 2018; MASSUDA, 2020: 1184; MOROSINI *et al.*, 2020; CROZATTI *et al.*, 2020).

¹¹⁰ Destacam-se como prováveis causas os reajustes dos principais incentivos e a criação de novos, financiamento diferenciado aos municípios mais pobres do país, concentrados nessas regiões (CASTRO e MACHADO, 2010: 700) e a maior participação de municípios na ESF (MACHADO *et al.*, 2014).

¹¹¹ Entretanto, fragilidades estruturais do SUS e grandes disparidades entre os municípios brasileiros levaram a diferentes padrões de expansão da ESF, com variabilidade na qualidade e acesso à APS, imitando o desempenho de suas funções essenciais (MASSUDA *et al.*, 2018: 1; MASSUDA, 2020: 1184).

implantação dos critérios introduzidos pela Lei nº 141, de 2012¹¹² e o fato da Portaria nº 3.992/2017, que substituiu os seis blocos de financiamento dos repasses federais pelas duas modalidades (custeio e investimento), não ter se referido à introdução de critérios de rateio com base em necessidades de saúde locais.

A portaria permitiu que gestores locais possam exercer seu poder em saúde, assegurando a utilização dos recursos de forma agregada, ainda que não tenha ocorrido a desvinculação total pretendida (VIEIRA, 2020: 8), porém Seta *et al.* (2020: 3782) alertam que frente à pressão dos custos da atenção hospitalar e especializada, com procedimentos e terapias com forte componente privado, no interior dos blocos pode ocorrer a fragilização do financiamento da atenção básica.

Alguns estudos discutem a proporção dos repasses para atenção básica em relação aos repasses para média e alta complexidade (MAC), com maior ou menor destaque nas últimas décadas. Castro e Machado (2010) apontam para a “relativa fragilidade da atenção básica se comparada às pressões do sistema por aumentos de gastos na média e alta complexidades”, ainda que a atenção primária à saúde seja anunciada como prioritária. Por outro lado, essas autoras, assim como Vieira (2020), não deixam de reconhecer que um dos desafios que persistem no SUS é justamente o acesso aos serviços de referência de média complexidade, frequentemente apontados como gargalos do sistema (CASTRO e MACHADO, 2010: 700; VIEIRA, 2020: 9)¹¹³.

Quando são analisados os valores dos recursos federais per capita referentes às transferências de média e alta complexidades, verifica-se que os maiores valores estão localizados nas regiões mais desenvolvidas economicamente do país, sobretudo Sul e Sudeste, que possuem uma rede mais estruturada e, portanto, maior oferta de serviços de saúde (CASTRO e MACHADO, 2010: 700). O estudo de Crozatti *et al.* (2020: 216) aponta que

¹¹² Mendes *et al.*, (2018: 233) ressaltam que a Lei Complementar nº141/2012 ao determinar que as transferências devem ser repassadas pela União para os estados e municípios levando em consideração critérios de rateio, conforme as necessidades em saúde, balizadas nas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e espaciais confere centralidade, ainda que do ponto de vista institucional, à discussão da equidade na alocação de recursos, aproximando-se de uma visão mais integral da atenção básica. Enfatiza-se que a discussão vai além de haver mais recursos para o SUS, aprimorando a forma de distribuição dos recursos da União para os demais gestores ao aperfeiçoar os critérios de rateio.

¹¹³ Castro e Machado (2010) observam que as transferências federais per capita para a atenção básica mantiveram um padrão de progressivo incremento, entretanto identificaram, entre 2003 e 2008, um crescimento mais expressivo das transferências de MAC, com valores per capita muito superiores em todo o período, crescimento bem ascendente e maior distância entre as curvas. Vieira (2020) identificou, no período de 2010 a 2019, um movimento contrário de menor incremento da MAC em relação à atenção básica.

municípios de maior porte aumentaram significativamente os gastos com a atenção hospitalar, enquanto que os gastos com a atenção básica, responsável por atividades de prevenção a problemas de saúde, têm perdido espaço nos mesmos.

No geral, verifica-se um financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando a decisão de gestores locais sobre a utilização destes recursos e desconsiderando a heterogeneidade dos municípios brasileiros (CASTRO e MACHADO, 2010: 703) e com a permanência de repasses baseados, na sua maioria, em produção de serviços guiados pela série histórica de gasto (MENDES *et al.*, 2018).

2.5.4.5 Descentralização em Sistemas Internacionais

Alguns estudos internacionais também discutem a questão da descentralização no contexto de reformas dos sistemas de saúde. No geral, são pautadas a inclusão de características locais para adaptação das políticas às necessidades de saúde e os questionamentos acerca da possibilidade de afetar a equidade intrarregional e inter-regional.

Na Espanha, em 2002, a responsabilidade pela atenção à saúde foi plenamente transferida para as comunidades autônomas (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014: 6)¹¹⁴. Com a conclusão do processo de descentralização e a integração do financiamento da saúde no sistema geral de financiamento regional, havia uma preocupação com os impactos sobre a equidade e solidariedade. Puig-Junoy e Rovira (2004) apontam que a fórmula de alocação introduzida resultou de um acordo político, não se baseando em evidências empíricas sobre a relação entre recursos e necessidades, faltando critérios de equidade transparentes para julgar a alocação regional de recursos. Os autores defendem que a descentralização dos serviços de saúde deveria ter sido acompanhada por políticas de coordenação e cooperação, voltadas à melhoria do nível de integração e de efetivação do direito à saúde, ainda que não houvesse, naquele momento, evidências de que o processo de descentralização tenha piorado ou agravado a desigualdade geográfica.

O estudo de Costa-Font e Gil (2009) sobre a questão da descentralização na Espanha enfatiza abordagens como a possibilidade das diferenças entre unidades resultarem em iniquidades dos sistemas de financiamento e no acesso, mas também externalidades como a

¹¹⁴ Até 2002 estava em vigor um modelo parcial de descentralização em relação à responsabilidade regional pelo planejamento, organização e gestão dos cuidados de saúde, com responsabilidade plena vigente em sete das 17 unidades (COSTA-FONT e GIL, 2009)

competição informal ou cooperação regional. Os autores identificaram que a descentralização não levou ao aumento das iniquidades em saúde ou no acesso aos serviços de saúde. Dentre os fatores examinados, as desigualdades de renda foram a principal variável explicativa para iniquidades na condição de saúde e na atenção à saúde, além de terem sido identificadas evidências de iniquidades intraterritoriais.

Costa-Font e Gil (2009) discutem algumas explicações socioeconômicas para as iniquidades em saúde, como a hipótese da “renda absoluta”, que associa as iniquidades à posição dos indivíduos na distribuição de bens e serviços e a hipótese da “renda relativa”, que, para além da distribuição de renda, introduz uma explicação psicossocial, com fatores como estresse e ansiedade. Ainda que estudos longitudinais apontem evidências a favor da hipótese da renda absoluta (GERDTHAM e JOHANNESON, 2004 apud COSTA-FONT e GIL, 2009), os autores destacam que as explicações não são mutuamente exclusivas, sugerindo uma abordagem que abarque fatores psicossociais e melhorem a distribuição das condições materiais para uma distribuição mais justa da saúde.

Diderichsen (1995) destaca a descentralização na Suécia, com a divisão entre o controle econômico, mantido centralmente, e responsabilidade política descentralizada, com maior abertura para soluções de mercado. Por sua vez, Atun (2015) ressalta, nos países latino-americanos, a motivação de fortalecimento da governança local, delineando funções entre os níveis central e local de governo e fortalecendo as capacidades e o desempenho em cada nível.

2.5.4.6 Critérios de Alocação de Recursos Financeiros

Muitos países experimentam perceptíveis desigualdades em saúde entre diferentes regiões, geralmente relacionadas aos diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico (BARR *et al.*, 2014). No financiamento do sistema de saúde, é grande o potencial de redistribuição dos recursos de custeio e de investimentos através das políticas de alocação que tenham por objetivo reduzir desigualdades inter e intrarregionais (BAHIA, 2005)¹¹⁵.

A alocação de recursos voltada a reduzir as desigualdades espaciais em saúde leva em conta diferenças nas necessidades de saúde e baseia-se no pressuposto de que gastos adicionais com saúde se traduzem em melhores resultados de saúde da população, ressaltando-se também a qualidade e eficácia dos cuidados prestados no atendimento às necessidades de saúde (BARR

¹¹⁵ No Brasil, verifica-se que persistentes desigualdades regionais e sociais na alocação de recursos deixaram as populações com menor renda, com menor escolaridade e de regiões como a norte com maiores necessidades de saúde não atendidas (MASSUDA *et al.*, 2018: 4)

et al., 2014: 5). Nesse sentido, alguns países têm definido metodologias voltadas para a orientação equitativa na distribuição geográfica de recursos destinados ao financiamento do setor saúde, incorporando medidas de necessidade de saúde às fórmulas de alocação de recursos.

Porto *et al.* (2007: 1393) apresentam o conceito de equidade subjacente como a “igualdade na distribuição de recursos financeiros para necessidades de saúde iguais”, ressaltando que as medidas de necessidade de saúde devem permitir dimensionar as desigualdades relativas entre as condições de saúde das populações de distintas áreas geográficas e apontam que a diferenciação das abordagens ocorre justamente na forma como são estimadas as necessidades de saúde. Fazem-se importantes sucessivos ajustes da base populacional, que devem levar em conta o perfil demográfico, as diferenças entre os custos dos tratamentos demandados por cada segmento de pacientes e as desigualdades entre as necessidades de saúde na população.

Desde a década de 1970, várias fórmulas diferentes foram usadas na Inglaterra na tentativa de alocar recursos de forma mais equitativa às organizações comissionadas, com base no nível de necessidade de suas populações. Dentre as fórmulas que incorporam as necessidades de saúde, destacam-se as que adotam um único indicador como medida de necessidade, como, por exemplo, o coeficiente de mortalidade geral, padronizado por sexo e idade, caso da fórmula desenvolvida pelo *Resource Allocation Working Party* (RAWP). No entanto, o seu uso implica assumir que um único indicador de saúde é capaz de expressar a maior parte das necessidades da população, questionando-se que a taxa de mortalidade padronizada não expressa na sua totalidade as variações da morbidade da população de distintas áreas (PORTO *et al.*, 2007: 1394).

Por sua vez, Barr *et al.* (2014) destacam como o NHS da Inglaterra reduziu as desigualdades geográficas em saúde, a partir de 2002, por meio da introdução de um componente de iniquidades em saúde na fórmula de alocação, que direcionou mais recursos para áreas carentes. Essa abordagem fazia parte de uma estratégia mais ampla para reduzir as desigualdades em saúde, voltada para as autoridades locais com os piores indicadores de saúde e privação, na qual as organizações locais do NHS eram livres para usar os recursos adicionais da forma que melhor atendesse às necessidades de suas populações. Com o maior volume de recursos do NHS nessas áreas, verificou-se a redução das desigualdades absolutas em saúde e

na mortalidade passível de assistência à saúde, com melhoria mais expressiva em relação às demais áreas.

Barr *et al.* (2014) ressaltam que o aumento do investimento de recursos de saúde está associado a melhores resultados, investigando mudanças ao longo do tempo em países onde o acesso aos serviços de saúde é baseado principalmente na necessidade. A análise comparativa da tendência dos gastos com saúde nos quatro países do Reino Unido revelou que, desde 1999, o aumento dos gastos na Inglaterra em comparação com os demais países estava associado a um aumento na taxa de declínio da mortalidade acessível aos cuidados de saúde (BARR *et al.*, 2014: 3).

Em 2012, houve a proposição de uma fórmula de capitação que removeu o componente de desigualdades em saúde e considerou a necessidade em termos de utilização anterior de serviços de saúde, e não como uma capacidade de se beneficiar. Em resposta às críticas dessa abordagem, em 2013, o NHS inglês implementou uma nova fórmula, que combinava a fórmula baseada na pessoa de 2012 com uma medida de necessidade não atendida. No entanto, mesmo com o ajuste, a nova fórmula dá menos peso às áreas carentes do que o modelo anterior de alocação. Barr *et al.* (2014) alertam sobre a possibilidade de redução em maior medida do financiamento para áreas mais carentes em comparação com áreas mais ricas, o que pode reverter a tendência positiva observada e ampliar as desigualdades geográficas na mortalidade passível de assistência à saúde, desvalorizando o papel do sistema de saúde na redução das desigualdades nos resultados de saúde, contrariando as evidências apresentadas.

Por sua vez, Porto *et al.* (2007) estudam a aplicação, no Brasil, da fórmula de alocação de Carr-Hill *et al.*, metodologia crítica ao modelo de único indicador RAWP, que assume necessidade de saúde como um conceito "complexo, pouco claro e incomensurável", mas que pode ser inferida através de características demográficas, sociais e de saúde. Essa metodologia emprega dados relacionados ao uso de serviços de saúde para estimá-lo com base nas necessidades de saúde e, além de variáveis demográficas e de saúde, considera um conjunto de variáveis socioeconômicas, a fim de captar aspectos das necessidades não incorporados pelos primeiros¹¹⁶.

¹¹⁶ Dessa forma, a metodologia se valida nas fortes evidências a respeito da determinação social da saúde, indicando, em geral, um gradiente no qual as pessoas em pior condição social apresentam piores condições de saúde em relação às pessoas em melhor condição social (PORTO *et al.*, 2007: 1401)

Apesar da consistência teórica, Porto *et al.* (2007: 1401) assinalam que esse modelo empírico apresenta a fragilidade de empregar dados sobre a real utilização de serviços na estimativa do uso baseada nas necessidades de saúde da população. No caso do Brasil, as desigualdades sociais existentes, referentes à disponibilidade de serviços e a outros fatores capacitantes do uso de serviços, são de magnitude muito superior às observadas em países onde a metodologia tem sido implementada. O uso de serviços é função das necessidades, mas também da oferta de serviços e de outros fatores, particularmente fatores sociais, que podem gerar barreiras de acesso, na dependência das características gerais dessa oferta em cada lugar.

Ao avaliar o Brasil, Porto *et al.* (2007: 1401) salientam que, de modo geral, a condição social é importante determinante das condições de saúde, mas, no país, é também um fator decisivo no uso de serviços de saúde. A chance da avaliação negativa do indivíduo sobre o seu estado de saúde, ajustada por idade e sexo, aumenta na medida em que a sua escolaridade e renda diminuem. Ao mesmo tempo, a chance de uso de serviços de saúde, ajustado por idade, sexo e necessidade, reduz na medida em que a escolaridade e a renda diminuem¹¹⁷. Verifica-se, assim, as limitações existentes na utilização de modelos de demanda baseados nas necessidades de saúde para distribuição de recursos financeiros em contextos com sistemas de saúde marcados por grandes iniquidades no acesso, como o brasileiro.

2.5.4.7 O Papel das Emendas Parlamentares

No contexto do financiamento e alocação de recursos no Brasil, um recorte importante é o da participação das emendas parlamentares no orçamento da saúde, forte componente nas escolhas de ações que serão empreendidas no orçamento federal do SUS.

As emendas surgem no contexto da redemocratização e traduzem um esforço de ampliação da participação política no processo decisório e da introdução de mecanismos para integração entre planejamento e orçamento estatal com objetivo de aprimoramento do direcionamento dos gastos e maior eficiência na utilização de recursos¹¹⁸. Além de se discutir

¹¹⁷ Como a população mais pobre tende a adoecer mais e usar menos os serviços de saúde, caracteriza-se uma marcada iniquidade no sistema de saúde brasileiro. Ao passo que os indivíduos com melhores condições sociais são mais saudáveis e usam mais serviços de saúde do que as pessoas com piores condições sociais (PORTO *et al.*, 2007).

¹¹⁸ A Constituição Federal de 1988 introduziu novas regras voltadas ao equilíbrio entre Poderes e mudanças nas relações entre Executivo e Legislativo. Foram definidas novas formas de participação do Legislativo no processo orçamentário, como a possibilidade de apresentação de emendas ao orçamento proposto pelo Executivo (BAPTISTA, 2012).

os montantes financeiros mobilizados pelas emendas, deve ser ressaltado seu importante papel como recurso político (BAPTISTA, 2012).

A emenda parlamentar, prevista como um mecanismo para maior participação política, mostrou-se “permeável aos interesses e às práticas clientelistas do Estado”, ao assegurarem a “sobrevivência política” da maioria dos congressistas e atuarem como “moeda de troca” do Executivo Federal na relação entre os Poderes e entre instâncias governamentais, uma vez que são liberadas na garantia de votos favoráveis a projetos apresentados pela União (BAPTISTA, 2012: 2268). Dessa forma, não podem ser compreendidas apenas como um mecanismo orçamentário e de financiamento da saúde, mas com o duplo caráter: de recurso político e de mecanismo financeiro (BAPTISTA, 2012: 2277).

A saúde tem sido uma área importante no tocante às emendas, por fatores como o expressivo volume de recursos do Ministério da Saúde e ações caracterizadas pela execução objetiva e de grande visibilidade (como obras, aquisição de equipamentos, entre outras), sendo mais fácil a destinação à localidades, unidades de saúde ou projetos específicos, indo ao encontro dos interesses dos parlamentares (BAPTISTA, 2012: 2268). Entre 1997 e 2006, identificou-se que o peso das emendas no orçamento público federal da saúde não foi significativo em termos orçamentários globais, mantendo-se em torno de 2%. No entanto, a participação é maior nos recursos de capital, em média 10% do orçamento, reunindo, em alguns anos, mais da metade dos recursos de investimento, proporção expressiva dos investimentos federais¹¹⁹.

Se por um lado, a concepção das emendas estava relacionada à introdução de um maior balanceamento entre os Poderes e à entrada de demandas loco-regionais no orçamento federal, por outro verifica-se o papel das emendas como recursos financeiros que expressam variadas lógicas na alocação, pouco vinculadas aos processos de planejamento nacional de médio e longo e inadequadas do ponto de vista da orientação de investimentos que possibilitem a redução das marcantes desigualdades em saúde no país, uma vez que o destino da emenda é um “ponto frágil” do modelo orçamentário, agravado, ainda, pelo cenário de pouca transparência e de

¹¹⁹ Quanto à alocação regional das emendas, Baptista (2012: 2276) verifica expressiva variação dos indicadores entre as regiões e estados, sugerindo que o dado nacional pode ocultar diferenças significativas de execução das emendas nas distintas realidades territoriais e que há variações entre estados de uma mesma região, de modo que até mesmo o dado regional pode mascarar diferenças intrarregionais expressivas.

ausência de controle mais efetivo, desde a apresentação e aprovação do orçamento, até a execução. (BAPTISTA, 2012: 2269).

2.5.5 Políticas Sociais e Saúde

2.5.5.1 Políticas Intersetoriais

Ao considerar que a condição de saúde de indivíduos e comunidades não é criada somente pelos serviços de saúde, mas em grande parte também por determinantes sociais, Kershaw *et al.* (2018) sustentam que gastos públicos com programas sociais frequentemente têm associações mais fortes com a saúde da população do que o investimento público em assistência médica.

No contexto do Canadá, o estudo defende a abordagem de Saúde em Todas as Políticas (ou *Health in All Policies* – HiAP), avaliando-se o ritmo de aumentos dos gastos públicos em saúde em comparação com outros gastos sociais, no sentido de se buscar capacidade fiscal para adaptar as políticas vigentes. O estudo defende que opções de realocação de recursos financeiros existentes devem ser examinadas em conjunto com propostas de novas fontes de receitas que equilibrem a elevação do gasto com políticas sociais para as populações mais jovens com as necessidades da população em envelhecimento. A abordagem *HiAP* também é defendida por Segura Benedicto (2014: 10), ao considerar o papel de políticas intersetoriais na superação dos efeitos da crise econômica internacional na Espanha.

Abordagens voltadas às políticas sociais e intersetoriais também estão presentes em outros estudos. Giovanella e Stegmüller (2014: 16) abordam possíveis consequências positivas e novas soluções a partir das crises, evidenciando a importância de políticas sociais para mitigar seus efeitos adversos. Por sua vez, Nossa (2020: 4) salienta a importância de uma abordagem integradora em termos de políticas públicas diante dos desafios decorrentes do aumento estrutural do envelhecimento.

No entanto, Rizzotto e Campos (2016: 264) alertam para a incorporação de conceitos do campo progressista na atualização do ideário liberal, como a noção de equidade, modificada semanticamente e reduzida ao campo do possível liberal, como o caso da cobertura universal versus sistema universal. No contexto brasileiro, Campelli e Calvo (2007: 1620) salientam que, do ponto de vista orçamentário, a adoção de um conceito de ações de saúde ampliado não significa necessariamente mais recursos financeiros para a saúde, mas sim mais obrigações a serem pagas com os mesmos recursos disponíveis.

Por sua vez, Costa-Font e Gil (2009) apontam que, ao contrário de outros bens, os cuidados de saúde não podem ser distribuídos diretamente e consideram que os instrumentos fiscais progressivos de transferência de renda são mais eficazes em relação às políticas de saúde e sociais que poderiam promover indiretamente a equidade em saúde. No entanto, no caso das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, enfatizam-se melhorias nas condições de prestação de cuidados e de financiamento mais favorável à população de baixa renda.

No Brasil, cortes orçamentários em políticas que atuam sobre determinantes sociais da saúde podem reduzir as possibilidades concretas de efetivação do direito à saúde no país (SANTOS e VIEIRA, 2018). Santos e Vieira (2018: 2306) discutem o efeito multiplicador positivo proporcionado pelo investimento em políticas sociais verificando que os multiplicadores fiscais associados aos investimentos, benefícios sociais e despesas com pessoal durante as recessões, são significativos (1,68, 1,51 e 1,33 respectivamente), ao contrário do multiplicador das despesas com subsídios (0,60), reforçando a importância do gasto do Estado em determinadas políticas¹²⁰.

2.5.5.2 Financiamento da Saúde e Desenvolvimento Sustentável

O estudo de Vieira (2020) relaciona o financiamento da saúde com as metas da Agenda 2030¹²¹, destacando grande risco de insucesso no compromisso assumido, ao considerar a insuficiência de recursos para o financiamento do SUS e para outras políticas sociais que impactam fatores relacionados às condições de vida e de trabalho da população, atuando sobre determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, a autora menciona que o alcance das metas fica comprometido sem uma redefinição das prioridades das políticas de saúde, ampliação do acesso a bens e a serviços de saúde e a melhoria da qualidade.

Destaca-se a necessidade de maior alocação de recursos federais, já que a União é o ente federativo com maior capacidade fiscal, esperando-se maior esforço do governo federal no financiamento do SUS, posto que os estados e municípios já estão no limite de suas possibilidades financeiras (VIEIRA, 2020: 9). O cenário é ainda mais preocupante ao verificar-se que a queda no gasto per capita, que pode ser acentuada sob a vigência da EC 95, pelo

¹²⁰ Santos e Vieira (2018: 2306) destacam que a escolha de política fiscal do período de 2011 a 2014 no Brasil, de redução dos investimentos e expansão dos subsídios, pode explicar em parte a baixa resposta da economia aos estímulos do governo.

¹²¹ A Agenda 2030 traduz o compromisso assumido por Estados-membros da ONU, em 2015, para o alcance de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visando à promoção da prosperidade e do bem-estar das populações de forma sustentável. Na área da saúde, são 13 metas globais que, no caso do Brasil, foram adequadas à realidade e às prioridades nacionais (VIEIRA, 2020:2).

congelamento da aplicação mínima federal e pelo atraso da retomada da economia, com consequências para a arrecadação de estados e municípios e, conseqüentemente, para a destinação de recursos por essas esferas à saúde.

Verifica-se que as metas do ODS 3 envolvem fortemente as áreas da atenção básica, MAC, vigilância em saúde e assistência farmacêutica, enquanto perpassam por investimentos e envolvem a decisão de política fiscal nas três esferas de governo e ações no âmbito da gestão do SUS. Uma das metas expressa o "aumento substancial do financiamento da saúde", o que envolve decisão de política fiscal, a qual depende muito dos chefes do Poder Executivo nas três esferas de governo¹²². As políticas de austeridade comprometeram as finanças dos entes federados, com impactos sobre os recursos para a saúde, o que pode resultar em expressiva limitação à ampliação do financiamento do SUS e em cortes em outras políticas públicas (VIEIRA, 2020: 2). Embora o cumprimento das metas do ODS 3 dependa de um conjunto de ações e serviços oferecidos no âmbito do sistema de saúde, verifica-se que há também uma dependência de outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais da saúde (VIEIRA, 2020: 9-10).

Massuda (2020: 1182) destaca a perspectiva de Cobertura Universal de Saúde no cumprimento das meta dos ODS, ressaltando ênfase dada à necessidade de garantia de “financiamento público suficiente para o fortalecimento de sistemas de saúde”, maximização da eficiência dos gastos em saúde para “prestação de serviços acessíveis, oportunos e de qualidade”, e aumento da alocação de recursos na Atenção Primária à Saúde (APS), considerar o “pilar para o alcance dos ODS relacionados à saúde”.

2.5.5.3 Focalização e Cobertura Universal de Saúde

Rizzotto e Campos (2016) enfatizam a crítica do Banco Mundial ao direito universal e acesso integral à saúde no sentido de afirmar que o Brasil ousou demasiado ao criar o SUS, e aponta para caminhos que restringem o acesso e reduzem o direito, demonstrando o quanto o posicionamento do Banco na defesa do uso da relação custo-efetividade como parâmetro para

¹²² Vieira (2020: 2) salienta que não houve alteração da redação da meta global, tampouco foi definido indicador para acompanhar a alocação de recursos para o SUS, o que pode ser explicado pelo contexto político, econômico e social contemporâneo.

a alocação de recursos e da limitação da oferta de serviços de saúde se alia à ideia de cobertura universal¹²³.

A cobertura universal de saúde foi proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) e se refere à “garantia de um conjunto limitado de serviços que pode ser oferecido pelo mercado e comprado pelos Estados”, absolutamente distinta da perspectiva de sistemas universais, como o SUS, onde os serviços são de natureza pública e de acesso igualitário, integral e gratuito. O conceito é adotado por organismos internacionais como a OMS e a OPAS, alinhado à perspectiva do Banco Mundial.

Por outro lado, são grandes as críticas a esse modelo por organismos de integração regional, comunidades de intelectuais, movimentos sociais, entidades da reforma sanitária brasileira e latino-americana e governos progressistas. Santos e Vieira (2018) destacam que a cobertura universal pressupõe a segmentação do acesso, da cobertura e do financiamento, com o fortalecimento de esquemas privados e o enfraquecimento do direito universal à saúde

Dadas as desigualdades sociais e de saúde não resolvidas, Massuda (2018) ressalta que, no Brasil, o congelamento a longo prazo de despesas públicas impõe um obstáculo para que os princípios de universalidade e integralidade do SUS sejam perseguidos e sustentados, apontando a focalização como consequência e a quebra do contrato social duramente conquistado após a ditadura militar. Costa (2017) identifica, que no espaço conquistado pela vocalização das ideias de ajuste fiscal e controle do gasto público, se defende o financiamento de um pacote básico na saúde, com focalização irrestrita da intervenção governamental na área social.

Morosini (2020) identifica a ideia da cobertura universal no âmbito da reforma focalizante da APS no Brasil, que enfatiza o indivíduo cadastrado, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada, assumindo que parte da população não será atendida, agravando a ruptura com o princípio da universalidade, e restringindo o direcionamento de recursos escasseados para os segmentos mais pobres da população. Seta *et al.* (2020) denunciam o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado do Previne Brasil, ao caminhar na direção da cobertura universal em saúde.

¹²³ Para o Banco, a garantia legal de tratamento gratuito e a expansão da rede pública de serviços de saúde não são condições necessárias, uma vez que os serviços não precisam ser gratuitos nem serem prestados por um sistema público para serem acessíveis (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 268).

Ocké-Reis (2018) também chama a atenção para perspectivas normativas que vêm-se apoiando no conceito de equidade para justificar a focalização dos gastos para aqueles grupos sociais que não têm condições de acesso aos serviços de saúde por meio das ações de mercado. Bahia (2005: 11) ressalta a perspectiva de inviabilidade de que o Estado se responsabilize pela saúde de todos, direcionando suas ações aos que “não podem pagar” um plano privado de saúde, que seriam imprescindíveis, na medida em que “desoneram” o sistema das despesas com a saúde das camadas de maior renda. Também nesse contexto, Santos e Vieira (2018: 2311) criticam a proposição dos planos privados de saúde com menores coberturas e valores de mensalidade, com objetivo declarado de controlar os gastos do SUS, pela possibilidade de gerar maior segmentação e iniquidade no sistema de saúde, dificultando o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Ressalta-se que alguns autores utilizam a expressão “cobertura universal”, associando-a à equidade, direito à saúde e proteção da saúde (ATUN *et al.*, 2015), à própria expansão de sistemas de saúde (MASSUDA *et al.*, 2018) e à garantia de financiamento público suficiente (ROCHA *et al.*, 2021), inclusive para a APS (MASSUDA, 2020), sem necessariamente questionar a universalidade ou explicitar a defesa de políticas focalizantes.

2.5.6 Projeção das Necessidades de Financiamento

2.5.6.1 Necessidades Futuras

O rápido crescimento dos gastos com saúde em todo o mundo levou os sistemas de saúde a uma situação de crescente tensão entre necessidades e restrições de financiamento. Estima-se que o gasto global em saúde deve dobrar até 2050, com crescimento das necessidades de financiamento mais acelerado nos países em desenvolvimento, caracterizados pelo envelhecimento populacional e persistentes problemas de cobertura e qualidade nos sistemas de saúde. No Brasil, é esperado que as necessidades de financiamento da saúde aumentem ao longo do tempo, não apenas em termos absolutos, mas como proporção do PIB. Em 2017, o consumo final de bens e serviços de saúde no país equivalia a aproximadamente 9,2% do PIB, sendo 3,9 % de gastos públicos (ROCHA *et al.*, 2021: 2).

De acordo com os resultados do cenário base do estudo de Rocha *et al.* (2021), as necessidades de financiamento da saúde no Brasil devem atingir, em 2060, 12,5% do PIB, o que equivale a um crescimento de 3,29% no geral, e de 1,44% do gasto público. Considerando as projeções populacionais, isso corresponderia a um nível de gasto per capita 2,7 vezes maior

em relação a 2017. Parte importante do aumento (26,8%) é devida ao envelhecimento da população. Importante destacar que quanto menor o crescimento da economia no período, maior será o esforço, em proporção do PIB, para responder às necessidades de financiamento da saúde impulsionadas pelas pressões demográficas.

Ressalta-se que as estimativas referem-se a necessidades financeiras. O gasto efetivo dependerá da resposta do poder público às necessidades, já que há incertezas quanto às flutuações ao longo dos ciclos políticos e econômicos. Além disso, é incerto até que ponto o crescimento da renda será revertido em mais gastos com saúde, ou até que ponto as necessidades decorrentes do envelhecimento da população serão cobertas. Atender às necessidades futuras exigirá a mobilização de recursos adicionais para a saúde¹²⁴ (ROCHA *et al.*, 2021).

Por sua vez, na Espanha, o estudo de Puig-Junoy (2006) aborda projeções de gastos com saúde pública de acordo com o impacto esperado dos fatores demográficos (crescimento e envelhecimento da população), inflação dos insumos de saúde e a utilização dos serviços, com a incorporação de novas tecnologias em saúde. Ainda que o crescimento projetado do PIB tenha sido estimado como suficiente frente ao impacto das mudanças demográficas, identificou-se como o principal fator responsável pelo aumento dos gastos o aumento da intensidade média de utilização dos serviços de saúde, seguido dos fatores demográficos. Diante do crescimento da necessidade de alocação de recursos financeiros na saúde, Puig-Junoy (2006) destaca a necessidade de identificar e avaliar as vantagens e desvantagens das alternativas para seu financiamento, subdividindo-as em três abordagens: reformas voltadas para melhorar a eficiência do gasto público; reformas voltadas para aumentar financiamento público e privado de gastos; e reformas visando priorizar e racionalizar os benefícios públicos.

2.5.6.2 Envelhecimento e Financiamento da Saúde

Alguns estudos ressaltam o envelhecimento da população nos sistemas de saúde, enquanto fator no processo de alocação de recursos (DIDERICHSEN, 1995) e gerador de pressões sobre gastos (LEHTO *et al.*, 2015), num cenário de necessária resiliência frente às crises (MASSUDA *et al.*, 2018). Em países de capitalismo dependente, o envelhecimento é

¹²⁴ No entanto, o estudo indica pressões para diminuir a participação do gasto público em todos os cenários que envolvem restrições fiscais. Mesmo pequenos aumentos no gasto público enfrentam restrições, como a EC 95/2006, o que pode implicar aumento da segmentação público-privada no financiamento e provisão de saúde, com potenciais perdas de equidade no sistema (ROCHA *et al.*, 2021: 4).

destacado no contexto de necessidades de saúde emergentes decorrentes das transições sociais e demográficas, com o surgimento de uma tripla carga de doenças¹²⁵ (ATUN *et al.*, 2015: 1243).

Howdon e Rice (2018 apud NOSSA, 2020:8) destacam o envelhecimento não como um fato dependente de um “relógio biológico”, mas como um processo de crescente fragilidade e que é “tributário dos investimentos em saúde, da tecnologia disponível, do acesso e da qualidade dos sistemas de saúde utilizados ao longo da vida e do ambiente vivido”.

Nossa (2020: 6) destaca o número crescente de idosos e a persistência de declarações que associam o crescente envelhecimento demográfico e o aumento da despesa em saúde, gerando argumentos de insustentabilidade financeira que justificariam a restrição de direitos. O autor investiga a associação que, por si só, o envelhecimento demográfico é a condição que justifica o aumento dos custos em saúde, o que legitimaria restrições na oferta, alinhando-se com o discurso neoliberal. Questiona-se, ainda, que essa questão nem sempre se baseia em evidência (ainda que prevaleça alguma incerteza relacionada à população a partir dos 85 anos de idade). Por esse motivo, a pertinência de discutir o papel do Estado enquanto garantidor de direitos sociais e prestador de cuidados de saúde.

O estudo faz uma revisão da literatura para buscar fatores capazes de validar a associação e, no contexto de Portugal, analisa a evolução das principais causas de mortalidade e a evolução das principais causas de incapacidade, entre 1990 e 2017. No cenário de orientação político-econômica neoliberal, destaca-se um conjunto de circunstâncias que buscam legitimar esse rumo: crises financeiras e consequentes contingenciamentos de gastos; convergência e consolidação do envelhecimento demográfico; aumento do custo da inovação biomédica; e crescentes expectativas das populações de maior renda em relação à procura de cuidados de saúde (BARROS, 2013 apud NOSSA, 2020: 6). O autor assinala que o primeiro desses pontos é macro conjuntural e recorrentemente decorre de sucessivos compromissos assumidos pelos Estados, algumas vezes por incentivo externo e sob a forma de dívida. No entanto, os demais pontos derivam de uma dinâmica social que pode estar superdimensionada¹²⁶.

Nossa (2020) destaca a análise de Gusmano e Allin (2014 apud NOSSA, 2020: 7) acerca do uso da questão do envelhecimento e da equidade intergeracional na comunicação à população, por meio da mídia, da necessidade de realização de cortes ou racionamento na

¹²⁵ Na qual há uma agenda inacabada de mortes maternas e infantis e doenças infecciosas, doenças crônicas em rápido crescimento e alta mortalidade e incapacidade por causas externas (ATUN *et al.*, 2015: 1243).

¹²⁶ Nossa (2020) baseia-se em autores como Barros (2013), Howdon e Rice (2018) e French *et al.*, (2017).

despesa em saúde no Canadá, nos Estados Unidos e no Reino Unido, entre 2005 e 2010, com argumentos limitados a declarar que a crescente longevidade gera um aumento dos custos na assistência à saúde, embora vagos os nexos de causalidade debatidos. Na análise do conteúdo dos 65 artigos publicados nesses três países, foram igualmente identificados outros fatores potencialmente geradores de aumento de custos, mas aos quais foi dado menor relevo e debate¹²⁷. Outro ponto é a maior ênfase no gasto gerado pelos contratos sociais orientados para a proteção da pessoa idosa do que o retorno que essa mesma população gera nas sociedades em que estão inseridas, “quase invisível”, como tributação, contribuições indiretas, consumo e voluntariado prestado¹²⁸.

Da mesma forma, é questionado o frequente modelo de previsão de aumento dos custos em saúde que mantém inalterado o perfil de morbidade, construindo-se uma projeção linear baseada no aumento da esperança de vida ao nascer e multiplicando os custos gerados pelos indivíduos nos últimos anos de vida sobre os ganhos de longevidade previstos para o futuro. Também são questionados modelos baseados na idade como preditores de custos em saúde, que acabam por supervalorizar o crescimento dos custos ao não incorporarem, para além da idade, o fator de tempo até à morte (TTD - *time-to-death*). Nossa (2020:8) ressalta a existência de evidência suficiente de que não é a idade em si, mas sim o TTD, particularmente o último ano de vida, que deve ser observado como impulsionador da despesa em saúde em idosos.

Nossa (2020: 12) destaca que os Estados enfrentam pressões neoliberais para adotarem medidas de austeridade e alerta que o recorrente discurso nesse processo também se volta para o racional da sustentabilidade e da equidade intergeracional como condição suficiente para justificar progressivos cortes ou restrições. Críticos do estado social têm voltado suas análises para a questão da captura das políticas sociais, especialmente de saúde, por “interesses gerontocráticos”, recorrendo-se à “desejável e necessária equidade intergeracional”, como um tópico que ganha maior significado, ainda mais quando os Estados enfrentam crises e necessitam de cortar despesas (NOSSA, 2020: 7). Ainda que não se possa afirmar “categoricamente” que o envelhecimento não esteja pressionando a despesa em saúde, a partir

¹²⁷ Nossa (2020: 7) destaca que esse tipo de afirmações, ainda que identifiquem no discurso outros fatores causadores do aumento da despesa em saúde, tende a privilegiar, erradamente, a “demonização do envelhecimento e/ou dos estilos de vida” (expressão cunhada por Robert Evans apud Hunter (2010) como fatores que pressionam os custos em saúde.

¹²⁸ Cook (2011 apud NOSSA, 2020: 7) demonstrou que no Reino Unido a soma dos apoios sociais dispensados aos idosos, contabilizados como despesa pública, totalizaram £136 bilhões. Entretanto, a somatória dos retornos de tributação, outras contribuições indiretas, consumo e benefícios tangíveis na assistência social e voluntariado prestado pelos mesmos idosos, alcança £175 bilhões.

de evidências levantadas, identifica-se que os Estados não estão, nos últimos anos, alocando uma fatia significativamente crescente da riqueza gerada para cobrir os custos em saúde¹²⁹ (NOSSA, 2020: 9).

2.5.7 Considerações

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos na revisão sistematizada da literatura, o que permitiu traçar um panorama das discussões identificadas sobre o financiamento dos sistemas universais de saúde no campo da economia política. Para o nosso objetivo de relacionar essa produção ao pensamento de Paul Singer, devemos ainda avaliar esses resultados sob a perspectiva das dimensões da sua obra estudada (Singer *et al.*, 1978). Essa abordagem é tratada no próximo capítulo.

¹²⁹ Em que pese a crítica de Nossa (2020) à redução do gasto público com saúde por outros motivos, esse autor também encaminha sua discussão para a área da inovação e reorganização dos serviços de saúde.

3. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A LITERATURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE E O PENSAMENTO DE PAUL SINGER

No primeiro capítulo, ressaltamos que Singer *et al.* (1978) em *Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde* discutem a inserção dos serviços de saúde nas sociedades capitalistas a partir das cinco dimensões que aqui discutimos com foco na economia política da saúde, com especial ênfase no que tange ao financiamento dos sistemas universais de saúde: são serviços evoluídos historicamente; que foram plenamente institucionalizados com a criação dos sistemas de saúde de caráter universal, formulados no interior do Estado capitalista; se inserem no âmbito do controle social, de modo a identificar, prevenir, curar e manipular estados mórbidos; contribuem para o estado de saúde da população, e colocam, portanto, o problema metodológico da sua avaliação.

No segundo capítulo foi apresentada a metodologia da revisão sistematizada da literatura acerca da produção sobre o financiamento dos sistemas universais de saúde no âmbito da economia política. As principais contribuições dos resultados foram apresentadas em quadro e narradas a partir dos assuntos que entrelaçam os diferentes resultados.

A discussão deste capítulo ocorre a partir das cinco dimensões identificadas em Singer *et al.* (1978), no tocante ao financiamento da saúde, aqui listadas: perspectiva histórica; sistemas de saúde; controle social; estado de saúde; e critérios de avaliação. Cabe aqui cotejar o debate do financiamento dos sistemas de saúde pós-1980 com as reflexões de Singer *et al.* (1978) em cada uma dessas dimensões, tratando-se de identificar se os autores também se apropriam dessas dimensões e para qual tipo de abordagem as empregam, verificando-se convergências, divergências, rupturas e continuidades, dado o horizonte histórico que separa a obra de 1978 dos artigos mais recentes.

Primeiramente, a relação das dimensões com os artigos é apresentada do ponto de vista quantitativo. Identificou-se se as dimensões estão ou não presentes nos estudos identificados.

Como pretendido pela sintaxe da busca, a dimensão do sistema de saúde ocorre na totalidade dos 47 artigos (100%). Em seguida, a consideração da perspectiva histórica nas discussões, que ocorre em 43 artigos (91,5%); distintos critérios de avaliação são abordados em 34 artigos (72,3%); considerações sobre o estado de saúde da população estão presentes em 27 artigos (57,4%) e o controle social, tal como definido por Singer *et al.* (1978) é a dimensão com menor presença nos resultados, apenas em 11 artigos (23,4%).

Novamente recorreremos à classificação em relação ao tema principal dos artigos identificados na revisão sistematizada da literatura, que resultou em 10 eixos temáticos, conforme o Quadro 2 do capítulo anterior. Cabe então identificar, para cada um dos eixos, o quanto que as dimensões de Singer *et al.* (1978) estão presentes, o que permite mapear suas principais articulações com as temáticas identificadas na literatura acerca do financiamento dos sistemas universais de saúde.

O Quadro 4 trata essa relação de modo quantitativo, apresentando para cada eixo temático o número de artigos que recorrem a cada uma das dimensões de Singer *et al.* (1978) e o percentual desse em relação ao número de artigos do eixo. São destacados com maior intensidade de preenchimento os cruzamentos mais frequentes entre eixos temáticos e dimensões.

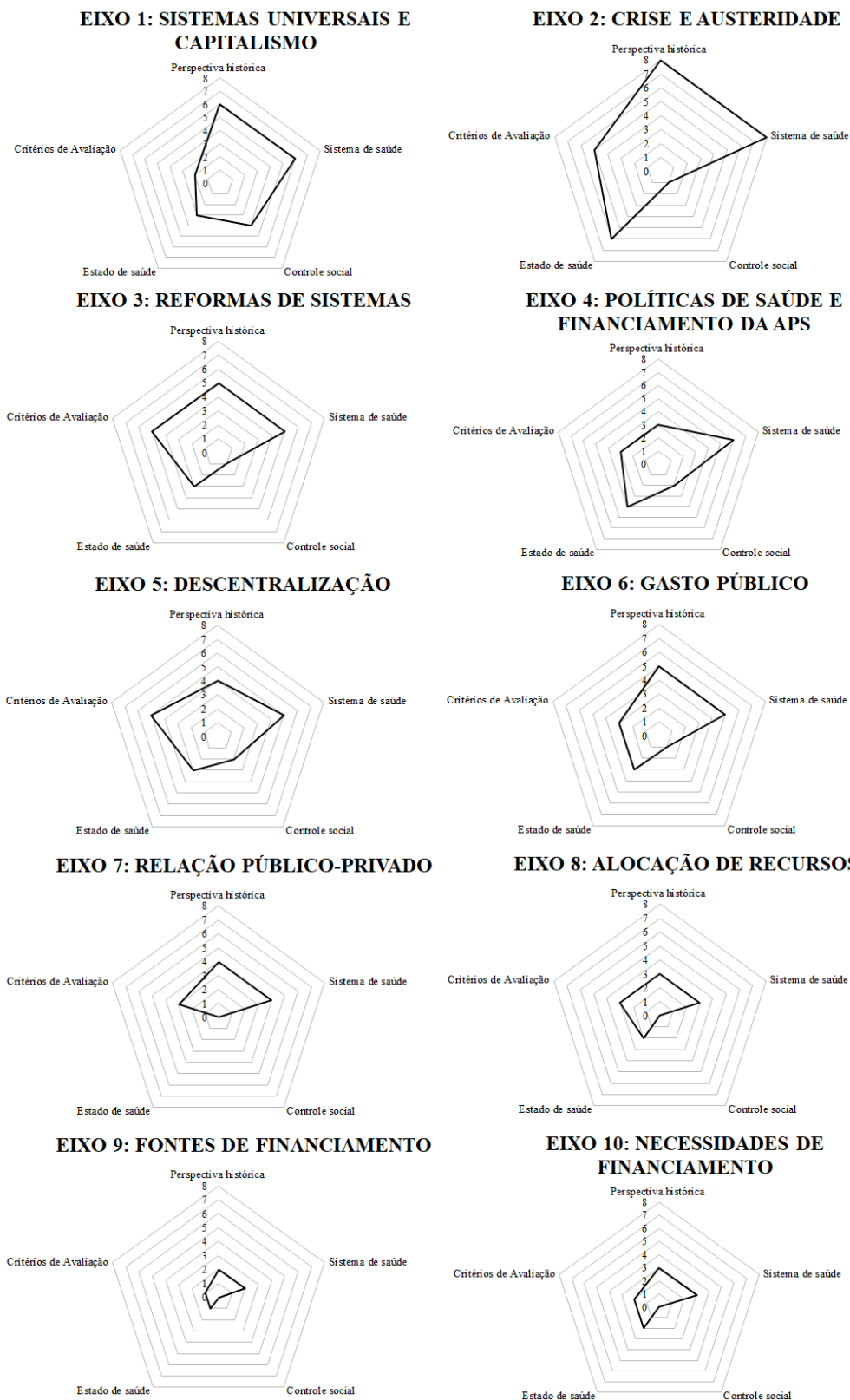
Quadro 4: Relação entre eixos temáticos dos resultados da revisão e as dimensões de Singer *et al.* (1978).

Eixos temáticos			Dimensões de Singer <i>et al.</i> (1978)									
Nº	Tema	Nº de artigos	Perspectiva histórica		Sistema de saúde		Controle social		Estado de saúde		Critérios de avaliação	
			Nº de artigos	%	Nº de artigos	%	Nº de artigos	%	Nº de artigos	%	Nº de artigos	%
1	Sistemas Universais e Capitalismo	6	6	100,0%	6	100,0%	4	66,7%	3	50,0%	2	33,3%
2	Crise e Austeridade	8	8	100,0%	8	100,0%	1	12,5%	6	75,0%	5	62,5%
3	Reformas de Sistemas	5	5	100,0%	5	100,0%	1	20,0%	3	60,0%	5	100,0%
4	Políticas de Saúde e Financiamento da APS	6	3	50,0%	6	100,0%	2	33,3%	4	66,7%	3	50,0%
5	Descentralização	5	4	80,0%	5	100,0%	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
6	Gasto Público	5	5	100,0%	5	100,0%	1	20,0%	3	60,0%	3	60,0%
7	Relação Público-Privado	4	4	100,0%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%
8	Alocação de Recursos	3	3	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	2	66,7%	3	100,0%
9	Fontes de Financiamento	2	2	100,0%	2	100,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
10	Necessidades de Financiamento	3	3	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	2	66,7%	2	66,7%
Total de artigos		47	43	91,5%	47	100,0%	11	23,4%	27	57,4%	34	72,3%

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Figura 6 apresenta graficamente, em relação à quantidade de resultados, a frequência das intersecções identificadas entre eixos temáticos e dimensões de Singer *et al.* (1978).

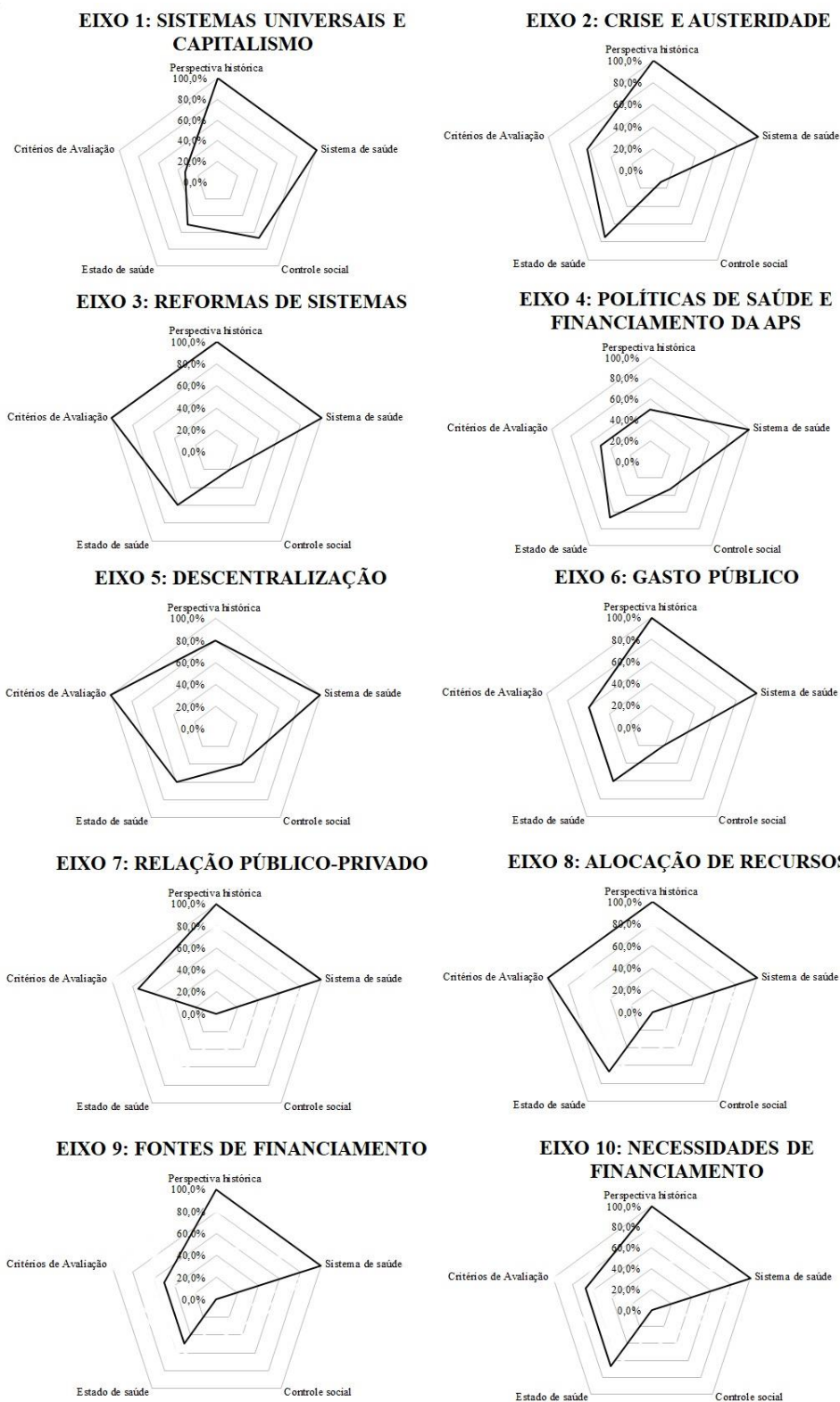
Figura 6: Número total de artigos que recorrem às dimensões presentes em Singer *et al.* (1978).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Já a Figura 7 vale-se do mesmo recurso gráfico da Figura 6 para apresentar percentualmente, no interior de cada eixo, o quanto que os resultados se valem das dimensões empregadas em “Prevenir e Curar”.

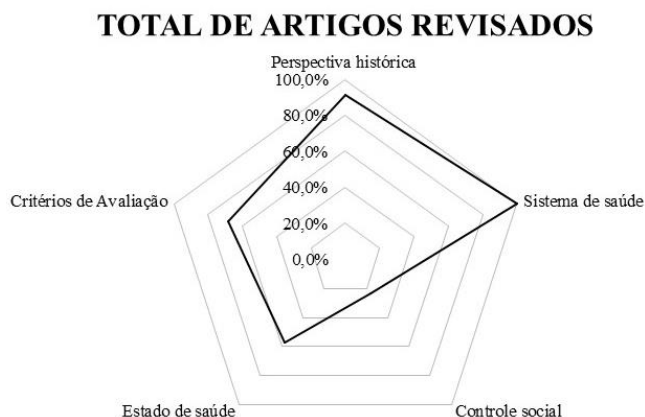
Figura 7: Percentual de textos de cada eixo que recorrem às dimensões presentes em Singer *et al.* (1978).



Fonte: Elaborado pelo autor.

A Figura 8 resume, para o total de artigos revisados, a frequência das dimensões empregadas em “*Prevenir e Curar*”.

Figura 8: Frequência das dimensões propostas por Singer *et al.* (1978) em relação ao número total de artigos (n=47).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Do cruzamento entre Eixos temáticos e Dimensões que foram destacados no Quadro 4, verifica-se que os resultados mais frequentes são artigos que discutem Crise e Austeridade (eixo 2) no âmbito dos sistemas de saúde (n=8), partindo-se de uma perspectiva histórica (n=8).

Por sua vez, a dimensão histórica também é bastante presente nas discussões acerca dos sistemas universais de saúde no capitalismo contemporâneo (eixo 1), já que os artigos que se propõem a lançar luzes sobre esse sistema econômico, o fazem identificando historicamente as fases do movimento do capital (n=6).

Nota-se que a discussão no âmbito do estado de saúde se destaca quantitativamente (n=6) e percentualmente (75%) no interior eixo temático Crise e Austeridade, uma vez que os artigos identificados, em geral, são muito contundentes ao relacionar a adoção medidas de austeridade que impactam o financiamento de políticas de saúde e os problemas gerados pela crise e pela própria redução no acesso aos SS. Verifica-se que o Estado de saúde é corriqueiramente enfatizado nos estudos (n=27), presente em 57,4% da totalidade dos estudos (e em 50% e 75% dos artigos a depender do eixo temático). Logo, alguns artigos discutem o financiamento sem necessariamente lançar luzes para essa questão.

Com exceção dos artigos sobre Sistemas Universais e Capitalismo, que tendem a ser mais teóricos, a dimensão dos critérios de avaliação está presente em pelo menos metade dos resultados dos demais eixos e, no geral, estão em 72,3% dos resultados.

Verifica-se que os critérios de avaliação assumem percentualmente papel mais importante nos artigos que discutem reformas de sistemas (100%), descentralização (100%) e alocação de recursos (100%).

Por fim, a dimensão do controle social, tal como entendido por Singer *et al.* (1978) é pouco presente, ocorrendo em apenas 11 resultados (23,4%), concentrando-se nos eixos Sistemas Universais e Capitalismo (n=2), financiamento de políticas de saúde (n=2) e descentralização (n=2). Verifica-se que, no primeiro eixo, que discute o capitalismo, o controle social se insere na discussão do estado no conflito capital-trabalho, no entanto estudos de outras temáticas principais não prescindem de ressaltar essa dimensão.

No Quadro 5 é apresentado o mapeamento das dimensões de Singer *et al.* (1978) nos artigos identificados. Nas próximas seções, a literatura da revisão sistematizada é discutida qualitativamente sob a ótica de cada uma das dimensões de Singer *et al.* (1978) no tocante ao financiamento dos sistemas de saúde no capitalismo contemporâneo.

Quadro 5: Dimensões de Singer *et al.* (1978) em relação aos artigos identificados.

Artigo	Dimensões de Singer <i>et al.</i>				
	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Críticos de Avaliação
EIXO 1: SISTEMAS UNIVERSAIS E CAPITALISMO					
ALVES <i>et al.</i> , 2019	Profundo descompasso histórico brasileiro para com o movimento do capital, especialmente na implementação do SUS durante a hegemonia do neoliberalismo e no auge do pensamento neoclássico.	Incorporação da forma política da sociabilidade capitalista na análise dos economistas da saúde acerca da sustentabilidade do sistema, rumo a uma economia política crítica do setor.	Saúde no conflito capital-trabalho	Níveis de saúde determinados pelos seus condicionantes políticos e econômicos, e não somente pelo acesso à assistência à saúde	a) saúde enquanto fenômeno social complexo, criticando-se o sentido da 'sustentabilidade' predominante na produção científica.
COSTA, 2017	Constituição de 1988 não constrangeu a ação do mercado no setor saúde na intensidade necessária para a institucionalização de um modelo de acesso universal, mas ratificou a composição desenvolvida no país desde os anos 1970.	Inviabilidade do pacto social sem a ativa participação governamental no financiamento e na coordenação da provisão. Singularidade do setor saúde demanda que o escopo e a escala da intervenção regulatória devem ir muito além da provisão de cuidado básico.	Proposta da Constituição de 1988 como solução eficiente das elites políticas para a dívida social na saúde durante a redemocratização dos anos 1980.	-	a) despesa pública e privada com saúde; b) proporção do gasto por desembolso direto.
MENDES e CARNUT, 2018	Crise de longa duração. Dinâmica do capitalismo sempre se desenvolve acumulando contradições que periodicamente levam a crises.	Subfinanciado e campo de expansão de mecanismos gerenciais, no contexto do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital portador de juros, sua crise e sua forma política específica materializada no Estado.	O conflito e a crise são marcas fundamentais da reprodução do capitalismo. O Estado como motor essencial para essa reprodução, produzindo políticas públicas em direção a interesses da lógica do capital.	-	a) gasto do MS e gasto com juros da dívida em relação ao PIB; b) Instrumentos de gestão baseados no desempenho.
SESTELO, 2018	Padrão de exploração intensiva do trabalho determinado pelas revoluções burguesas nos países centrais e a pela incorporação de novas tecnologias industriais ao processo de acumulação em escala global. Trajetória do capital em processo na assistência à saúde.	Nova dimensão adquirida pela estrutura dos diversos sistemas permitiu que diferentes espaços de transação fossem incorporados ao processo de acumulação capitalista setorial. Assistência como locus privilegiado para o capital em processo.	Políticas sociais na mediação das contradições intrínsecas à relação entre capital e trabalho. Manutenção de níveis mínimos de reprodução dos trabalhadores (incluindo saúde, previdência e assistência social).	-	-
MACHADO <i>et al.</i> , 2014	Aumento das responsabilidades dos Estados na área social no século XX. Como áreas que mobilizam mais recursos, saúde e seguridade social foram as mais pressionadas pelas reformas a partir da década de 1970. Mudanças na participação federal no financiamento da saúde nos anos 2000.	Aumento das responsabilidades dos Estados na área social relacionando-se às transformações do capitalismo mundial e à expansão dos direitos sociais. No Brasil, a implementação do SUS foi dificultada por obstáculos históricos, estruturais e contextuais, incluindo dificuldades no financiamento de políticas sociais.	-	Direcionamento de recursos federais para áreas estratégicas e redução das desigualdades, visando a melhoria das condições de saúde da população.	a) gasto federal per capita por grupos de despesas; b) gasto em relação ao PIB; b) avaliação da prioridade fiscal para a saúde, avaliando-se os aumentos do gasto e da arrecadação tributária;
MENDES <i>et al.</i> , 2018	Construção histórica e a persistência da fragilidade do financiamento da AB, em detrimento de uma visão limitada do seu conceito. Debate sobre a determinação econômica e social da saúde desde os anos 1960.	O SUS foi criado com base na principalidade da AP, esta deve necessariamente ser guiada por um financiamento adequado.	-	Debate sobre a determinação econômica e social da saúde deu impulso à crítica ao modelo biomédico e à organização dos SS hospitalocêntricos, que foram os embriões dos valores da AP. Essa concepção atinge a raiz dos problemas de saúde, centrando-se no seu enfrentamento.	a) ampliação e orientação do financiamento da AB por necessidades de saúde; b) recursos condicionados ao desempenho e à lógica gerencial, sob discurso da racionalização e eficiência.

Continua...

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Críticos de Avaliação
EIXO 2: CRISE E AUSTERIDADE					
BORGES <i>et al.</i> , 2018	Reformas estruturais na América Latina, entre as décadas de 1970 e 1990, e nos países periféricos da União Europeia, a partir de 2011, minam o Ebes, que se interpõe ao projeto neoliberal de acumulação por espoliação.	O Ebes teve um importante papel na distribuição de renda ao permitir o acesso universal à saúde, à educação e à aposentadoria. Sistema social dos Ebes depende da combinação entre um consenso excepcionalmente forte no tocante aos seus pontos-chave, num contexto histórico que favoreça o desenvolvimento da solidariedade.	-	a) consequências negativas das políticas de ajuste fiscal; b) a despeito da piora em praticamente todos os determinantes, resiliência do Ebes espanhol.	-
CANTER O MARTÍNEZ, 2016	Na década de 1940, ênfase na atuação contra doenças contagiosas. Constituição espanhola de 1978 adaptou o modelo de saúde ao novo quadro do Estado social, aos seus valores, aos seus princípios, cumprindo-se o direito à proteção da saúde.	Recentes reformas voltadas à eficiência e sustentabilidade econômica produziram uma “mutação” do sistema, afetando princípios básicos, modelo de seguro, universalidade, financiamento e, com ele, os princípios de equidade e coesão. Defesa de um pacto voltado não somente à sustentabilidade econômica, mas também à sustentabilidade social	Na política de saúde anterior, a ênfase na atuação contra doenças contagiosas que poderiam levar a um problema de saúde pública.	Saúde como investimento no bem-estar e não como gasto.	-
DE SOUZA, 2017	No final da década de 1980, a ideia de saúde como direito humano ganhou força em meio à luta contra a ditadura militar. A Constituição de 1988 consagrou o direito à saúde.	Criação do SUS para proporcionar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, buscando superar a fragmentação anterior da atenção entre ações preventivas e curativas.	-	Nas crises econômicas, austeridade afeta SS e geram aumento do desemprego, empobrecimento e desigualdades (entre outras, para expectativa de vida, saúde mental, autopercepção de saúde e acesso à saúde) entre os grupos populacionais mais e menos abastados.	a) melhoria de cobertura e qualidade das medidas preventivas; b) investimento e resultados positivos em saúde.
GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014	Panorama da criação e atual organização dos sistemas estudados. Intensidade das repercussões das medidas de austeridade sobre a universalidade condicionada pela ação dos atores sociais e pela natureza da crise, se conjuntural, ou estrutural enquanto crise do capitalismo democrático da segunda metade do século XX.	Distintos regimes de <i>welfare</i> entre países. Na saúde, duas modalidades principais de intervenção estatal: modelos bismarckiano e Beveridgeano. Crise financeira internacional acentuou as pressões econômicas e foi tomada como oportunidade para aprofundar medidas restritivas.	-	-	a) amplitude da cobertura populacional e abrangência da cesta de serviços; b) nível de cobertura por financiamento público.
LEHTO <i>et al.</i> , 2015	Mudanças institucionais e políticas nos sistemas de saúde escandinavos, relacionadas às crises macroeconômicas do final dos anos 1980 a 2012.	Dois crises econômicas separadas por um forte período de crescimento não significaram mudanças revolucionárias rápidas no sistemas nórdicos.	-	-	a) número total de empregos na saúde; b) gasto com saúde em proporção ao PIB.
MASSUDA <i>et al.</i> , 2018	Contexto de crescimento econômico possibilitou a expansão do SUS a partir de 2000. Crises econômicas e políticas, a partir de 2014, e as consequentes políticas de austeridade impactaram no sistema.	Implementação do SUS no contexto do 'Movimento da Reforma Sanitária' contra a ditadura militar, no final dos anos 1980. Reformas incompletas na saúde, sem abordar completamente as deficiências estruturais do sistema de saúde.	-	Governança e expansão da APS contribuíram para melhorias na cobertura e acesso aos SS e nos resultados de saúde. Efeitos adversos das medidas de austeridade provavelmente serão mais intensos no Brasil, em relação aos países de alta renda. Problemas sociais estruturais e austeridade podem reverter conquistas.	-

Dimensões de Singer *et al.*

Artigo	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Críticos de Avaliação
SANTOS e VIEIRA, 2018.	Crise do Ebes originou mudanças e reformas. Combinada com a intensificação da transformação industrial, impactos do aumento dos gastos derivado do avanço tecnológico, expondo o limite de recursos como problema. Na década de 1980, disseminação do neoliberalismo e queda de governos socialistas.	Envelhecimento e menor fertilidade contribuem para o desequilíbrio da seguridade social e pautam a preocupação da sustentabilidade. Medidas de austeridade tornam mais difícil garantir o acesso aos SS forma universal e integral, aproximando o país da proposta de CUS.	-	a) crises econômicas associadas à piora de problemas sociais, situação de saúde e aumento das desigualdades; b) austeridade potencializa efeitos das crises (saúde mental, doenças crônicas e infectocontagiosas); c) redução na autoavaliação do estado de saúde como bom; d) dificuldade de acesso aos SS; e) subgrupos mais vulneráveis podem ser mais negativamente afetados que a população geral.	a) gasto público com saúde e condição de saúde; b) efeito multiplicador do PIB para o gasto público.
SEGURA BENEDICTO, 2014	Desenvolvimento do Ebes, ainda que tardio e tímido na Espanha, serviu para estimular a participação e o envolvimento dos cidadãos nos assuntos públicos. Descontentamento político ilustra a renúncia à dimensão coletiva, acentuando o individualismo.	Boa avaliação popular do sistema de saúde, embora sob considerável pressão. Ênfase no contexto de mudanças decorrentes das reformas, com melhorias viáveis e defeitos. Redução dos gastos com saúde dependem da capacidade do sistema de saúde e sociedade de se adaptarem às novas circunstâncias.	-	a) necessidades em saúde devem aumentar, pois recessão afeta poder aquisitivo, trabalho, moradia, humor, autoestima e aumenta exclusão social; b) redução do consumo pode ter repercussões positivas em atividades poluentes, consumo de álcool e tabaco e risco de lesões associadas a acidentes de trânsito; c) consumo inadequado de saúde e iatrogenia são problemas relevantes na Espanha e revelam necessidade de adaptações.	Avaliação do usuário sobre o funcionamento do sistema, qualidade das áreas dos SS.
EIXO 3: REFORMAS DE SISTEMAS					
DIDERIC HSEN, 1995.	Internacionalização e maior dependência entre nações na segunda metade do século XX.	Sustentabilidade política do Ebes sueco baseada em serviços que satisfaçam necessidades básicas e expectativas mais exigentes das classes médias. Construção de solidariedade essencialmente universal, na qual todos se beneficiam e todos presumivelmente se sentirão obrigados a pagar. A estrutura do sistema é constantemente desafiada nos âmbitos econômico, ideológico e político, com especial relevância para os cuidados de saúde.	-	a) utilização de cuidados de saúde aumentando entre os muito idosos e doentes crônicos e diminuindo para outros grupos; b) boa saúde, e outras condições de vida (educação, emprego e recursos econômicos) essenciais para que pessoas floresçam, vivam socialmente ativos e controlem suas vidas de acordo com as aspirações pessoais.	a) avaliação da equidade em termos de igualdade de acesso, condições de vida entre doentes e não doentes e consequências sociais da doença.
ATUN <i>et al.</i> , 2015	Contexto histórico, sociocultural e político dos países latino-americanos: ditaduras, instabilidade e desigualdades persistentes, crise da dívida e intervenção do FMI.	Reformas produziram abordagens distintas em relação à cobertura universal, sustentada pelos princípios de equidade, solidariedade e ação coletiva para superar as desigualdades sociais. Em geral, o financiamento do governo permitiu a ampliação da cobertura e dos SS. É desafiadora a sustentabilidade dos investimentos para alcançar e manter a cobertura universal de saúde.	Reformas dos sistemas de saúde latino americanos ocorreram no contexto de luta de movimentos sociais pela restauração da democracia, enfrentamento das desigualdades e direitos sociais.	a) necessidades de saúde emergentes trazidas pelas transições sociais e demográficas, com tripla carga de doenças (mortes maternas e infantis e doenças infecciosas, doenças crônicas em rápido crescimento e alta mortalidade e incapacidade por causas externas); b) desenvolvimento econômico, aumento da renda, melhorias nos sistemas e cobertura universal contribuíram para melhores resultados.	a) cobertura; b) resultados de saúde; c) proteção financeira; d) satisfação dos usuários.

Continua...

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Crítérios de Avaliação
MASSUD A, 2020	Ênfase no período desde a implementação do SUS, ressaltando inovações no modelo de financiamento, desenho de arranjos organizacionais e crescimento da cobertura de APS.	Garantia de financiamento público para o fortalecimento de sistemas de saúde, com aumento de recursos para APS. Entre países de alta renda, predominantemente público e forte papel da APS. Nos de baixa e média renda, predominantemente privado, fragilidades estruturais e piores resultados em saúde. Em geral, focalização em doenças específicas e pagamento por desembolso direto.	-	O aumento de gastos em saúde, decorrente do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crônicas e da incorporação de novas tecnologias, tem ocorrido num patamar superior ao crescimento do PIB dos países.	Instrumentos de gestão, como capitação e avaliação de desempenho, como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF.
MOROSINI <i>et al.</i> , 2020	Contrarreformas a partir de 2016, contexto ainda mais favorável à pauta privatista, e intensificadas a partir de 2019.	O SUS preserva, disputando seu direcionamento e apontando para um horizonte societário mais justo e igualitário, os princípios da universalidade, integralidade e equidade	-	-	a) pagamento por desempenho e capitação; b) monitoramento de procedimentos e resultados das ações, sem considerar os processos de trabalho.
SETA <i>et al.</i> , 2021	Período pós-golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016, com inflexão na diretriz ideológica da condução das políticas sociais nos governos subsequentes.	APS proposta possui caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado. Concepção de cobertura universal em saúde, em detrimento da universalidade.	-	-	a) Lógica de repasses condicionados à capitação e ao desempenho em indicadores referentes a processos e resultados em saúde.
EIXO 4: POLÍTICAS DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DA APS					
CASTRO e MACHADO, 2010	Debate sobre a APS a partir dos anos 1970, o qual questionava o modelo médico hegemônico especializado e intervencionista. No Brasil, é destacada a evolução na política nacional de atenção primária à saúde, desde a década de 1990, no contexto de mudanças no arranjo federativo e descentralização, com ampliação do acesso à saúde.	APS possui concepções diversas, desde a mais abrangente, estruturante do sistema de saúde, até outra mais restritiva e seletiva. Relação com as particularidades do sistema de saúde de cada país, diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas, constantemente sob tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde.	-	a) modelo médico hegemônico especializado, intervencionista, com fragmentação da assistência com pouco impacto; b) sistemas orientados para APS têm impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade, ao promoverem cuidados mais efetivos e alcançam maior efetividade, eficiência e equidade em relação aos de atenção especializada.	-
CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018	-	No Canadá, serviços medicamente necessários são cobertos com fundos públicos e variam regionalmente. Assim, a cobertura de saúde depende da renda, localização geográfica e ocupação. Setor privado preenche a lacuna dos serviços não cobertos.	-	O tratamento de doenças crônicas consome 67% de todos os gastos diretos com saúde no Canadá. Altos custos dos medicamentos podem levar a não adesão aos tratamentos farmacêuticos necessários.	-
KERSHAW, 2020	-	Articulação com determinantes sociais da saúde e outras políticas sociais.	-	Evidência de que a saúde é moldada principalmente por seus determinantes sociais.	Grau de associação em relação à saúde entre gastos governamentais com programas sociais e em assistência médica.
MENDES e MARQUES, 2009	“Novo” papel do Estado no regresso do capital financeiro. Maior intensidade na disputa por recursos para uma política universal da saúde. Política macroeconômica e efeitos da atual fase do capitalismo financeiro para o financiamento do SUS.	Padrão de proteção social brasileiro desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou. A Constituição de 1988 modificou alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social.	Padrão de proteção social brasileiro desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou.	-	-

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Crítérios de Avaliação
EIXO 5: DESCENTRALIZAÇÃO					
RIZZOTTI e CAMPOS, 2016	Formas de intervenção do Banco Mundial desde a implementação da SUS e modo de gestão do Estado que emergiu nas últimas décadas do século XX diante das crises dos Ebes e do crescente mal-estar social decorrente do fim do pacto keynesiano.	Já no início do processo de implementação do SUS, Banco Mundial se contrapõe ao direito universal e ao acesso integral à saúde. Crítica à abordagem de cobertura universal de saúde.	Inclusão da saúde no âmbito público e como direito universal no contexto das contradições existentes entre acumulação e legitimação da ordem social. Perspectiva do Banco Mundial de garantia de "mínimos essenciais", através de aparato público reduzido voltado a controlar riscos tendentes a desestruturar o mercado.	Banco Mundial defende que Eficiência promove maior produção de serviços e melhores resultados de saúde.	Difusão da administração gerencial, baseada no cumprimento de metas e na recompensa por resultados.
VIEIRA e SANTOS, 2018	-	O financiamento do SUS tem sido tema recorrente desde sua criação, no contexto de defesa do direito universal à saúde. Recursos alocados são considerados insuficientes para garantir o acesso na forma prevista na Constituição de 1988.	-	-	-
LIMA, 2007	Bases do modelo de federalismo fiscal remonta aos fundamentos da reforma de 1967, de modo que atuais conflitos no terreno tributário se dão pelas modificações incompletas em uma conjuntura política e econômica completamente diversa.	Transferência de recursos no contexto do financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde, com potencialidades redistributivas para superação das desigualdades regionais e locais, voltando-se para a maior homogeneidade.	-	-	a) transferências baseadas em capacidade instalada e produção de ações e SS; b) peso da oferta e produção de SS restringe alocação equitativa de recursos para custeio; c) necessário contemplar diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio-sanitárias, orientando-se para as maiores necessidades de saúde.
COSTA-FONT e GIL, 2009	Descentralização da política de saúde na Espanha, entre 1980 e 2001.	Elaboração de políticas que visam reduzir barreiras existentes aos cuidados de saúde para atingir metas de equidade.	Referência à coesão social e garantia de acesso equitativo a bens públicos.	Hipóteses da renda absoluta e da renda relativa para as desigualdades em saúde. Ênfase na maior eficácia, em relação às políticas de saúde, dos instrumentos fiscais de transferência de renda e da melhoria nos determinantes sociais.	Grau de equidade na produção e manutenção da boa saúde, no uso dos SS e no financiamento normalmente são os principais parâmetros para avaliar o desempenho de um sistema de saúde.
PUIG-JUNOY, 2006	-	Conveniência social como questão primordial frente à viabilidade ou sustentabilidade de aumentos nos gastos com saúde pública. Alternativas para o financiamento: reformas para a eficiência; reformas para aumento do financiamento público e privado; e reformas para racionamento dos SS.	-	Inovações ampliam as possibilidades de contribuir, ainda que de forma muito variável, para a melhora do estado de saúde.	a) projeções do gasto futuro em saúde baseadas na decomposição de fatores de crescimento, estimando-se com base em vários pressupostos; b) aumento da intensidade média dos SS como o principal fator, seguido pelos demográficos.

Artigo

Dimensões de Singer *et al.*

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Crítérios de Avaliação
DE PAIVA <i>et al.</i> , 2017	Constituição dos mecanismos de financiamento na coordenação do SUS. Práticas governamentais dos anos 1970 desenvolveram experiências de descentralização da gestão, integração de ações preventivas e curativas e expansão da cobertura desvinculada do vínculo previdenciário.	Sistema prévio era caracterizado pela centralização e segmentação institucional e de clientela, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação. SUS ampliou e desconcentrou a rede de SS, reduzindo as desigualdades regionais, ainda que persistam os problemas de insuficiência e má distribuição.	Inclusão de novos segmentos à assistência médica pública, buscando conquistar legitimidade durante o regime autoritário brasileiro.	Expansão da rede assistencial e observação de importantes mudanças em indicadores de resultados, como a redução da mortalidade infantil e o controle de doenças.	a) nível “adequado” de distribuição de competências, poderes e recursos entre entes; b) indicadores de hospitalização e consultas por habitante para verificação de desigualdades regionais.
VAZQUEZ, 2011	Mudança nas regras de financiamento e nas relações governamentais no período pós-Constituição de 1988.	Novas regras e incentivos para os governos subnacionais com objetivo de viabilizar mais recursos, garantir prioridade à atenção básica e promover sua efetiva descentralização.	-	-	a) critérios de alocação orientados para as maiores necessidades de saúde, contemplando perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio sanitárias.
EIXO 6: GASTO PÚBLICO					
CAMPELI e CALVO, 2007	EC-29 como medida para evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 1990, marcados por instabilidade nas fontes de financiamento e adoção de medidas emergenciais e provisórias.	Fortalecimento do SUS passa pela vontade política para efetivamente priorizar a saúde. Comprovação da necessidade de mais recursos financeiros para o setor saúde no Brasil.	-	Expansão do sistema no período pós-constitucional, crescendo em quantidade e qualidade e incluindo milhões de brasileiros na atenção básica e especializada.	-
COSTA <i>et al.</i> , 2015	Historicamente universalidade restrita às ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Apenas no final da década de 1980, houve a expansão da assistência à saúde para a cobertura universalizada, independentemente de vínculo previdenciário.	SUS como modelo de saúde universal e igualitário para garantia da assistência à saúde. Discussão do Financiamento deve ser contextualizada com base em questões econômicas e políticas e resulta no fortalecimento ou enfraquecimento do sistema.	-	a) financiamento prioritário da APS e vigilância em saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças), evitando-se gastar mais em recuperação e reabilitação. b) fortalecimento dessas áreas e investimentos em treinamento e tecnologias devem ser contínuas para a melhora do estado de saúde.	a) análise do gasto público e da participação dos estados e do DF no financiamento da saúde.
CROZATI <i>et al.</i> , 2020	Sistema de saúde brasileiro totalmente segmentado e excludente nos anos de 1960 e 1970. Arranjo institucional complexo na Constituição de 1988.	SUS como caso emblemático da nova configuração de “arranjos institucionais complexos”, observados no país em diversas áreas das políticas públicas, caracterizados por decisões negociadas e construídas em fóruns coletivos.	-	-	a) gasto per capita municipal por nível de atenção, região e porte; b) avaliação da eficiência do gasto por modalidade de repasse, com indicadores de desempenho.
MACHADO <i>et al.</i> , 2017	Forte imbricamento entre setores público e privado já na trajetória anterior ao SUS. Contradições e condicionantes, observando-se continuidades e mudanças no contexto, na condução nacional da política de saúde de 1990 a 2016.	Coexistência do sistema universal com mercados privados dinâmicos e em ascensão espolia a possibilidade de consolidação de um sistema de fato único e igualitário, reiterando a estratificação e as desigualdades sociais.	Saúde expressa contradições estruturais inerentes à política social no sistema capitalista, especificidade de sua trajetória nos processos históricos das sociedades.	Expansão de programas específicos e serviços públicos favoreceram resultados sanitários positivos.	Despesa pública e privada com saúde.
VIEIRA, 2020	Preocupação constante com o financiamento do SUS desde a Constituição de 1988.	Sem o aporte suficiente de recursos para o SUS e outras políticas que atuam sobre determinantes sociais da saúde, associado à redefinição das prioridades na saúde, o alcance das metas do ODS 3 fica comprometido, pois depende da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços.	-	-	-

Continua...

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	CrITÉrios de Avaliação
EIXO 7: RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO					
ANDREA ZZI e OCKÉ-REIS, 2007	Período pós-Constituição de 1988.	Tratamento ambíguo do Estado à política de saúde, combinando o modelo constitucional e o modelo liberal, fortalecido pela adoção das ideias neoliberais. SUS pressupõe um modelo de proteção que pode superar a aparente contradição entre políticas universais e focais, por meio de programas seletivos no interior do sistema universal.	-	-	Equidade no financiamento da saúde relacionado à distribuição dos gastos das famílias em saúde em proporção aos seus proventos em termos de incidência progressiva ou regressiva.
BAHIA, 2005	SUS, baseado no direito universal à saúde rompe com as formas pretéritas de acesso restrito aos trabalhadores do mercado formal e seus dependentes.	Universalização desafiada pela preservação e reorganização da segmentação. Hiato entre as concepções baseadas em modelos puros e a realidade brasileira, com formas híbridas de prestação e organização, constitui foco permanente de tensões.	-	-	Comparação internacional do gasto privado, constituído pelo pagamento de planos privados e o pelo desembolso direto com SS, medicamentos e outros insumos.
BAHIA, 2008	Combinação de análises de conjuntura relacionadas à saúde privada ao longo dos anos 1980, enfatizando o SUS nesse contexto a partir da Constituição de 1988.	Transfiguração da essência do SUS e subtração do projeto institucional para a efetivação da garantia do direito à saúde mediante contradições com o setor privado.	-	-	-
OCKÉ-REIS, 2018	Período pós-Constituição de 1988.	Concentração de esforços do Estado para construir e fortalecer o sistema público. No entanto, planos de saúde contam com subsídios favoráveis ao consumo de bens e serviços privados. Renúncia fiscal não promove a equidade e a consolidação do SUS.	-	-	Avaliação da renúncia fiscal na distribuição do gasto público per capita por estratos de renda em termos de equidade.
EIXO 8: ALOCAÇÃO DE RECURSOS					
BAPTIST A <i>et al.</i> , 2012	Constituição de 1988 introduziu mudanças voltadas à maior integração entre planejamento e orçamento, refletindo o momento da redemocratização, o esforço de ampliação da participação política e a busca por um maior balanceamento entre os Poderes.	No cenário de recursos escassos frente ao projeto de universalização, as emendas parlamentares acirram interesses e reforçam práticas que colidem com a perspectiva de redução das desigualdades em saúde.	-	-	Identificação do percentual de emendas executadas, peso no orçamento da saúde, natureza da despesa, finalidade de investimento e distribuição por regiões e estados.
BARR <i>et al.</i> , 2014	Desde a década de 1970, várias fórmulas para alocação equitativa de recursos às organizações comissionadas do NHS, com base no nível de necessidade de suas populações.	Em países onde o acesso aos SS é baseado principalmente na necessidade, e não na capacidade de pagamento, o aumento do gasto está associado a melhores resultados.	-	a) política de alocação de mais recursos em áreas mais carentes reduziu desigualdades absolutas em saúde na mortalidade passível de assistência à saúde; b) mudanças que reduzam recursos nessas áreas podem reverter a tendência e ampliar desigualdades.	a) relação entre alocação e nível de desigualdades geográficas na mortalidade passível de cuidados; b) políticas fora do sistema de saúde podem explicar redução de desigualdades, algumas sem impacto na mortalidade.

	Perspectiva histórica	Sistema de saúde	Controle social	Estado de saúde	Crítérios de Avaliação
PORTO <i>et al.</i> , 2007	Metodologias de alocação RAWP (utilizada na Inglaterra entre 1976 e 1994), com críticas às suas limitações, e a proposta por Carr-Hill, em 1994, testada pelo estudo no Brasil.	Modelos de demanda baseados nas necessidades de saúde para distribuição de recursos financeiros entre áreas apresenta limitações em contextos marcados por grandes iniquidades no acesso, como o do Brasil.	-	a) alocação de recursos por capitação desconsidera diferenças demográficas e sociais que impactam diretamente no perfil de necessidades de saúde. b) no Brasil, as pessoas socialmente menos favorecidas tendem a adoecer mais e usar menos serviços de saúde, o que caracteriza a marcada iniquidade.	a) incorporação de medidas de necessidade de saúde às fórmulas de alocação, voltadas a maior equidade; b) devem permitir dimensionar desigualdades relativas entre as condições de saúde; c) abordagens diferenciam-se na forma como essas são estimadas.
EIXO 9: FONTES DE FINANCIAMENTO					
FUNCIA, 2019	Implementação do SUS foi parcialmente condicionada pelo processo de seu subfinanciamento crônico, sem um “apoio maciço e de classe” diante do neoliberalismo, da dinâmica dependente da economia brasileira e das medidas ortodoxas na macroeconomia.	Sistema estruturado, funcional e sem subfinanciamento cria muitas dificuldades à atuação do capital no mercado de planos de saúde e no provimento de serviços privados. Mais recursos orçamentários e financeiros para o SUS podem permitir o aprimoramento da gestão.	-	Subfinanciamento crônico do SUS é um dos fatores condicionantes das necessidades de saúde da população.	-
UGÁ e SANTOS, 2006	SUS herdou a estrutura de um modelo de sistema no qual o papel do Estado havia sido o de promover a expansão do setor privado. Estrutura do gasto em saúde fortemente marcada por essa herança, diferentemente de sistemas de cunho welfariano.	SUS considerado precursor e modelo potencial para outros países em desenvolvimento, com acesso universal e igualitário à saúde como direito constitucional.	-	-	Índice de Kakwani do financiamento público, avaliando-se a proporcionalidade em relação à renda.
EIXO 10: NECESSIDADES DE FINANCIAMENTO					
NOSSA, 2020	Inscrição do direito à saúde na Constituição de 1976. Evolução das principais causas de mortalidade e causas de incapacidade em Portugal entre 1990 e 2017 para faixas etárias.	Sistema português ancorado no direito constitucional de proteção da saúde, por meio da universalidade e caráter tendencialmente gratuito. Envelhecimento exige adaptação às complexas necessidades de um público crescente.	-	a) ganhos obtidos na modificação dos estilos de vida podem ser comprometidos pela crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, com impacto na despesa; b) maior número de indivíduos ≥ 85 anos; maiores níveis de dependência, demência e comorbidades.	a) relação entre envelhecimento e despesa em saúde; b) crítica à relação não proporcional entre crescimento econômico e fatia alocada na saúde.
PUIG-JUNOY e ROVIRA, 2004	Transição do sistema previdenciário para universal, financiado por impostos, no início dos anos 1980, e descentralização. Desde os anos 1990, contenção de custos e mudanças nos modelos de financiamento, organização e gestão.	Reforma do sistema de saúde espanhol ao lado do processo político de descentralização do Estado. Alguns dos objetivos iniciais, como a universalização e o financiamento por impostos, já haviam quase sido alcançados.	-	-	-
ROCHA <i>et al.</i> , 2021	O Brasil é considerado precursor e modelo potencial para outros países em desenvolvimento, ao estabelecer acesso universal e igualitário à saúde como direito constitucional, e o SUS com o objetivo de alcançar a cobertura universal e reduzir as disparidades no acesso aos SS e nos resultados de saúde.	O rápido crescimento dos gastos com saúde levou os sistemas de saúde a uma situação de crescente tensão entre as necessidades de financiamento e restrições.	-	a) apesar dos desafios dos países em desenvolvimento, o SUS expandiu o acesso, melhorou os resultados e reduziu desigualdades em saúde; b) rápido envelhecimento deverá acelerar o crescimento das necessidades de financiamento.	Projeção das necessidades de financiamento da saúde com base em fatores como envelhecimento da população e crescimento da renda.

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA

A obra *Prevenir e Curar: O Controle Social através dos Serviços de Saúde* não prescinde de articular a avaliação dos SS com a perspectiva histórica, reconhecendo o estado de saúde como produto da sociabilidade capitalista, de modo que fatores considerados, resultados e conclusões de avaliações em saúde não negam a historicidade. Singer *et al.* (1978) ressaltam os SS como unidade social historicamente constituída, cuja identidade percorre a história do país e a própria identidade do ocidente, ressaltando, ainda, as questões de monopólio legal no âmbito da prestação de cuidados à saúde e a sua hierarquia complexa.

Essa perspectiva é particularmente importante na crítica à ideologia neoclássica e do tipo de avaliação decorrente desta, voltada ao desempenho e eficiência, com grandes desdobramentos no nível de financiamento e na alocação de recursos no interior dos sistemas de saúde, ganhando maior importância no cenário de crise estrutural do capitalismo contemporâneo.

Busca-se identificar se os artigos revisados recorrem à contextualização histórica para promoverem suas discussões e quais as contribuições para uma abordagem crítica do financiamento dos sistemas de saúde. Verifica-se que 42 artigos (89,4%) contextualizam historicamente os objetos de discussão.

Todos os cinco artigos (10,6%) que não recorrem à perspectiva histórica possuem maior proximidade do pensamento econômico keynesiano. São estudos voltados a projeção de gastos (PUIG-JUNOY, 2006; ROCHA *et al.*, 2021), acesso a medicamentos (CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018), articulação com outras políticas sociais (KERSHAW, 2020) e com os ODS (VIEIRA e SANTOS, 2018). No geral, para os objetivos expostos utilizam-se de metodologias mais voltadas à avaliação de dados que prescindem de contextualização histórica dentro de uma ótica keynesiana de políticas sociais.

Por outro lado, nos artigos mais próximos da perspectiva marxista, verifica-se que a contextualização histórica frequentemente funciona como ferramenta discursiva acerca da limitação do Estado capitalista, que não permitiria ilusões quanto ao seu papel no movimento do capital (MENDES e CARNUT, 2018).

No cenário da América Latina, Atun *et al.* (2015) vale-se do contexto histórico, sociocultural e político dos países para estudar como ocorreram as reformas dos sistemas de saúde, nas últimas décadas do século XX, enfatizando o cenário de ditaduras, instabilidade e desigualdades persistentes, crise da dívida e intervenção do FMI. Borges *et al.* (2018) recorrem

a esse contexto de reformas estruturais para contextualizar medidas impostas aos países do Sul da Europa, como Espanha e Portugal, a partir de 2011.

No contexto brasileiro, a mediação histórica assume especial importância ao considerarmos o descompasso histórico e de posição no capitalismo mundial entre o SUS, estabelecido já sob a égide do neoliberalismo, e os sistemas de saúde dos Estados de bem-estar social dos países de capitalismo central (MENDES e MARQUES, 2009; ALVES *et al.*, 2019).

Verifica-se que o momento histórico da Constituição Federal de 1988 é o ponto de partida para a maioria dos estudos brasileiros, haja vista o reconhecimento do direito à saúde e a criação do SUS, e a partir daí as discussões acerca dos mecanismos de financiamento e alocação de recursos no sistema. Entende-se que para compreender as limitações existentes no SUS faz-se necessário entender o histórico da estruturação do setor saúde no país de capitalismo dependente. Poucos artigos brasileiros transpõem o ponto nodal da Constituição de 1988 em busca de explicitar fatores e o contexto pré-existente para discutir as questões contemporâneas do financiamento do SUS.

Por outro lado, alguns artigos colocam a saúde pública brasileira em perspectiva histórica e internacional. Sestelo (2018) discute brevemente o cenário de advento das revoluções burguesas nos países centrais e a incorporação de novas tecnologias industriais ao processo de acumulação capitalista, com os desdobramentos para o setor saúde na perspectiva da categoria capital em processo. No Brasil, é enfatizado o desenvolvimento industrial tardio, na década de 1930, a aceleração da urbanização e o desenvolvimento da moderna burocracia de Estado. Essa discussão é aprofundada por Singer *et al.* (1978) no sentido de identificar as implicações para a situação de saúde.

Escrevendo no momento histórico do final da década de 1970, Singer *et al.* (1978: 34) observam que o processo de plena institucionalização dos serviços de saúde ainda estaria em andamento na maioria dos países não-desenvolvidos. No Brasil, destaca-se o papel do Estado como financiador do consumo de assistência médica e no pagamento de hospitalizações a terceiros (SINGER *et al.*, 1978: 129), além do caráter fragmentado das ações e serviços de saúde (SINGER *et al.*, 1978: 134-5)¹³⁰.

¹³⁰ Ressalta-se que na segunda parte da obra *Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde*, Singer *et al.*, (1978) discutem a evolução da situação de saúde no Brasil, desde a colônia, em diálogo com outros dois ângulos: organização dos SS e evolução dos conhecimentos médico-sanitários.

A segunda metade do século XX é também abordada por outros estudos, com ênfase para a estrutura do setor saúde no período da ditadura, em geral de forma comparativa com a estruturação do SUS, reconhecendo-se a persistência dos problemas. Para além da identificação do caráter segmentado e excludente do sistema previdenciário precedente ao SUS (CROZATTI *et al.*, 2020), os salientam o forte imbricamento entre os setores público e privado na trajetória da política de saúde anterior ao SUS (MACHADO *et al.*, 2017), de modo que herdou-se uma rede de serviços particulares (BAHIA, 2005) e a estrutura na qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, e conseqüentemente, também foi herdada a estrutura do gasto nacional em saúde (UGÁ e SANTOS, 2006).

Destacam-se limitações da reforma de saúde brasileira ao não constringer a ação do mercado, ratificando a organização existente, sem a intensidade necessária para a institucionalização de um modelo de acesso universal (COSTA, 2017), não abordando completamente deficiências estruturais do sistema de saúde (MASSUDA, 2018). Outros artigos contribuem ao identificarem historicamente pontos específicos, como o modelo de federalismo fiscal, que remonta aos fundamentos da reforma de 1967 (LIMA, 2007), e experiências prévias de descentralização da gestão, de meados de 1970 (DE PAIVA *et al.*, 2017).

Não podemos deixar de ressaltar a limitação de tamanho dos artigos para a publicação em revistas, como fator para que inexista, ou pouco se aprofunde, a perspectiva histórica, uma vez que demanda um grau de síntese, comprometendo a historicidade necessária para as complexas discussões no âmbito das políticas sociais.

3.2 SISTEMAS DE SAÚDE SOB A ÉGIDE DO ESTADO CAPITALISTA

Faz-se necessário distinguir, sobretudo para a finalidade de avaliação, os serviços de saúde dos sistemas de saúde. Como exposto no Capítulo 1, a obra de Singer *et al.* (1978) relaciona cronologicamente os sistemas de saúde de caráter universal com a plena institucionalização dos serviços de saúde.

Quanto à revisão da literatura, uma vez que a sintaxe da busca possui como um dos itens-chave o termo “sistemas universais de saúde” é coerente que todos os artigos pautem discussões no âmbito de sistemas de saúde, ainda que abordem teoricamente esses sistemas em diferentes níveis de profundidade. Cabe aqui averiguar quais as perspectivas assumidas.

Os textos mais voltados à abordagem marxista, identificam os sistemas no contexto da acumulação capitalista. Sestelo (2018) coloca o problema da expansão global na oferta de produtos, inclusive aqueles relacionados aos serviços de saúde, e da constituição de uma

demanda compradora estável, contexto no qual a assistência à saúde adquiriu um lócus privilegiado para o capital em processo. Singer *et al.* (1978) já identificavam a inserção dos serviços de saúde numa perspectiva generalizada de “novos produtos” no mercado, abarcando as inovações tecnológicas no campo da saúde, a partir de meados do século XIX. Como a satisfação das necessidades de consumo através da aquisição de cuidados da medicina científica estava inicialmente disponível apenas para os operários melhor pagos, deram-se como soluções a formação de associações voluntárias de seguro-saúde, no primeiro momento, e posteriormente a formulação dos sistemas estatais, já que a grande maioria dos trabalhadores não ganhava o suficiente para a adesão.

Observa-se então, que o contexto de transformações do capitalismo e do movimento de trabalhadores promoveu o aumento das responsabilidades dos Estados na área social (MACHADO *et al.*, 2014). No âmbito da consolidação constitucional de direitos sociais, como à saúde, Costa (2017) lança luzes para a inviabilidade do pacto social sem a ativa participação governamental no financiamento e na coordenação da provisão de bens públicos. Por sua vez, Borges *et al.* (2018) reconhecem as condicionalidades históricas envolvidas no processo, ao defenderem que sistema social dos Estados de bem-estar social depende da combinação entre um consenso excepcionalmente forte no tocante aos seus pontos-chave, num contexto histórico que favoreça o desenvolvimento da solidariedade. Não se trata, portanto, de condição perene em perspectiva histórica. No caso da proteção social em países como o Brasil, trata-se ainda de reconhecer que esse desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou (MENDES e MARQUES, 2009). No que tange ao subfinanciamento, sobressai-se a falta de “apoio maciço e de classe” no processo de implementação do SUS diante do neoliberalismo (FUNCIA, 2019).

Singer *et al.* (1978: 30-1) expõem os elementos históricos da formulação do Estado capitalista como provedor de serviços e de assistência, combinando a necessidade do capital de que fossem consumidos os novos produtos do setor saúde, o poder de barganha da classe operária em ascensão sobre Estado e as empresas, a partir do final do século XIX, e a necessidade de se conter e desautorizar as associações voluntárias de trabalhadores e o movimento sindical, assegurando a lealdade da classe operária à ordem constituída.

Processo semelhante no Brasil, ainda na década de 1930, é ressaltado por Singer *et al.* (1978: 30) no desenvolvimento da Previdência Social, conforme identificado por Donnangelo (1975) em declaração do Governo Provisório:

A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as comissões de conciliação, as caixas de pensões, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável. Não há nesta atitude nenhuma hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas, o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos do sentimento da pátria e família (Donnangelo, 1975 apud Singer *et al.*, 1978: 30-1).

Alguns artigos de pensamento marxista expõem essa ordem constituída na sociedade capitalista como o próprio papel do Estado na reprodução do capital. Mendes e Carnut (2018) ressaltam a forma política específica do capitalismo materializada no Estado, como um elemento essencial das relações de produção. Disso decorrem questões a respeito do perfil de atuação do Estado. Essa análise possui especial importância no capitalismo contemporâneo sob dominância do capital portador de juros, dadas as contradições no que diz respeito à produção de políticas públicas em direção aos interesses da lógica do capital. No caso brasileiro, a coexistência do sistema universal com mercados privados dinâmicos e em ascensão (MACHADO *et al.*, 2017) e os subsídios favoráveis ao consumo de bens e serviços privados (OCKÉ-REIS, 2018) expressam movimentos substancialmente contrários aos princípios do SUS, tensionando a efetivação da universalidade, integralidade e equidade (MOROSINI *et al.*, 2020).

Outra abordagem dos sistemas de saúde se insere na abordagem das especificidades do setor saúde e do nível de incerteza a respeito dos gastos com os cuidados. Costa (2017) observa a singularidade do setor, ressaltando a imprevisibilidade do surgimento de doenças e a incerteza das suas consequências, como o risco da perda da capacidade de trabalho e da própria vida, de modo que a demanda individual por assistência não pode ser postergada, posição assemelhada a outros artigos que destacam a importância dos sistemas de saúde como mecanismo de proteção social diante de gastos catastróficos (ATUN, R. *et al.*, 2015; CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018; COSTA, 2017). Ainda que não recorram ao conceitos de gastos catastróficos Singer *et al.* (1978) expõem a criação dos sistemas nacionais de saúde no sentido de atendimento da demanda pelo acesso aos SS, o que era impossibilitado pelo nível de renda de grande contingente de trabalhadores.

Outro aspecto diversas vezes sublinhado nos artigos é a sustentabilidade dos sistemas diante de fatores como a transição demográfica e envelhecimento (DIDERICHSEN, 1995;

NOSSA, 2020; ROCHA *et al.*, 2021, SANTOS e VIEIRA, 2018), o aumento da intensidade média de uso dos SS (PUIG-JUNOY, 2006) e, sobretudo, dos cenários de crise (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014; LEHTO *et al.*, 2015; CANTERO MARTÍNEZ, 2016; DE SOUZA, 2017; SANTOS e VIEIRA, 2018; MASSUDA *et al.*, 2018).

Diante dessas questões contemporâneas e considerada a crescente ênfase no aspecto de sustentabilidade dos sistemas de saúde, Alves *et al.*, (2019) criticam o sentido da “sustentabilidade” predominante na produção científica e alertam para a necessidade de inserir a forma política da sociabilidade capitalista na análise dos sistemas de saúde.

Por sua vez, Diderichsen (1995) menciona a sustentabilidade política do Estado de bem-estar sueco através da prestação de serviços que satisfaçam tanto necessidades básicas quanto expectativas mais exigentes das classes médias. Este autor não deixa de considerar que a estrutura do sistema é constantemente desafiada nas esferas econômica, ideológica e política, com especial relevância para os cuidados de saúde.

3.3 CONTROLE DE PROBLEMAS SENTIDOS EM NÍVEL SOCIAL

Para Singer *et al.* (1978: 17) os serviços de saúde não integram diretamente o processo de produção capitalista, mas desempenham funções cruciais de controle. No âmbito do financiamento desses serviços, depreende-se a necessidade por parte do capital, para a sua própria reprodução, de estabelecer um determinado grau de acesso e um determinado patamar de recursos financeiros alocados nos sistemas de saúde.

Apenas 11 artigos (23,4%) apresentam elementos que dialogam com a dimensão do controle social, tal como definido por Singer *et al.* (1978). Das dimensões da obra aqui elencadas esta é a com menor correspondência em relação aos artigos revisados.

Nessa dimensão, há a predominância de artigos de pensamento marxista (n=7), em relação aos keynesianos (n=4). As abordagens ocorrem de formas distintas.

Os artigos de pensamento keynesiano voltam-se à perspectiva de coesão e ordem social, com concessões do Estado no campo da saúde. Assim como Singer *et al.* (1978), retoma-se a evolução da atuação governamental na saúde, como na discussão acerca da superação do modelo que enfatizava as doenças contagiosas que poderiam levar a um problema de saúde pública (CANTERO MARTÍNEZ, 2016), e na referência à coesão social e através da garantia de acesso equitativo aos bens públicos (COSTA-FONT e GIL, 2009).

Os artigos mais próximos do pensamento marxista não prescindem de inserir a saúde no conflito capital-trabalho para discutir o financiamento da saúde (ALVES *et al.*, 2019), destacando as políticas sociais na mediação das suas contradições intrínsecas (SESTELO, 2018), o quanto que estas se expressam na saúde (MACHADO *et al.*, 2017) e no conflito entre acumulação e legitimação da ordem social (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016). Quanto ao papel do Estado, Mendes e Carnut (2018) o destacam na provisão de direitos sociais, ressaltando-o, porém, como motor essencial para a reprodução do capitalismo, produzindo políticas públicas em direção aos interesses da lógica do capital.

No Brasil, identifica-se um contexto de heterogeneidade estrutural do capitalismo e profundo atraso das relações capitalistas de produção, refletida nas relações entre capital e trabalho e na desigualdade de renda (BAHIA, 2005). Nesse sentido, alguns artigos ressaltam alguns movimentos de inclusão de segmentos à assistência à saúde pública, antes do SUS, buscando conquistar legitimidade para o regime autoritário brasileiro (DE PAIVA *et al.*, 2017). Já na redemocratização do anos 1980, a inscrição do direito à saúde é apontada como solução eficiente das elites políticas para a dívida social na saúde (COSTA, 2017), integrando o contexto de reformas latino-americanas, luta de movimentos sociais pela restauração da democracia, enfrentamento das desigualdades e direitos sociais (ATUN *et al.*, 2015).

Se Singer *et al.* em 1978 colocavam o problema da avaliação dos SS no contexto da expansão do campo de atuação da medicina (quantidade cada vez maior de contradições como problemas de saúde), no contexto do capitalismo contemporâneo em crise, que impõe o constrangimento do financiamento público, essa discussão precisa ser atualizada do ponto de vista da capacidade desse campo expandido de atender às necessidades e efetivar o direito à saúde. Do ponto de vista da manutenção de níveis mínimos de reprodução das populações de trabalhadores (SESTELO, 2018), devemos destacar a crítica à perspectiva da focalização de políticas e da cobertura universal de saúde (COSTA, 2017; MASSUDA, 2018; MOROSINI *et al.*, 2020, RIZZOTTO e CAMPOS, 2016; SANTOS e VIEIRA, 2016) e à incorporação de conceitos do campo progressista, como a noção de equidade, modificando-os semanticamente e reduzindo "ao campo do possível liberal" (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

Os artigos identificados que lidam com essa dimensão vêm ao encontro da abordagem de Singer *et al.* (1978), de modo que o acesso a determinados bens públicos está mais relacionada a uma concessão do capital para evitar a perturbação da ordem constituída do que à efetivação de direitos sociais, contexto no qual o Estado assume o papel de instância reguladora para reparar os danos provocados pelas contradições da relação social do capital.

3.4 ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Em relação à produção de determinados estados de saúde, verifica-se que 27 artigos enfocam essa questão a partir da discussão de questões que foram organizadas sob os aspectos do contexto social (condição social e demografia) e da organização dos sistemas de saúde (políticas de saúde e recursos financeiros).

Foram identificados 14 artigos que recorrem às condições das políticas de saúde, 11 artigos recorrem ao contexto político, econômico e social, 6 artigos estabelecem relação com aspectos demográficos e 5 artigos articulam diretamente a questão do estado de saúde aos recursos financeiros direcionados aos sistemas de saúde.

Como já apresentado, Singer *et al.* (1978) discutem o estado de saúde da população no contexto das transformações acarretadas pela sociabilidade capitalista. Cabe aqui verificar como os artigos identificados relacionam o estado de saúde com os atuais aspectos da fase contemporânea do capitalismo. Essas relações são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6: Relações de aspectos contemporâneos com o estado de saúde

Eixo	Artigo	Contexto social						Organização do sistema de saúde								
		Condição social				Demografia		Políticas de saúde				Recursos financeiros				
		Impactos da crise	Condicionantes, políticos e econômicos	Transferência de renda e saúde	Condições de vida e saúde	Determinantes sociais	Mudanças demográficas	Estilo de vida	Cobertura dos SS	Acesso aos SS e tratamento	APS Tecnologia	Consumo inadequado de SS / Iatrogenia	Desempenho	Alocação de recursos	Investimento no bem-estar	Subfinanciamento
1	ALVES <i>et al.</i> , 2019		•													
	MACHADO <i>et al.</i> , 2014												•			
	MENDES <i>et al.</i> , 2018		•							•						
2	BORGES <i>et al.</i> , 2018	•														
	CANTERO MARTÍNEZ, 2016								•					•		
	DE SOUZA, 2017	•														
	MASSUDA <i>et al.</i> , 2018	•							•							
	SANTOS e VIEIRA, 2018.	•														
	SEGURA BENEDICTO, 2014	•				•		•			•					
	DIDERICHSEN, 1995.				•		•									
3	ATUN <i>et al.</i> , 2015		•				•		•							
	MASSUDA, 2020						•									
	CASTRO e MACHADO, 2010									•						
4	CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018								•							
	KERSHAW, 2020					•										
	RIZZOTTO e CAMPOS, 2016											•				
	COSTA-FONT e GIL, 2009		•		•		•									
5	PUIG-JUNOY, 2006									•						
	DE PAIVA <i>et al.</i> , 2017							•								
	CAMPELLI e CALVO, 2007							•								
6	COSTA <i>et al.</i> , 2015							•		•						
	MACHADO <i>et al.</i> , 2017							•								
	BARR <i>et al.</i> , 2014												•			
8	PORTO <i>et al.</i> , 2007												•			
	FUNCIA, 2019														•	
10	NOSSA, 2020					•	•									
	ROCHA <i>et al.</i> , 2021					•			•							
	Total	5	2	2	1	3	5	2	6	3	2	2	1	1	3	1
		11				6		14				5				

Fonte: Elaborado pelo autor.

No âmbito da condição social, o contexto de crise é tomado por cinco artigos, que relacionam as medidas de austeridade empreendidas pelos Estados capitalistas às consequências negativas no estado de saúde, destacando a piora em indicadores (DE SOUZA, 2017; BORGES *et al.*, 2018), a possibilidade de reversão do acesso possibilitado pela expansão dos SS (MASSUDA *et al.*, 2018) e aumento de necessidades em saúde (SEGURA BENEDICTO, 2014), ressaltando, ainda, que os subgrupos mais vulneráveis podem ser mais negativamente afetados (SANTOS e VIEIRA, 2018).

Um artigo (DIDERICHSEN, 1995) articula a condição de saúde com um panorama das condições de vida que compreende aspectos como educação, emprego e recursos econômicos, apontando seu caráter essencial para que pessoas floresçam, vivam socialmente ativos e controlem suas vidas de acordo com as aspirações pessoais. Por outro lado, no contexto brasileiro, Porto *et al.* (2007) defendem que as pessoas socialmente menos favorecidas tendem a adoecer mais e usar menos serviços de saúde, o que caracteriza a marcada iniquidade do sistema.

Dois artigos abordam o impacto positivo de medidas de transferência de renda para a saúde. É tomado por Atun *et al.* (2015) ao observar que melhorias nos resultados de saúde, na América Latina, decorreram do desenvolvimento econômico, aumento da renda, melhorias nos sistemas de saúde e cobertura universal dos mesmos. Esses autores focalizam, ainda, as políticas de transferência condicionada de renda para o alívio da pobreza. Costa-Font e Gil (2009) discutem explicações socioeconômicas para as iniquidades em saúde, como a hipótese da “renda absoluta”, que associa as iniquidades à posição dos indivíduos na distribuição de bens e serviços e a hipótese da “renda relativa”, que, para além da distribuição de renda, introduz uma explicação psicossocial, com fatores como estresse e ansiedade. Os autores sugerem uma abordagem voltada aos fatores psicossociais e melhorem a distribuição das condições materiais para uma distribuição mais justa da saúde, enfatizando a maior eficácia, em relação às políticas de saúde, dos instrumentos fiscais de transferência de renda e da melhoria nos determinantes sociais.

Outros dois artigos tratam a questão da produção do estado de saúde sob condicionantes políticos e econômicos a partir de uma visão da economia política crítica, advertindo sobre a diferenciação entre determinantes sociais e a determinação social da saúde (MENDES *et al.*, 2018), uma vez que os “determinantes” reduzem o contexto social da categoria determinação

social, situada no âmbito da epidemiologia crítica latino-americana, tomando-o isoladamente como uma variável explicativa. Alves, Carnut e Mendes (2019: 147) defendem que os níveis de saúde são determinados por estes e não somente pelo acesso à assistência à saúde, em uma perspectiva marxiana crítica.

Verifica-se que nove artigos correlacionam o estado de saúde com condições de cobertura e acesso. No Brasil, observa-se que a expansão da rede assistencial do SUS (DE PAIVA *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2017) possibilitou maior acesso aos SS (ROCHA e SPINOLA, 2021), incluindo milhares de brasileiros na atenção básica e especializada (CAMPELLI e CALVO, 2007), com consequência positiva nos resultados de saúde da população e redução de desigualdades em saúde. Já no sistema canadense, o estado de saúde é discutido sob a ótica de possíveis consequências negativas devido à desigualdade geográfica no acesso a tratamentos medicamentosos (CHOWDHURY e CHOWDHURY, 2018).

No que diz respeito à produção de serviços de saúde, Rizzotto e Campos (2016) fazem uma importante colocação ao criticar a correlação entre eficiência, maior produção de serviços e melhores resultados de saúde, posição do Banco Mundial que acaba voltando-se para a defesa da maior participação do setor privado nos sistemas de saúde. Esse ponto corrobora a posição de Singer *et al.* acerca da necessária cautela ao se avaliar quantitativamente a produção dos SS (1978:13).

Dois artigos abordam a APS na produção de melhores resultados em saúde. Costa *et al.* (2015) defendem, a combinação da priorização do financiamento da APS com a vigilância em saúde, focando-se na promoção da saúde e na prevenção de doenças, de modo a possibilitar menor gasto em recuperação e reabilitação. Por sua vez, Mendes *et al.* (2018) contextualizam a APS na crítica ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, ressaltando que a sua concepção atinge a raiz dos problemas de saúde, centrando-se no seu enfrentamento, ao considerar a determinação econômica e social da saúde.

O aparato tecnológico é especificamente destacado por dois artigos. Costa *et al.* (2015) citam a melhora do estado de saúde ao defenderem que investimentos em treinamento e novas tecnologias devem ser contínuas no âmbito do SUS. Por sua vez, Puig-Junoy (2006), no cenário de gastos futuros em saúde, ressalta que a incorporação tecnológica amplia as possibilidades de contribuir para a melhora do estado de saúde, no entanto adverte que essa relação pode ocorrer de forma muito variável, perspectiva que reforça a importância da dimensão da avaliação.

No panorama de reformas do sistema espanhol, Segura Benedicto (2014) parte do estado de saúde populacional para defender a necessidade de adaptações do sistema frente aos problemas do consumo inadequado no âmbito dos serviços de saúde e a da iatrogenia. Singer *et al.* (1978: 63-4) abordam a questão da iatrogênese (males causados pela ação médica) no contexto da medicalização da sociedade e levantam, ainda, o paradoxo da expansão das atividades dos SS na medida em que não consegue atingir seus objetivos, demandando formas de avaliação. Singer *et al.* (1978) ressaltam criticamente a constatação de que a ampliação dos SS não necessariamente produziria saúde. Nos atuais embates acerca do financiamento dos sistemas de saúde, essa perspectiva merece cautela, haja vista a possibilidade de apropriação como justificativa para o racionamento dos SS, comprometendo o acesso e a integralidade do cuidado.

Nas discussões acerca da relação entre grau de financiamento e estado de saúde, Funcia (2019) afirma que o subfinanciamento é um fator condicionante das necessidades de saúde. Por sua vez, Cantero Martínez (2016), numa perspectiva keynesiana, aborda a alocação de recursos financeiros em saúde como investimento no bem-estar e não como gasto. Já a relação entre o modo de alocação de recursos e o estado de saúde é ressaltada por três artigos. A melhoria de condições de saúde da população e a redução de desigualdades aparece associada à alocação de recursos em políticas estratégicas (MACHADO *et al.*, 2014), enquanto que do ponto de vista geográfico, expressivas melhoras decorrem do maior volume de recursos em áreas mais carentes (BARR *et al.*, 2014), criticando-se a simples distribuição de recursos baseada em população, por desconsiderar diferenças demográficas e sociais (PORTO *et al.*, 2007).

Cinco estudos abordam a transição demográfica e o aumento da expectativa de vida para o estado de saúde da população, ocasionando mudanças que impõem desafios para o sistemas de saúde, ao acelerar o crescimento das necessidades de financiamento (ROCHA *et al.*, 2021) e ser um importante fato no processo de alocação de recursos devido à maior utilização de cuidados de saúde entre os muito idosos e doentes crônicos (DIDERICHSEN (1995). Nossa (2020) aponta, em Portugal, maiores níveis de dependência, demência e comorbidades, tendo em vista o crescimento da população com mais de 85 anos.

Ao relacionarem a questão do aumento de despesas com o crescimento econômico dos países, Massuda (2020) recorre a dados da OMS (2018) para sustentam que o aumento de gastos em saúde, decorrente do envelhecimento, do aumento da prevalência de doenças crônicas e da incorporação de novas tecnologias, tem ocorrido em patamar superior ao crescimento do PIB

dos países. Entretanto Nossa (2020), ao analisar dados de Portugal e da OCDE, afirma que os Estados nacionais não estão alocando uma fatia significativamente crescente da riqueza gerada para cobertura dos custos em saúde.

Em países de capitalismo dependente, o envelhecimento é visto no contexto de necessidades de saúde emergentes decorrentes das transições sociais e demográficas, com o surgimento de uma tripla carga de doenças, caracterizada pelas doenças crônicas em rápido crescimento combinada com a agenda inacabada de mortes maternas e infantis e doenças infecciosas e alta mortalidade e incapacidade por causas externas (ATUN *et al.*, 2015). No SUS, Massuda (2020) identifica o aumento da carga de doenças relacionadas ao rápido envelhecimento como um fator interno de pressão sobre o sistema.

A perspectiva do estilo de vida está presente em três artigos. Segura Benedicto (2014), que sinaliza, no contexto de crise, que a redução do consumo pode ter repercussões positivas em atividades poluentes, consumo de produtos como álcool e tabaco e risco de lesões associadas a acidentes de trânsito. Por sua vez, Nossa (2020) apresenta que os ganhos obtidos na modificação dos estilos de vida (redução do tabaco, por exemplo) podem ser comprometidos pela crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, com consequente impacto na despesa em saúde. Costa-Font e Gil (2009) ressaltam as informações de saúde adequadas no nível populacional e os estilos de vida saudáveis como políticas de longo prazo para redução das desigualdades em saúde.

Na perspectiva da economia política da saúde, a ênfase no estilo de vida merece cautela, tendo em vista a noção de responsabilização do indivíduo, escamoteando a produção social da doença (SINGER *et al.*, 1978:50-1) e as condições estruturais de desigualdades decorrentes do modo de produção capitalista.

Mendes *et al.* (2018) advertem que o conceito de promoção da saúde foi adaptado, não mais na perspectiva marxista voltada à intervenção nas condições de vida e trabalho, mas pela compreensão de manutenção de salubridade dos corpos, sob influência da medicina social francesa, o que se adequou ao capitalismo global, lançando mão da ênfase nos “determinantes”, de modo isolado, descontextualizado do modo de produção capitalista e sugerindo que visões parcelares e fragmentadas.

A despeito do grande predomínio de artigos que correlacionam os fatores maior cobertura e maior acesso à melhoria dos níveis de saúde, estudos que colocam o acesso aos SS

sob discussão, em contraponto com o gasto público em outras políticas sociais, merecem atenção. Kershaw *et al.* (2020) e Segura Benedicto (2014) defendem a abordagem de *Health in All Policies* (HiAP), enfoque que tem como pressuposto que os gastos públicos com programas sociais frequentemente têm associações mais fortes com a saúde da população do que o investimento público em assistência médica. Essa questão remete ao problema abordado por Singer *et al.* (1978), da avaliação considerando-se a alocação alternativa de recursos entre os SS e outras atividades públicas.

Se por um lado, também verifica-se a congruência com o questionamento de Singer *et al.* (1978) sobre a medida na qual alocação de recursos na expansão do campo da medicina contribui de fato para a melhoria da saúde da população, verificando-se estatisticamente no caso brasileiro maior significância de fatores ambientais (escolaridade e nível de renda) em relação aos SS (Singer *et al.*, 1978: 154), por outro lado não se pode ignorar o quanto que o nível de desigualdade socioeconômica contribui nesse processo e os diferentes graus de consolidação dos sistemas de saúde, demandando um elevado grau de entendimento do contexto social. Sobretudo em países cujo gasto público em saúde em relação ao PIB é baixo e que apresentam problemas no acesso aos SS, como é o caso do Brasil, essa abordagem não pode servir de justificativa para o desfinanciamento das políticas de saúde.

No quadro do capitalismo contemporâneo e do papel do Estado no financiamento da saúde, cabe aqui sinalizar o risco da apropriação dessa discussão como justificativa para o desfinanciamento público o sistema de saúde. No contexto brasileiro, não é demais recordar a forma oportunista pela qual despesas de outros setores foram tomadas para cumprimento da EC 29 (CAMPPELLI e CALVO, 2007; MENDES e MARQUES, 2009). Campelli e Calvo (2007: 1620) salientam que, do ponto de vista orçamentário, a adoção de um conceito de ações de saúde ampliado não significa necessariamente mais recursos financeiros para a saúde, mas sim mais obrigações a serem pagas com os mesmos recursos disponíveis. Diante da forma de funcionamento do Estado capitalista e da expansão do capital sobre os serviços públicos, não é crível que o direcionamento de recursos financeiros para políticas públicas voltadas ao bem-estar da população não tenha como consequência o desfinanciamento da saúde, substituindo a noção de universalidade pelo acesso focalizado e baseado na meritocracia.

Da mesma forma, o contexto exige atenção em relação à atualização do ideário liberal ao incorporar conceitos do campo progressista, como a noção de equidade, modificando-os semanticamente e reduzindo ao campo do possível liberal os projetos do movimento sanitário,

como é o caso da cobertura universal em saúde versus sistema universal de saúde (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016: 264).

Ao apresentar a questão dos critérios de avaliação da contribuição dos SS para o estado de saúde da população, Singer *et al.* (1978) defendem que deve-se ocupar do tema da transformação da estrutura dos SS, condicionada pela evolução social geral, inclusive do estado de saúde, pelo progresso da tecnologia em saúde e pelas contradições e composições de interesses políticos e econômicos no setor saúde. Tais advertências sugerem a complexidade da atividade, não permitindo conclusões antecipadas e a desconsideração de intencionalidades dos atores.

3.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

A discussão de Singer *et al.* (1978) volta-se à crítica dos critérios de avaliação dos serviços de saúde, expondo a dificuldade de se relacionar a sua contribuição para a melhoria do nível de saúde da população, e, ainda, lança luzes para a inserção da produção de saúde no contexto de produção de condições indispensáveis para a sociabilidade capitalista, sob os aspectos sociais, políticos e econômicos. Por essas duas ordens de fatores, entendemos que as formas e intencionalidades de avaliação se constituem em campo de mobilização de interesses de classe, seja no âmbito dos serviços de saúde, do sistema e, principalmente, do seu financiamento.

Ao entendermos que o financiamento é um importante condicionante para o desenvolvimento dos diversos serviços que compõem os sistemas de saúde, optamos por abarcar na crítica de Singer *et al.* (1978) os critérios relacionados a essa função. Logo, abordamos a avaliação na perspectiva de sistema de saúde, sob o enfoque do seu financiamento. Cabe então identificar, nos artigos, os diferentes tratamentos dos critérios de avaliação que dialogam com o patamar de financiamento e com a alocação de recursos financeiros no interior do sistema.

No que diz respeito às dimensões avaliativas identificadas na literatura revisada, verifica-se uma variedade de critérios referenciados ou discutidos, com diferentes graus de objetividade (em relação à capacidade de medida). O Quadro 7 apresenta o mapeamento e categorização dos principais critérios de avaliação identificados nos artigos.

Quadro 7: Principais critérios de avaliação identificados na revisão, classificados como descrição/comparação (a), crítica (b) ou proposição (c).

Eixo	Artigo	Capitação	Transferência de recursos entre entes e participação	Equidade (alocação)	Equidade (tributária)	Gasto com saúde em proporção à arrecadação	Gasto com saúde em proporção ao crescimento da economia	Gasto com saúde em proporção ao PIB	Gasto com saúde em relação ao gasto com políticas sociais	Gasto público per capita	Gasto público em relação ao gasto privado	Gasto público e condição de saúde	Efeito multiplicador do PIB	Proteção financeira e desembolso direto	Cobertura populacional e por financiamento público	Investimento em saúde	Necessidades em saúde	Renúncia fiscal no gasto público	Sentido da sustentabilidade	Capacidade instalada	Desempenho e eficiência	Processos de trabalho	Produção dos SS	Resultado de saúde	Satisfação do usuário e qualidade	Porcentagem de emendas no orçamento e distribuição	Envelhecimento e aumento da despesa	Intensidade de recursos e tecnologias
1	ALVES <i>et al.</i> , 2019																	b										
1	COSTA, 2017									a			a															
1	MENDES e CARNUT, 2018							a												b								
1	MACHADO <i>et al.</i> , 2014				a		a		a																			
1	MENDES <i>et al.</i> , 2018															c				b		b						
2	DE SOUZA, 2017													a	a										a			
2	GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014								a					a														
2	LEHTO <i>et al.</i> , 2015							a															a					
2	SANTOS e VIEIRA, 2018												a	a														
2	SEGURABENEDITO, 2014																								a			
3	DIDERICHSEN, 1995.			a																								
3	ATUN <i>et al.</i> , 2015													a	a										a	a		

Continua...

Eixo	Artigo	Capitação	Transferência de recursos entre entes e participação	Equidade (alocação)	Equidade (tributária)	Gasto com saúde em proporção à arrecadação	Gasto com saúde em proporção ao crescimento da economia	Gasto com saúde em proporção ao PIB	Gasto com saúde em relação ao gasto com políticas sociais	Gasto público per capita	Gasto público em relação ao gasto privado	Gasto público e condição de saúde	Efeito multiplicador do PIB	Proteção financeira e desembolso direto	Cobertura populacional e por financiamento público	Investimento em saúde	Necessidades em saúde	Renúncia fiscal no gasto público	Sentido da sustentabilidade	Capacidade instalada	Desempenho e eficiência	Processos de trabalho	Produção dos SS	Resultado de saúde	Satisfação do usuário e qualidade	Porcentagem de emendas no orçamento e distribuição	Envelhecimento e aumento da despesa	Intensidade de recursos e tecnologias
3	MASSUD A, 2020	b																			b							
3	MOROSIN I <i>et al.</i> , 2020	b																			b	c		b				
3	SETA <i>et al.</i> , 2021	b																			b							
4	KERSHAW, 2020							a																				
4	RIZZOTTO e CAMPOS, 2016																					b						
5	LIMA, 2007																c				b		b					
5	COSTA-FONTE e GIL, 2009			c	c																							
5	PUIG-JUNOY, 2006																									a	a	
5	DE PAIVA <i>et al.</i> , 2017		a																				a					
5	VAZQUEZ, 2011																c											
6	COSTA <i>et al.</i> , 2015		a																									
6	CROZATTI <i>et al.</i> , 2020								a													a						
6	MACHADO <i>et al.</i> , 2017									a																		
7	ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007				a													a										

Continua...

Eixo	Artigo	Capitação	Transferência de recursos entre entes e participação	Equidade (alocação)	Equidade (tributária)	Gasto com saúde em proporção à arrecadação	Gasto com saúde em proporção ao crescimento da economia	Gasto com saúde em proporção ao PIB	Gasto com saúde em relação ao gasto com políticas sociais	Gasto público per capita	Gasto público em relação ao gasto privado	Gasto público e condição de saúde	Efeito multiplicador do PIB	Proteção financeira e desembolso direto	Cobertura populacional e por financiamento público	Investimento em saúde	Necessidades em saúde	Renúncia fiscal no gasto público	Sentido da sustentabilidade	Capacidade instalada	Desempenho e eficiência	Processos de trabalho	Produção dos SS	Resultado de saúde	Satisfação do usuário e qualidade	Porcentagem de emendas no orçamento e distribuição	Envelhecimento e aumento da despesa	Intensidade de recursos e tecnologias
7	BAHIA, 2005								a	a				a														
7	OCKÉ-REIS, 2018			a					a									a										
8	BAPTIST A <i>et al.</i> , 2012														a										a			
8	BARR <i>et al.</i> , 2014															a												
8	PORTO <i>et al.</i> , 2007			a													c											
9	UGÁ e SANTOS, 2006				a																							
10	NOSSA, 2020					a																				a		
10	ROCHA <i>et al.</i> , 2021					a																				a		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se que os artigos assumem distintas posições em relação aos critérios, as quais são classificadas como segue:

- Descrição e uso do critério de avaliação, contemplando os critérios para os quais os estudos não apresentam juízo de valor, independentemente da possibilidade de revelarem fenômenos que podem ser positivos ou negativos;
- Crítica ao critério de avaliação;
- Proposição de critério de avaliação.

Como apresentado no Quadro 7, os critérios de avaliação dos artigos são tomados predominantemente para a finalidade de descrição ou comparação de características dos sistemas, dos serviços que os compõem e do seu financiamento, em muitos casos compondo a

metodologia dos estudos. Verifica-se assim, um grupo de indicadores que são úteis para fomentar discussões, comparações e séries históricas. Indicadores como gasto per capita (n=5), gasto em relação ao PIB (n=3) e proporção de gasto público em relação ao privado (n=3) são muito comuns na literatura que discute financiamento da saúde e, como tal, estão presentes nos estudos identificados.

Verifica-se que alguns critérios mapeados possuem menor grau de objetividade em relação aos primeiros citados. Investigar, por exemplo, a relação entre gasto público e condição de saúde (n=1) ou o nível de proteção financeira proporcionado pelo sistema de saúde (n=3) exige maior delineamento das questões, inclusive no tocante ao questionamento de Singer *et al.* (1978) acerca do que se entende por boa condição de saúde ou da indagação acerca do nível de perturbação aceitável para a reprodução do sistema capitalista.

Por sua vez, alguns estudos, a partir da perspectiva da economia política da saúde, criticam critérios avaliativos propagados pela ideologia neoclássica. Verificou-se que a literatura identificada é predominantemente crítica à ênfase no desempenho (n=6). Rizzotto e Campos (2016) e Mendes e Carnut (2018) criticam os instrumentos de gestão baseados no desempenho, no cumprimento de metas e na recompensa por resultados, lançando luzes para a difusão do gerencialismo no sistema de saúde. Morosini *et al.* (2020) encaminham sua crítica nesse mesmo sentido, ressaltando, ainda, que se busca medir o desempenho sem que sejam avaliados os processos de trabalho, ignorando particularidades da organização dos serviços e problemas que decorrem justamente da falta de suporte financeiro e ampliam iniquidades.

Ressalta-se, ainda, que a lógica de recursos condicionados à avaliação de desempenho, trazendo ao serviço público uma abordagem gerencialista, com concepções e técnicas voltados à racionalização e à eficiência, tem o potencial de gerar “ilhas” de excelência em detrimento de serviços que precisam de maior suporte financeiro-operacional¹³¹ (MENDES *et al.*, 2018).

O desempenho aparece bastante associado aos mecanismos de transferência e de alocação de recursos no interior do sistema. Morosini *et al.* (2020), Mendes *et al.* (2018), Massuda (2020) e Seta *et al.* (2021), ao discutirem a atenção primária à saúde brasileira, criticam o cálculo de transferências intergovernamentais baseado no desempenho, sob discurso da racionalização e eficiência. No contexto de reforma da APS brasileira, o critério da capitação

¹³¹ A questão do gerencialismo é mais amplamente discutida por Mendes e Carnut (2008), que ao apoiarem-se na compreensão do Estado como forma derivada da sociabilidade capitalista, chamam atenção para a imposição ao serviço público da utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado, sob um discurso de racionalização e eficiência, manifestando-se no desempenho e superintensificando o trabalho.

ponderada (n=3) recebe críticas decorrentes do caráter focalizante da política de saúde, com ameaças à universalidade.

Também no âmbito das transferências de recursos financeiros, Lima (2007) critica o peso dos critérios da capacidade instalada e da produção dos serviços de saúde, tendo em vista a restrição que impõem para a alocação equitativa e para mecanismos redistributivos de recursos financeiros que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e sociosanitários.

Singer *et al.* (1978: 13) justificam a investigação sobre a avaliação da produção dos serviços de saúde pela ambiguidade característica desses serviços em relação aos demais ramos de produção, pois são serviços cuja atividade não é a finalidade, mas apenas meio para se atingir determinado objeto. Nesse sentido, indicadores do número de atos médicos, consultas, internações e cirurgias não podem ser tomados para medir o estado de saúde da população. Se os SS têm por objetivo produzir saúde, o montante de sua atividade tende a ser um indicador inverso do grau em que este objetivo está sendo atingido. Menor morbidade se relaciona à menor necessidade de recorrer aos SS.

Dadas as críticas aos critérios para repasse de recursos financeiros baseados em desempenho, é justamente nesse campo que se dá a proposição de um critério afinado com a perspectiva da equidade, o critério de necessidades em saúde, defendido por quatro estudos (Lima, 2007; Porto *et al.*, 2007; Vazquez, 2011; Mendes *et al.*, 2018). Porto *et al.* (2007), ao discutir uma metodologia para alocação de recursos no SUS, busca definir o conceito de necessidades de saúde, apontando a correspondência da equidade subjacente à igualdade na distribuição de recursos financeiros para necessidades de saúde iguais. Nessa direção, os demais artigos defendem uma reorientação na distribuição de recursos no âmbito do sistema brasileiro.

Outro critério defendido diz respeito à avaliação do grau de equidade na avaliação do desempenho de um sistema de saúde, a qual teria como principais parâmetros o grau de equidade na produção e manutenção da boa saúde, no uso dos SS e no financiamento (Costa-Font e Gil, 2009).

Com um maior grau de abstração em relação aos demais critérios, Alves *et al.* (2019) abordam a construção do critério de sustentabilidade predominante na produção científica da Economia da Saúde. Na perspectiva da economia política crítica, entendem a saúde enquanto fenômeno social complexo, criticando, o sentido de sustentabilidade predominante na literatura. Esses autores defendem que a abordagem do tema do financiamento da saúde não pode estar

restrita a uma discussão especializada e técnica da economia neoclássica, desconexa de discussões políticas e sociais e reservada a fatores como desempenho, eficiência e custos, a qual tem sido predominante.

Da forma como Singer *et al.* (1978) colocam o problema da avaliação dos SS depreende-se que os fatores de avaliação dos sistemas de saúde guardam estreita relação com o contexto, uma vez que os autores enfatizam a interação dos SS com os fatores do ambiente social que afetam a saúde. Essa obra não deixa dúvidas quanto à inadequação da forma fragmentada de avaliação proveniente da abordagem neoclássica. Singer *et al.* (1978) não prescindem de buscar uma visão mais ampla, em perspectiva histórica, e identifica o movimento do capital em sua repercussão sobre os serviços de saúde e o estado de saúde da população, de modo que a própria razão de ser desses serviços na sociedade capitalista é questionada, lançando-se luzes para o controle social inserido entre indivíduo, estado e natureza.

Em *Prevenir e Curar*, não é verificada uma crítica contundente às intencionalidades da avaliação. Os autores criticam em maior medida a expansão acelerada dos SS e dos recursos por eles absorvidos em sua relação com a melhoria da saúde da população. Vista em perspectiva histórica, essa abordagem é coerente com o momento do capital vivido no final da década de 1970, de expansão global na oferta de produtos, inclusive aqueles relacionados aos serviços de saúde, e da constituição de uma demanda compradora estável, contexto no qual a assistência à saúde adquiriu um lócus privilegiado para o capital em processo (SESTELO, 2018).

Desta forma, ao cotejar o contexto de Singer *et al.* (1978) com o momento histórico no qual os artigos achados foram publicados, não se observa uma contraposição, mas um panorama do movimento do capital, haja que o momento histórico dessa obra é caracterizado pelo começo de uma nova fase do capitalismo, de regresso do capital financeiro, com um novo papel do Estado ao assegurar o pleno crescimento de sua forma fictícia e relevantes desdobramentos sobre o arranjo de proteção social e sobre a relação capital/trabalho (MENDES e MARQUES, 2009).

Assim, abordagens dos serviços públicos tomadas pelo gerencialismo e eficiência, com vistas à racionalização e à contenção do gasto público não assumiam, no momento de publicação da obra de Singer *et al.* (1978) o processo de avaliação em saúde, fator que pode justificar que a avaliação da saúde de molde neoclássica não tenha ganhado destaque em sua crítica.

Para Carnut e Narvai (2016: 300-1) a construção de um quadro teórico de desempenho dos sistemas de saúde não é uma atividade neutra, mas deve capturar tanto noções administrativas quanto políticas. Por sua vez, Conill (2006:567) ao tomar os processos de mudanças, destaca que o bem-estar da população não é necessariamente a lógica que rege o comportamento dos diversos atores sociais, apontando para o comportamento por vezes antagônico e que pode direcionar a dinâmica dos sistemas para outros fins:

Para entender tais contradições seria necessário considerar a subordinação do setor saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social lançando mão de categorias e conceitos tais como a divisão internacional do trabalho, a acumulação de capital, as relações de poder e entre as classes sociais. Estudos com esse enfoque são mais críticos e têm-se preocupado em apontar, por exemplo, o papel ideológico dos organismos internacionais (Costa, 1996), os interesses do capital financeiro na expansão de planos de saúde privados para a América Latina (Stocker *et al.*, 1999) e o impacto para a equidade das reformas ocorridas nesse continente (Almeida, 2002).

Do ponto de vista do financiamento da saúde, a avaliação dos serviços deve ser criteriosamente considerada, pois, sob a perspectiva ortodoxa neoclássica, enfatiza-se o impacto em termos de eficiência econômica e desempenho, o que pode comprometer o acesso e a efetivação do direito à saúde. No contexto do capitalismo contemporâneo sob o domínio do capital portador de juros, e da sua forma fictícia, em sua forma política, há, ainda, de se levar em conta a intencionalidade da avaliação no âmbito da saúde, uma vez que pode ser tomada para a validação de racionamentos e da focalização de ações e serviços.

Ao se referir à delimitação do campo de atividades dos SS, Singer *et al.* (1978) recorrem à figura dos “especialistas” que falam pelos serviços e cuja opinião tende a influenciar o consenso a respeito dos mesmos. No cenário contemporâneo, é notável o papel de recortes dos instrumentos avaliativos neoclássicos, tomados como justificativa técnica para obtenção de consenso social, ainda que limitem a efetivação dos direitos sociais.

Faz-se necessário questionar a finalidade e interesses decorrentes da avaliação dos SS, se voltada à perspectiva utilitarista com base na ideologia do produtivismo na gestão (TESTON, 2016). Por meio da literatura da economia política, argumentamos sobre a necessidade de que a avaliação seja utilizada como uma importante ferramenta em direção à garantia do direito à saúde, especialmente em seus termos qualitativos¹³².

¹³² Para maior aprofundamento sobre a discussão da avaliação em saúde no contexto do capitalismo financeirizado, ver Teston (2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para o financiamento dos sistemas universais de saúde vêm exigindo que o instrumental da economia passe a ser cada vez mais considerado na área da saúde pública para entender as novas características e os limites dos esquemas de financiamento. Questionar o espaço que o “econômico” foi ocupando e consolidando na “saúde” é fundamental para a compreensão de que há diversos paradigmas e pensamentos econômicos que norteiam a interpretação sobre “o econômico” e de que a narrativa neoclássica predominante no pensamento econômico-social, sem uma contundente crítica, pode ser compreendida como uma ameaça ao direito à saúde.

Uma maior apropriação do referencial da economia política da saúde pode estar relacionada aos momentos de agravamento da crise do capital e das medidas de austeridade, uma vez que foi verificada forte presença de estudos sobre o eixo temático de crise e austeridade no período entre 2014 e 2018, refletindo as reformas empreendidas na esteira das medidas de austeridade europeias, sobretudo na Espanha, e no Brasil, a partir de 2014 e da sua intensificação após o golpe de 2016.

Se os estudos brasileiros já vinham em uma perspectiva crítica ao subfinanciamento e destacando os problemas no âmbito da distribuição de recursos no interior do sistema, no cenário pós-2016 de ascensão do neofascismo verificou-se uma relevante produção que discorre sobre a inserção do sistema de saúde no capitalismo, sobretudo no período de 2017 a 2019, o que coincide com ao início da vigência da EC 95 e com o agravamento das medidas privatizantes no SUS.

Ainda que tenham sido identificadas essas diferentes perspectivas, os estudos no campo da economia política da saúde revelam que a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde não deve estar desconexa da questão do direito à saúde, e a sua efetivação perpassa pela disputa política por recursos financeiros suficientes e pela implementação de instrumentos de alocação conforme as necessidades em saúde. Ademais, sistemas como o brasileiro requerem a ampliação do financiamento, o que enfrenta os entraves da busca por novas fontes no sistema tributário e a ortodoxia na condução da política macroeconômica. A propagação da lógica neoliberal ocupa papel central nesse processo, com a penetração de ideias meritocráticas que retrocedem a luta social pela efetivação do direito à saúde.

Apesar de discutirem um tema principal, foi recorrente, nos artigos revisados, a contextualização histórica e percursos que transitam por diferentes áreas dos campos teórico e

operacional dos sistemas de saúde, revelando uma abordagem baseada em interconexões e reflexões. São características semelhantes às do percurso metodológico de Singer *et al.*, ao tomar a questão da avaliação dos serviços de saúde, problematizando-a e contextualizando os SS no modo de produção capitalista. A literatura identificada e a obra desses autores convergem ao revelar a limitação da *Economics* frente à necessária inserção da questão da saúde no âmbito dos interesses que compõem a sociedade capitalista. Assim, não se admite discutir aspectos estritamente econômicos dos sistemas sem entender seus componentes políticos e sociais.

A abordagem do controle social por parte do Estado capitalista é uma importante contribuição de Singer *et al.* na compreensão dos sistemas universais de saúde, ainda que pouco discutida e aprofundada pelos artigos identificados. Nos atuais embates, essa leitura permite lançar luzes para a questão dos constrangimentos impostos ao patamar de financiamento público da saúde, que em alguma medida reposicionam o nível de concessão do capital voltado à não perturbação da ordem constituída.

A dimensão histórica adotada por Singer *et al.* revela que a evolução dos serviços de saúde é constante, por conseguinte os sistemas de saúde evoluem historicamente e a sua conformação futura é produto de diversos fatores, dentre os quais mudanças demográficas e incorporação tecnológica, aspectos discutidos pela literatura identificada, mas também das resultantes do quadro de tensões dos interesses das classes sociais. Essa compreensão sugere a necessidade de mobilização e de resposta da classe trabalhadora frente às ameaças empreendidas nas políticas de saúde.

Como os sistemas universais de saúde foram concebidos sob a égide do Estado capitalista, as reflexões da economia política crítica ocupam importante papel ao elucidar justamente os limites das políticas sociais e do estado de direito. No capitalismo contemporâneo, essa discussão deve abarcar as implicações do papel do capital portador de juros para os Estados nacionais. Discutir a sustentabilidade dos sistemas de saúde sem esse reconhecimento acaba por operacionalizar mecanismos neoclássicos voltados à satisfação de interesses conflitantes com a garantia do direito à saúde.

Ao voltarem-se para a questão da avaliação, em *Prevenir e Curar*, não é verificada uma crítica contundente às intencionalidades da avaliação em saúde. Em vez disso, a crítica se concentra na rápida expansão dos serviços de saúde, dos recursos que eles absorvem, e como isso se relaciona com a melhoria da saúde da população. Essa abordagem faz sentido à luz do momento do capital vivido no final da década de 1970, de expansão global na oferta de produtos, inclusive aqueles relacionados aos serviços de saúde, e da constituição de uma

demanda compradora estável. Quando comparamos esse contexto com o momento mais recente no qual os artigos revisados foram publicados, não se identifica uma oposição, mas uma descrição do movimento do capital, tendo em vista a ascensão do capital financeiro e um novo papel do Estado em assegurar o crescimento da sua forma fictícia, com implicações significativas para a proteção social e a relação entre capital e trabalho.

Do ponto de vista das limitações deste estudo, particularmente da revisão sistematizada, é provável que a restrição de artigos nos idiomas português, inglês e espanhol explique a falta de estudos que discutam os sistemas da França e da Itália e a pouca presença de resultados dos sistemas da Alemanha e do Canadá. Em relação aos países cujos idiomas foram incluídos, observa-se menor proporção de estudos do Reino Unido em relação aos da Espanha, o que pode sugerir que a profundidade das medidas de austeridade e a posição socioeconômica deste país na União Europeia culminaram em uma maior reação crítica no campo da economia política. Ressalta-se que nos países com menor número de resultados, como Costa Rica, Cuba e Canadá, há uma abordagem mais restrita dos sistemas de saúde, uma vez que a pequena amostra de resultados está predominantemente voltada a questões específicas, dificultando o aprofundamento da discussão, diferentemente do que é possível com os resultados do Brasil.

Quanto ao momento histórico da publicação dos artigos, verificou-se que a maior frequência de estudos inseridos na economia política ocorre a partir de 2004. Não é possível afirmar que a produção anterior seja irrelevante, ainda que se conclua que há uma lacuna dessa produção na forma de artigo científico indexado nos repositórios selecionados. Para traçar um panorama mais amplo historicamente e em relação aos sistemas nacionais estudados, novas revisões provavelmente demandam a ampliação de repositórios pesquisados e de idiomas incluídos.

A revisão sistematizada da literatura confirmou o predomínio das abordagens neoclássicas que enfatizam a matematização do econômico e a sua utilização mais restrita à temas que dialogam com a ineficiência dos recursos financeiros empregados. No interior da economia política da saúde, notou-se a preponderância do pensamento keynesiano, com uma lógica de fortalecimento das políticas sociais, dialogando com perspectivas de investimento em saúde, buscando-se justificar-se, por exemplo, na geração de um efeito multiplicador positivo em relação ao PIB. Esses estudos não esclarecem as raízes da crise contemporânea, questão que fica a cargo dos estudos alinhados ao pensamento marxista.

Ao lançarmos luzes para a relação existente entre o financiamento dos sistemas universais e os elementos próprios do modo de produção capitalista, verificamos que a

perspectiva crítica exige a utilização do referencial teórico da economia política no sentido de compreender a totalidade da vida social e a relação orgânica entre o Estado e o capital. Ao identificarmos que o Estado não possui caráter transformador ou de superação do capitalismo, essa perspectiva nos conduz ao questionamento da perenidade dos direitos conquistados pela classe trabalhadora diante de condicionalidades impostas pelo capital, mas também é instrumento de reflexão e articulação social na crítica às definições que impõem riscos à saúde universal.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.
- ALVES, D. F. A.; CARNUT, L.; MENDES, A. Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 145-160, 2019.
- ANDREAZZI, M.; OCKÉ-REIS, C. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Revista de Saúde Coletiva** [online], 2007, v. 17, n. 3, p. 521-544.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975.** Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1975.
- ATUN, R. *et al.* (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, Londres, v. 385, n. 9974, p. 1230–1247.
- BAER, H. A. **On the political economy of health.** **Med Anthropol Newsl**, v. 14, n. 1, p. 1-17, 1982.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.
- BAPTISTA, T. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 28, n. 12, p. 2267-2279, 2012.
- BARR, B.; BAMBRA, C.; WHITEHEAD, M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. **BMJ** [clinical research ed.], v. 348, n. g3231, 2014.
- BATISTA, F. R. Ideologia jurídica. In: AKAMINE JR, Oswaldo *et al.* (orgs.) **Léxico Pachukaniano**. Marília: Lutas Anticapital, 2019.
- BIRN, A.; PILLAY, Y.; HOLTZ, T. H. **Textbook of Global Health**. 4th ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2017.
- BORGES, F.; FERNÁNDEZ, L.A.; CAMPOS, G. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. Estudo de pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. **Saúde e Sociedade** [online], v. 27, n. 3, p. 715-728, 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABRES. **A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade Técnica de Serviços de Saúde e Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa; Associação Brasileira de Economia da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: estudos de política social.** São Paulo: Hucitec, 1981. Cap.1.
- BREILH, J. Los modelos epidemiológicos como recursos del proyecto capitalista. In: BREILH, J. **Epidemiología, Medicina, Economía y Política**. México: Fontamara 19, p. 71-125, 1986

- BRITTON-PURDY, J.; KAPCZYNSKI, A.; GREWAL, D. **Law and political economy: toward a manifesto**. 2017. Disponível em: <https://lpeblog.org/2017/11/06/lawand-political-economy-toward-a-manifesto>. Acesso em 10/09/2021.
- CAMPELLI, M.; CALVO, M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.
- CANTERO MARTÍNEZ, J. Crisis and mutation of the public health service in Spain. **Derecho PUCP**, Lima, n. 76, p. 251-276, 2016.
- CARCANHOLO, R.; SABADINI, M. Capital fictício e Lucros Fictícios. In: GOMES, Helder (org.) **Especulação e Lucros fictícios: formas parasitárias da acumulação contemporânea**. São Paulo, Ed: Outras Expressões, 2015. p.125-159.
- CARCANHOLO, M. Economia política: ciência e crítica. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, v. 59, p. 155-174.
- CARNUT, L. **Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde**. 2015. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- CARNUT, L; PIRES, J.; MENDES, A. Economia e saúde: aproximações para uma abordagem da economia política crítica marxista. **Marx e o Marxismo - Revista do NIEP**, v. 9, n. 16, p. 122-156, 2021.
- CASTRO, A. L.; MACHADO, C. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.
- CHESNAIS, F. **A Finança Mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- CHOWDHURY M. Z. I.; CHOWDHURY M. A. Canadian Health Care System: Who Should Pay for All Medically Beneficial Treatments? A Burning Issue. **International Journal of Health Services**, v. 48, n. 2, p. 289-301, 2018.
- CORREIA, M. V. C. Controle Social in PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. [Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>. Acesso em 22/07/2021.
- COSTA-FONT, J.; GIL, J. Exploring the pathways of inequality in health, health care access and financing in decentralized Spain. **Journal of European Social Policy**, v. 19, n. 5, p. 446–458, 2009.
- COSTA, N. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1065-1074, 2017.
- COSTA, R. M.; BARBOSA, R.; ZUCCHI, P. Expenditures in the health care system in Brazil: the participation of states and the Federal District in financing the health care system from 2002 to 2013. **Clinics** [online], v. 70, n. 4, p. 237-241, 2015.
- CROZATTI, J. *et al.* O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. **Revista Ambiente Contábil**, Natal, v. 12, n. 2, p. 200–218, 2020.
- DANTAS, A. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: SILVA, LB; DANTAS, A. (orgs) **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p.163-186.

- DE PAIVA, A.; GONZALEZ, R. H.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos estudos CEBRAP** [online], v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017.
- DE SOUZA L. The right to health in Brazil: A Constitutional guarantee threatened by fiscal austerity. **Journal of public health policy**, v. 38, n. 4, p. 493–502, 2017.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14 54. Vol 14 – Abril, Maio, Junho, 1986.
- DEMIER, F. Da ditadura bonapartista à democracia blindada. In: MATTOS, Marcelo Badaró (org). **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017. Cap.3.
- DIDERICHSEN, F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. **Health Policy** [online], v. 32, n. 1-3, p. 141-153, 1995.
- DONNANGELO, M. C. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
- FERREIRA, M.; MENDES, A. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2159-2170, 2018.
- FINE, B.; SAAD-FILHO, A. Thirteen things you need to know about neoliberalism. **Critical Sociology**, v. 43, n 4-5, p. 685-706, 2017.
- FUNCIA, F. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019.
- GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise Financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.11, p.1-19, 2014.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.
- HARVEY, M. The Political Economy of Health: Revisiting Its Marxian Origins to Address 21st-Century Health Inequalities, **American Journal of Public Health**, n. 111, v. 2, p. 293-300, 2021.
- HIRSCH, J. **Teoria materialista do Estado**: processos de transformação do sistema capitalista de Estado. Rio de Janeiro: Revan, 2010.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KERSHAW, P. A. "health in all policies" review of Canadian public finance. **Can J Public Health** [online], v. 111, n. 1, p. 8-20, 2020.
- KLECZKOWSKI, B. *et al.* Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos; pautas para una política. Geneva: OMS; 1984.
- KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **Int J Epidemiol**, v. 30, n. 4, p. 668–677, 2001.
- LEHTO, J. *et al.* The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies: Denmark, Finland and Sweden, 1980-2013. **Health economics, policy, and law** [online], v. 10, n.1, p. 61-81, 2015.

- LIMA, L. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.
- MACHADO, C.; LIMA, L.; BAPTISTA, T. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 33, n. Suppl 2, e00129616, 2017.
- MACHADO, C.; LIMA, L.; ANDRADE, C. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.
- MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health** [online], v. 3, n. 4, e000829, 2018.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.
- MATHIAS, G.; SALAMA, P. **O Estado superdesenvolvido: ensaios sobre a intervenção estatal e sobre as formas de dominação no capitalismo contemporâneo.** São Paulo: Brasiliense, 1983.
- MENDES, A.; MARQUES, R. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.
- MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 66-81, 2015.
- MENDES, A.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento.** Brasília, DF: Abres; MS; OPAS; 2016. p. 139-168.
- MENDES, A.; IANNI, A. M.; MARQUES, M. C.; FERREIRA, M.; SILVA, T. H. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 841-860, 2017.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade** [online], 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.
- MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**. Brasília, v. 22, n. 46, 2020a.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, v. 57, p. 174-210, 2020b.
- MENDES, A.; CARNUT, L. **Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento.** **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020.
- MOROSINI, M.; FONSECA, A.; BAPTISTA, T. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 9, e00040220, 2020.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica.** São Paulo: Cortez, 2006.

NOSSA, P. Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde: uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. **Saúde e Sociedade** [online], v. 29, n. 2, e200081, 2020.

OCKÉ-REIS, C. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OSÓRIO, J. Mundialização, Imperialismo e Estado-Nação In: OSÓRIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder**. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

OSÓRIO, J. Sobre o Estado, o poder político e o Estado dependente. In: SANTOS, R, PITILLO, JCP, VILLAMAR, Maria del Carmem V. (orgs.). **América Latina na encruzilhada**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020, p.38-65.

PACHUKANIS, E. **A Teoria Geral do Direito e o Marxismo e Ensaio Escolhidos** (1921 – 1929). São Paulo: Editora Sundermann, 2017, caps. IV e V.

PERITO, R. **A Crítica da Economia Política da Saúde Pública: os limites da Saúde como direito social**. 2017. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PORTO, S. *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

PRADO, E. A ortodoxia neoclássica. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 41, p. 9-20, 2001.

PUIG-JUNOY, J.; ROVIRA, J. Issues Raised by the Impact of Tax Reforms and Regional Devolution on Health-Care Financing in Spain, 1996–2002. **Environment and Planning C: Government and Policy**, v. 22, n. 3, p. 453–464, 2004.

PUIG-JUNOY, J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? / ¿Health care financing: is it enough and appropriate?. **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v. 20, supl.1, p. 96-102, 2006.

RAPHAEL, D; BRYANT, T. Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. **Promot Educ**, v. 13, n. 4, p. 236–242, 2006.

RAPHAEL, D. The political economy of health: a research agenda for addressing health inequalities in Canada. **Can Public Policy**, v. 41(suppl. 2), S17–S25.

RIZZOTTO, M.; CAMPOS, G. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade** [online], v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

ROBERTS, M. Marx's theory of crises. In: Roberts, Michael. **Marx 200 – a review of Marx's economics 200 years after his birth**. London: Lulu.com, 2018.

ROCHA, R.; FURTADO, I; SPINOLA, P. Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. **Health Economics**, v. 30, n. 5, p 1082-1094, 2021

SANTOS, A. Paul Singer: uma vida por outra economia in SANTOS, Aline Mendonça dos; NASCIMENTO, Claudio. **Paul Singer: democracia, economia e autogestão**. Marília: Lutas anticapital, 2018.

SANTOS, I.; VIEIRA, F. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SEGURA BENEDICTO, A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. **Gaceta sanitária**, Barcelona, vol. 28, Suppl 1, p. 7-11, 2014.

SESTELO, J. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 2027-2034, 2018.

SETA, M.; OCKÉ-REIS, C.; RAMOS, A.; Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, suppl 2, p. 3781-3786, 2021.

SINGER, P. **Curso de introdução à economia política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1975.

SINGER, P. São Paulo 1975: **Crescimento e Pobreza**. São Paulo: Loyola, 1976.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. **Prevenir e Curar**: o Controle Social Através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SINGER, P. **Entrevista**: Paul Singer. Cad. psicol. soc. trab., São Paulo, v. 6, p. 109-111, dez. 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 mai. 2022.

TAYLOR, R.; RIEGER, A. Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. **Int J Health Serv**, v. 15, n. 4, p. 547-559, 1985.

UGÁ, M.; SANTOS, I. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2006, v. 22, n. 8, p. 1597-1609.

VAZQUEZ, D. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011.

VIEIRA, F.; SANTOS, M. Contingenciamento do pagamento de despesas e restos a pagar no orçamento federal do SUS. **Revista de Administração Pública** [online], v. 52, n. 4, p. 731-739, 2018.

VIEIRA, F. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 54, 127, 2020.

WAITZKIN, H. **Political economic systems and the health of populations**: historical thought and current directions. In: Galea S, ed. **Macrosocial Determinants of Population Health**. New York, NY: Springer; 2007:105-138.