

## Artigo

**Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência neoclássica**

*Private health in Brazil by the health economics: the neoclassical persistence*

*Medicina prepaga en Brasil por la economía de la salud: la persistencia neoclásica*

Leonardo Carnut<sup>1</sup>

Jonas Sona de Miranda Pires<sup>2</sup>

Áquilas Mendes<sup>3</sup>

**RESUMO:** O artigo tem como objetivo foi analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Este artigo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. A segunda parte trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). A terceira parte realiza a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema criticando-a à luz da perspectiva da economia política.

**Palavras-chave:** Economia Política, Economia da Saúde, Sistema Único de Saúde, Seguros e Planos Privados de Saúde, Conhecimento.

---

1 [leonardo.carnut@unifesp.br](mailto:leonardo.carnut@unifesp.br)

2 [jonas@gmail.com](mailto:jonas@gmail.com)

3 [aquilasmendes@gmail.com](mailto:aquilasmendes@gmail.com)

**ABSTRACT:** The article aims to analyze the specific literature on health economics, published by the Brazilian Association of Health Economics (Abres) between 2004 and 2012, which addresses the topic of supplementary health, criticizing the persistence of the neoclassical approach in this field. This paper is organized in 4 parts. The first seeks to present the historical contexts that facilitate the understanding of the current SUS, without neglecting the elucidation of definitions that may contribute to the structural understanding of Brazilian public health. The second part brought clarifications about the supplementary health model, through health plans and the complex combination (or mixture) between public and private under the regulatory view of the National Health Agency (ANS). The third part performs the review of knowledge production in health economics by Abres, specifically on issues involving supplementary health and health plans trying to identify the hegemonic scientific rhetoric on this topic, criticizing it in the light of the political economy perspective.

**Keywords:** Political Economy, Health Economics, Unified Health System, Insurance and Private Health Plans, Knowledge.

**RESUMEN:** El artículo tiene como objetivo analizar la literatura específica sobre economía de la salud, publicada por la Asociación Brasileña de Economía de la Salud (Abres) entre 2004 y 2012, que aborda el tema de la salud complementaria, criticando la persistencia del enfoque neoclásico en este campo. Este artículo está organizado en 4 partes. El primero busca presentar los contextos históricos que facilitan la comprensión del SUS actual, sin descuidar la explicación de las definiciones que pueden contribuir a la comprensión estructural de la salud pública brasileña. La segunda parte trajo aclaraciones sobre el modelo de salud complementario, a través de planes de salud y la compleja combinación (o combinación) entre público y privado bajo la visión reguladora de la Agencia Nacional de Salud (ANS). La tercera parte realiza la revisión de la producción de conocimiento en economía de la salud por parte de Abres, específicamente sobre temas que involucran planes de salud y salud complementaria que intentan identificar la retórica científica hegemónica sobre este tema, criticando a la luz de la perspectiva de la economía política.

**Palabras clave:** Economía Política, Economía de la Salud, Sistema de Salud Unificado, Seguros y Planes de Salud Privados, Conocimiento.

## INTRODUÇÃO

Mesmo sob o espinhoso caminho percorrido para a implementação do SUS, é necessário reconhecer que este sistema é a mais importante conquista social pós-redemocratização. Contudo, cabe ressaltar que as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, e, dentro de todo este contexto histórico vivenciado tem sufocado seu caráter único. O contínuo embate promovido pelos acadêmicos progressistas e atores do movimento sanitário versus os setores mais reacionários e mercantilistas-liberais tencionaram a saúde à lógica de mercado tornando-a, cada um a seu modo, motivo de infundáveis possibilidades de lucro. Por isto, neste estudo, apontaremos o papel controverso da saúde suplementar e, também, como cada vez mais os planos e hospitais privados se fartam de fatias generosas do fundo público nacional.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi separar o ‘joio’ do ‘trigo’, como versa o adágio popular, ou seja, selecionar e quantificar os artigos, ensaios e teses que tratam da saúde privada com olhar fundamentado nas teorias neoclássica e de econômica política. A intenção é ajudar a compreender a retórica científica que ajudou a justificar a saúde (e o SUS) como objeto de mercantilização por este mecanismo.

Desta forma, este estudo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. Nesta parte inicial, procurou-se por meio de uma revisão narrativa, discorrer brevemente sobre o modelo de saúde pública anterior à Constituição Federal de 1988. Assim, não foi deixado de lado o esforço dos intelectuais que idealizaram a reforma

sanitária, bem como, a luta pela construção de um sistema de saúde que fosse universal e público.

A segunda parte deste estudo trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). Evidentemente que, desde sua implementação, o SUS sofre o intenso assédio das forças privatizantes e segue sendo cronicamente subfinanciado pelo Estado como forma de ceder a estas pressões. A valer, convive-se com a dicotomia entre o asfixiado sistema público e o subvencionado sistema privado (pelo Estado), o que torna esta batalha desigual, controversa e compromete a busca pela universalização do sistema.

Posteriormente, na terceira parte deste estudo é realizada a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema. Para tal, foram selecionados trabalhos produzidos por autores que se dedicam ao estudo da economia da saúde e que foram compilados em uma clássica publicação desta entidade: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*”. Este documento foi produzido pela Abres em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

## **SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O SUBSISTEMA PRIVADO: DETERMINANTES HISTÓRICOS**

Historicamente, podemos dizer que é consenso entre os autores que se debruçam sobre o estudo do surgimento da Saúde Pública brasileira, que, assim como na maioria dos países, o Brasil teve a assistência à saúde originada a partir da filantropia. De acordo com Carvalho (2013)<sup>1</sup>, parte da população era atendida pelas instituições e médicos filantropos, e, paralelamente a isso, o

Estado fazia esporadicamente ações de saúde frente às de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico no final do século XIX e início do XX. Esse movimento esteve associado às atividades beneficentes e filantrópicas, principalmente de entidades ligadas a instituições religiosas, como por exemplo, a implementação das Santas Casas de Misericórdia.

Para Batich (2004)<sup>2</sup>, a participação do Estado na gerência no sistema de saúde assim como do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. O autor descreve que o primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias.

Finkelman (2002)<sup>3</sup> discorre em sua obra sobre a pressão exercida sobre o patronato pela classe trabalhadora, e como esta conquistou direitos trabalhistas e sociais ao longo da primeira metade do século XX, como pode ser visto abaixo em destaque:

Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953. Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência<sup>3</sup> (p. 237).

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

A relação público/privado manteve-se de dependência mútua no que se refere à oferta de saúde, como pode ser demonstrado pelo Plano de Metas para a Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico, onde se estimou que aproximadamente 62% do total de leitos hospitalares no Brasil eram provenientes da iniciativa privada e dependentes do auxílio financeiro da União para o seu custeio<sup>4</sup>.

Para Paim (2003)<sup>5</sup>, no Brasil, a ideia de integração das ações preventivas e curativas em redes regionalizadas e hierarquizadas foi experimentada entre as décadas de 1960-70 e inspirou o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), como também o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Plano de Reorientação da Assistência da saúde no âmbito da Previdência Social. Contudo, para o autor apenas no início da década de 1980 que o princípio da integralidade se tornou mais explícito com o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A organização sanitária brasileira, até a década de 1980, caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de serviços de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais arcavam com os programas educacionais e atividades de imunização. No nível federal, o Ministério de Saúde chamava para si o controle infecto parasitário de maior relevância, como tuberculose, hanseníase, malária e Doença de Chagas. Competia à estrutura previdenciária o atendimento de seus pacientes

específicos, (segurados da Previdência Social), e aos hospitais universitários cabia o atendimento às doenças mais complexas, assim como uma parcela de internações dos pacientes não segurados<sup>6</sup>.

Mas como afirma Massako Iyda (1994)<sup>7</sup>, é pertinente lembrar que vários autores que descrevem esse período não apresentam a devida precisão analítica sócio-histórica. Segundo a própria autora, tem-se que:

O predomínio da assistência médico-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasileira; contudo, a rede privada **sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais**<sup>7</sup> (p. 69) [grifo nosso].

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

Finalmente, com a redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, trouxe em seu artigo 196, a questão da saúde como um direito de todos os cidadãos e impõe ao Estado o dever de assumir essa obrigação, caracterizando assim a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal. A novidade da Constituição para os brasileiros, diz respeito à garantia da extensão da prestação de saúde a todos, independentemente da situação dos vínculos empregatícios do trabalhador. Portanto, desde então, cabe

ao Estado cuidar da assistência pública, da elaboração de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas<sup>8</sup>.

Menicucci (2003)<sup>9</sup> concorda que a nova Carta Constitucional acrescentou importantes inovações ao estabelecer o direito à saúde, sendo definidos novos princípios e diretrizes para orientar a política voltada ao setor. O novo paradigma constitucional alterou significativamente o padrão anterior, pois garantiu o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, rompendo assim com o modelo baseado na meritocracia da assistência à saúde – isto é, o acesso vinculado ao “mérito” do vínculo empregatício.

Santos (2009)<sup>10</sup> compreende que o subfinanciamento federal ao SUS provocou a precarização das relações de trabalho em saúde, além da baixa remuneração aos trabalhadores do SUS, forçando as terceirizações e abrindo campo para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), e, segundo o autor, consolidando o fenômeno da privatização por dentro do SUS. Ainda de acordo com Santos (2009), a atual política de asfixiamento financeiro do sistema atinge os três níveis de atenção em saúde de forma desigual: muito mais a Atenção Básica, menos a assistência de média complexidade e quase nada na alta complexidade, o que inviabiliza o cumprimento das diretrizes constitucionais voltadas ao setor saúde.

Mesmo sendo cronicamente subfinanciado<sup>11</sup> e sob assédio do mercado e dos grupos políticos interessados na mercantilização da saúde, o SUS conseguiu sobreviver. Para se ter uma ideia do que ele representa, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, o sistema possuía 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O modelo brasileiro de atenção à saúde pública é um dos maiores do mundo. O sistema realiza aproximadamente 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, e quase 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, além de 11 milhões de internações hospitalares<sup>12</sup>.

Quanto à organização e estruturação burocrática do SUS, preconizou-se pela descentralização da gestão, compreendida em três esferas de poder (federal, estadual e municipal), obviamente que, entre os entes federativos mencionados, o governo federal concentra mais recursos financeiros, assim como mais atribuições<sup>13</sup>.

Entretanto, o modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil não é unanimidade entre os estudiosos da área. De acordo com Elias (1996)<sup>14</sup>, alguns pressupostos como o fato da esfera municipal de governo estar mais próxima da população é algo positivo, porém, o autor questiona sobre a capacitação técnica da esfera local para exercer as atribuições que lhe são conferidas, dentro de uma realidade imposta caracterizada pela escassez de recursos financeiros que inviabilizam o cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios. Em concordância com Elias (1996)<sup>14</sup>, Mendes e Santos (2000)<sup>15</sup>, afirmam que o processo de descentralização, implicou aos municípios alocar recursos próprios em saúde, principalmente após o (sub)financiamento crescente dos recursos federais, agravado a partir de 1993 forçando-os à saídas privadas de prestação de serviços com isso, de acordo com os autores, além da obrigação financeira, recai sobre os ombros do município a total responsabilidade da gestão dos serviços de saúde com o agravante da esfera municipal não mais contar com a coordenação central.

Luz (2000)<sup>16</sup> compreende que, paradoxalmente, o modelo de descentralização da saúde brasileira contempla os anseios dos governos neoliberais da década de 1990, pois, pode-se dizer que a União transfere responsabilidades para os estados e municípios no sentido de se eximir, e, poder de certa maneira cobrar dessas unidades incumbências referentes às funções delegadas, sendo este fenômeno mais um elemento que proporcionou um peso à gestão municipal forçando-a a conveniar-se com o subsistema privado por falta de capacidade instalada.

## SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE: O ‘AMIGÁVEL’ INTRUSO

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

Chesnais (1996)<sup>17</sup> assinala com lucidez sobre esse momento histórico no mundo ao descrever que as políticas de liberalização vieram acompanhadas de privatizações, desmantelamento de conquistas sociais e aprofundamento da desigualdade social. O recém-nascido SUS, não ficou imune a esse processo e as forças privatizantes assim como os interesses mercadológicos na saúde prevaleceram, com isso, o sistema de saúde com foco no mercado subsidiado ganhou fôlego sendo impulsionado pelo Estado. Bahia, Simmer e Oliveira (2004)<sup>18</sup>, diferentemente de Chesnais (1996)<sup>17</sup>, ao se concentrar no estudo do caso brasileiro, direciona o seu ensaio ao específico no campo da saúde. Neste sentido, a autora busca compreender como o mercado e as proposições liberais e privatizantes se apresentavam como alternativa anteposta à premissa básica do SUS que é a universalização dos cuidados de saúde. Os autores trazem mais detalhes que problematizam este quadro:

No final da década de 80, as evidências sobre a importância do “mercado” para a assistência à saúde de parcela significativa da população adquiriram especial dramaticidade quando arroladas para justificar as proposições neoliberais privatizantes. Seus formuladores nutridos da “realidade” de um sistema já privado consideravam que bastava regulamentar a oferta de assistência privada, através da transferência da contribuição previdenciária para as empresas que comercializam planos de saúde. O modelo chileno era apontado como paradigma de modernidade e eficiência por referência à falência do sistema público brasileiro. Os adeptos da privatização argumentavam que, ficando livre de uma parte da demanda,

o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/seguros saúde<sup>18</sup> (p. 10).

Menicucci (2003)<sup>9</sup> pondera que ao mesmo tempo em que se realizou verdadeiramente a reforma do sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS, as mudanças, por mais contraditórias que pareçam, foram limitadas pela antiga estrutura institucional pré-SUS, cujo peso histórico de suas ações não foi capaz de desmontar-se. Optou-se, dessa forma, por uma dupla trajetória, a da assistência pública e privada, como a última não foi regulamentada adequadamente, preservou-se a continuidade do sistema anterior.

Na prática, foi construído no Brasil um *sistema híbrido de saúde* (ou também conhecido como “dual”)<sup>19</sup>, uma miscelânea complexa e desigual entre o modelo público e privado. Com a reforma sanitária e o próprio advento do SUS, os sistemas privados e filantrópicos não foram incorporados ou estatizados, ao contrário, foram alimentados e desenvolvidos pelo Estado. Este setor privado permanece dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar (composto pelos planos e seguros privados de saúde) e o subsetor clássico e liberal (composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, em que os profissionais da saúde de maneira autônoma estabelecem suas agendas, as condições de tratamento e remuneração e os pacientes acessam por ‘desembolso direto’ – *out-of-pocket*)<sup>20</sup>.

A base de sustentação econômica do mercado de planos e seguros privados de saúde se dá por meio de um mecanismo de cooperação voluntária conhecido como mutualismo, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas, realizadas direta ou indiretamente. Mediante um plano ou seguro privado de saúde, o consumidor é capaz de estabilizar a variação de sua renda diante de eventos

inesperados que possam afetar a sua saúde física e, por consequência, a sua saúde financeira.

No que tange aos profissionais prestadores de assistência da iniciativa privada, estes, são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema<sup>20</sup>. As cooperativas médicas, são regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo, oferecem assistência aos associados por meio de contratos coletivos, familiares e individuais que prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados médicos e outros profissionais da área de saúde<sup>21</sup>.

Já a saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde com financiamento privado, entretanto, o setor é beneficiado por subsídios públicos e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); ainda segundo Pietrobon (2008)<sup>20</sup>, a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surgiu tardiamente, após dez anos da instrumentalização do SUS pela Constituição Federal. De acordo com Pinto e Soranz (2014)<sup>22</sup>, antes da lei 9.656/98 não era prevista cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Os autores ainda prosseguem ao esclarecer que as operadoras privadas de saúde excluía de seus contratos os portadores de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e limitavam os tratamentos de alto custo. Outras práticas comuns e despropositadas eram as restrições contratuais quanto à idade dos usuários<sup>22</sup>.

Conforme Bahia e Scheffer (2012)<sup>23</sup>, no continente americano, o Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba, consideram que o direito à saúde é um direito universal, sendo que, para outros países existem normas específicas que legitimam a segmentação dos seus sistemas de saúde. Todavia, ao contrário dos países citados, no Brasil, o sistema público convive com o mercado privado de

planos e seguros de saúde<sup>23</sup>. Para os autores, as principais diferenças entre planos e seguros de saúde são:

- 1- Quanto à natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário;
- 2- Em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional<sup>23</sup> (p. 428).

Ainda, sobre este assunto (quadro 1) é apresentado de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>24</sup> as diferentes modalidades que constituem o campo da saúde suplementar, o tipo de gerenciamento, e o público consumidor deste serviço de saúde privado.

<Inserir Quadro 1>

O segmento privado representado pela saúde suplementar prosperou de maneira auspiciosa em todo o país. De acordo com a ANS (2019)<sup>25</sup>, atualmente são 47,36 milhões de usuários de planos de assistência, desse montante, cerca de 30 milhões participam de convênios empresariais, oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão (formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações). Com efeito, propusemos a elaboração de uma tabela, a fim de observarmos com mais clareza os números publicados pela ANS. Portanto, observa-se na tabela 1, o número de usuários do sistema de saúde suplementar, da mesma forma, nota-se o aumento da concentração do segmento com a menor participação de operadoras ao longo dos anos do estudo.

<Inserir Tabela 1>

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, e algumas instituições do governo federal já possuíam planos de saúde. Esse modelo

incurtiu equivocadamente nos sindicatos e trabalhadores em geral a ideia de que o maior benefício destinado para as categorias representadas pelas entidades sindicais seria a cobertura hospitalar por algum tipo de seguro de saúde. Por outro lado, não houve de fato a construção coletiva com os trabalhadores e sindicatos para o fortalecimento de um sistema público e universal no Brasil. A respeito desta observação, Rodrigues (2014)<sup>26</sup> pondera o seguinte:

O SUS decorre de sua frágil base de sustentação social em meio aos trabalhadores, particularmente junto a suas organizações sindicais. Ao contrário do que ocorreu em diversos países do mundo, nos quais os sistemas públicos de saúde de caráter social-democrata contaram com amplo apoio dos trabalhadores, através dos partidos e sindicatos que os representam, no Brasil, diversas medidas do regime militar, tratadas adiante, contribuíram para promover o gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde do ponto de vista político e ideológico. Isso restringiu a base social de apoio do SUS principalmente aos movimentos sociais urbanos. Essa frágil base de sustentação social do sistema público de saúde está associada à outra circunstância histórica: a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo<sup>26</sup> (p. 38).

As questões envolvidas à expansão dos planos privados de saúde no Brasil estão de certo modo relacionadas às dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, fomentadas a insuficiência deste por meio do subfinanciamento crônico do SUS tornou-se frequente. Bahia (2001)<sup>27</sup> corrobora com a afirmação de que o desenvolvimento do setor privado perturba a construção da universalidade do sistema público:

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

segmentação já consolidada<sup>27</sup> (p. 330).

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

## **A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM ECONOMIA DA SAÚDE: O CASO DA ABRES**

Antes de nos aprofundarmos nos trabalhos publicados pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), faz-se necessário um breve contexto histórico sobre o seu surgimento e antes disso, reconhecer a parceria entre a Economia e a Saúde Pública no Brasil. Sobre este último aspecto, Mendes e Marques (2013)<sup>28</sup> julgam que o impulso inicial foi dado pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pois, segundo os autores, “o Ipea desenvolveu o método de apuração do gasto social federal, ao final dos anos 1980”. Contudo, para Mendes e Marques (2013)<sup>28</sup>, outra contribuição pode ser considerada como uma obra de referência para a construção da Economia da Saúde, esta, é o trabalho de Vianna et al. (1990)<sup>2</sup>, que de acordo os pesquisadores, “avalia a aplicabilidade dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações na equidade e prevê possíveis alterações

---

<sup>2</sup>Vianna S. M. et al. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Série Economia e Financiamento, Brasília: Opas, 1990.

no fluxo dos recursos descentralizados”<sup>28</sup> (p. 248).

Então, quando e como surge a Abres? Em relação a esta matéria, mais uma vez recorreremos a Mendes e Marques (2013)<sup>28</sup> que esclarecem:

Em junho de 1989, foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o I Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a qual foi criada cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I Workshop Internacional sobre o campo da Economia da Saúde. Em 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabiliza-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde — publicado em 1995 pelo Ipea e organizado por Piola & Vianna (1995)<sup>3</sup> —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde<sup>28</sup> (p. 248).

Portanto, já dilucidado o processo embrionário da Abres, retomaremos para a contemporaneidade, e será revisada de forma sistemática a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde. A Abres com o objetivo de realizar a primeira sistematização do conteúdo sobre economia da saúde produzida por autores brasileiros até aquele momento inédita no país produziu o documento intitulado: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*” em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

Ao inspecionar a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde, evidenciou-se a preponderância numérica dos artigos e trabalhos acadêmicos que possuem lastro no pensamento econômico neoclássico. Numa primeira etapa, foram selecionados vinte e quatro artigos desta publicação que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado.

---

<sup>3</sup>Piola, S. & Vianna, S. M. Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995.

Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica e vertente econômica utilizada pelos autores e o título do artigo da produção que podem ser vistos no quadro 2.

<Inserir Quadro 2>

No geral, os autores e trabalhos considerados neoclássicos negligenciam a complexidade das relações sociais e suas interações com as questões que dizem respeito ao papel de protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas. Dentre os dezenove trabalhos que foram selecionados apoiados em conteúdo neoclássico, houve a prevalência de artigos que abordam o estudo das políticas regulatórias implementadas no mercado de Saúde pela ANS. Outros temas que também foram frequentemente abordados, dizem respeito à alocação de recursos e controle de custos, informações sobre o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, seleção adversa, risco moral, contraprestações e despesas das operadoras, taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, informações sobre o processo de ressarcimento ao SUS, origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, e, por fim, a análise da estrutura produtiva em saúde.

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

<Inserir Gráfico 1>

No quadro 2 é possível identificar os quinze estudos que foram incluídos nesta análise e a relação entre os estudos e as categorias neoclássicas citadas.

<Inserir Quadro 2>

### **1. A crítica da economia política sobre a produção neoclássica em saúde suplementar e planos privados de saúde**

Após o estudo e a triagem dos trabalhos publicados pela Abres, notou-se que os autores selecionados como neoclássicos e sua produção científica é de certa forma composta por textos em que prevalece a heterogeneidade, ou seja, os artigos não apresentam apenas um único fundamento ou conceito de uma determinada teoria econômica. O que queremos dizer com isso é que os autores transitam entre os diversos caminhos da literatura apoiada em conceitos neoclássicos, e, isso podemos observar nos quadros que foram elaborados. Ao prosseguir, dedicaremos atenção, nessa parte, aos artigos que abordam as questões regulatórias e sobre a microrregulação.

Boa parte da produção literária produzida neste campo, conta também com material elaborado pela própria ANS, como, a título de exemplo, o acordo com os documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003, publicados em 2004. Este trabalho se ocupa com matérias a respeito da regulação da saúde e sobre as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviço.

Portanto, começaremos por um capítulo deste documento técnico citado anteriormente, como indica Andreazzi (2004, p. 58)<sup>29</sup> “no que se refere ao mercado de saúde suplementar, a ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência no mercado”. Em outra passagem, a autora menciona que a ANS por meio da regulação torna possível a mediação da oferta e a procura entre os agentes envolvidos no mercado de saúde.

Marinho (2017)<sup>30</sup> nos alerta ao afirmar categoricamente, apoiado por Ocké-Reis e Santos (2011)<sup>31</sup>, que a efetivação da saúde suplementar no Brasil ocorre por meio dos pesados subsídios (renúncia fiscal ou gasto tributário) repassados ao setor. Esses pesados subsídios a que o autor se refere são retirados do fundo público e repassados para a iniciativa privada.

Alves (2007)<sup>32</sup> em sincronia com Andreazzi (2004)<sup>29</sup> também manifesta o seu ponto de vista, pois, em seu artigo reafirma a importância regulatória da ANS. Ao prosseguir, o autor conclui “como desafios da saúde suplementar a baixa expansão da oferta, comparativamente à enorme demanda potencial por estes produtos”<sup>32</sup> (p. 3).

Alguns trabalhos enveredaram para as questões contratuais ou de microrregulação, isto é, do controle de um agente econômico sobre outro. O artigo produzido por Ugá et al. (2009)<sup>33</sup>, assim como Alves (2007)<sup>32</sup> estudaram a microrregulação e as relações comerciais e contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Nos conteúdos de origem regulatório, Dantas e Aguiar (2010)<sup>34</sup> concordam com Ribeiro et al., (2008)<sup>35</sup>, Ribas (2009)<sup>36</sup> e Ugá et al. (2009)<sup>33</sup>, ao analisarem as mudanças estruturais da saúde suplementar sob o olhar regulatório da ANS. Alves (2007)<sup>32</sup> demonstra preocupação com o fato da dificuldade de novos consumidores adentrarem no mercado de saúde suplementar por causa dos consumidores de alto risco, que “poderiam expulsar do mercado os consumidores de baixo risco”<sup>32</sup> (p. 03), devido à assimetria na informação entre a empresa e o consumidor (seleção adversa). Em concordância com estes autores, Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup> também desenvolvem as questões envolvidas ao risco moral, seleção adversa e a dinâmica de competição sob a lógica capitalista do mercado de saúde.

Dentre os trabalhos e autores pesquisados para nossa discussão, Alves (2007)<sup>32</sup>, revela-se como um grande entusiasta e provavelmente o maior idealista das ações regulatórias promovidas pela ANS. De acordo com o autor, o “espírito da lei atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores de planos de saúde”<sup>32</sup> (p. 2).

Porém, até que ponto o Estado se impõe frente ao mercado de saúde suplementar por meio da ANS? Para Ocké-Reis (2009)<sup>37</sup> esta é, em certa medida, uma questão provocativa sobre as pré-condições que o Estado possui no sentido de subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público.

Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup> retomam o discurso ortodoxo, mencionando praticamente quase todas as categorias neoclássicas dos trabalhos de economia de saúde, publicados pela Abres e coletados neste estudo, ao se aprofundarem no estudo do regime regulatório promovido pela ANS. Abordam, também, as questões envoltas à eficiência econômica, qualidade em mercados de planos de saúde, e fazem uma comparação com a experiência da saúde privada estadunidense. A respeito do seu estudo comparativo, e de seu aparente contentamento com a disseminação de empresas de saúde de médio porte nos Estados Unidos, o autor esclarece:

Têm sido perseguidas, de modo mais típico, na experiência norte-americana, a disseminação de empresas intermediárias (entre consumidores e prestadores de serviços) e o estabelecimento de porta de entrada e integração vertical formam parte das conhecidas estratégias de *managed care*. O conhecimento da matriz norte-americana de planos de saúde é relevante para compreender as estratégias observadas no Brasil. A assistência à saúde nos Estados Unidos, ao contrário da maioria dos países de alta renda, se caracteriza por elevada participação de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços, embora a participação governamental seja substantiva. O aprendizado institucional a partir desta experiência é relevante ao ambiente de saúde suplementar no Brasil. Na Europa, tecnologias de gestão clínica e de controle de custos têm sido disseminadas no setor público na forma de atenção primária<sup>35</sup> (p. 1480).

Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup> mencionam a controversa experiência estadunidense para promover a saúde suplementar no Brasil, como forma de contenção aos argumentos privatistas e sobre o “bom papel” regulatório promovido pela ANS. Ainda sobre esse aspecto, Viana e Silva (2007)<sup>38</sup>, entendem que o mecanismo de saúde dos EUA pertence à lógica da equivalência. Este é um instrumento difundido em países em que o mecanismo dos planos e seguros é predominante, embora, ponderam, que a lógica da solidariedade é majoritária nos sistemas Beveridgianos ou universalistas, como são os sistemas de saúde da Europa do Norte. A lógica equivalente é excludente.

De qualquer forma, Ocké-Reis (2007)<sup>39</sup> novamente contesta Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup>, a respeito das questões que envolvem a capacidade regulatória da ANS. Esse autor menciona que Agência Suplementar de Saúde não tem força para sequer garantir a prestação de serviços e a qualidade da atenção médica.

Gadelha (2003)<sup>40</sup> se aproxima das reflexões de Ocké-Reis (2009)<sup>37</sup>, quando questiona a hegemonia do enfoque neoclássico da economia aplicado na saúde e contesta a ideia de racionalização por meio de um suposto controle do mercado, pois, segundo o autor, mesmo sendo racionais, os agentes econômicos são limitados em sua capacidade cognitiva, uma vez que, numa economia monetária e permeada por múltiplas variáveis, as decisões ou resultados não podem ser previstos como um simples modelo matemático. Em concordância com Gadelha (2003)<sup>40</sup>, Mendes et al. (2017)<sup>41</sup> citam Braga e Paula (1981)<sup>42</sup> ao criticarem os autores economistas neoclássicos por sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas.

Para Viana e Silva, (2007)<sup>38</sup> à saúde segue sendo um campo de desentendimentos entre os diversos atores envolvidos em que apenas por meio do papel do Estado seria possível não permitir que as decisões cruciais para este setor não estejam ao alcance e tomadas por terceiros, como podemos conferir no trecho destacado:

[...] objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. As instâncias decisórias são constituídas por redes de instituições, representando uma complexa constelação de atores. As mudanças promovem alterações nas relações de poder e na autoridade dessas instituições, e nos seus interesses. A reforma significa o momento de reconstrução da autoridade pública na saúde. Esse aspecto implica em reforçar o papel do Estado nos processos de reforma, de modo a não permitir que nenhum ator tenha o domínio (hegemonia) das decisões políticas<sup>38</sup> (p. 15).

Mendes et al. (2017)<sup>41</sup> não são tão otimistas no que diz respeito ao papel do Estado. Para os autores, na atual crise do capitalismo, o Estado impõe

políticas de austeridade inspiradas na visão neoclássica, que sustentam ‘a racionalidade neoliberal’ estruturando e organizando não apenas a ação dos governantes, mas até a conduta dos governados. Evidentemente que, os autores estão corretos quando evidenciam que o Estado não é a vítima de um processo econômico neoliberal, este, na verdade, é o garantidor e cúmplice dessa barbárie.

## **2. Concorrência, análises de desempenho e discurso economicista**

Ribas (2009)<sup>36</sup>, em sua dissertação de mestrado, trabalha a concepção dos progressos obtidos no setor de saúde suplementar desde a criação da ANS. A autora pondera os diferentes elementos em que acredita que houve avanços, como: “no estabelecimento de condições de ingresso e operação, comunicação e informação, monitoramento econômico-financeiro, regulação de preço e redução dos impactos da assimetria informacional das operadoras e consumidores” (p. 201). Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup>, corroboram com o pensamento de Ribas (2009)<sup>36</sup>, para os autores, no Brasil, demonstrando como a agenda política brasileira é voltada ao mercado de saúde suplementar envolvendo racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custo.

Alves (2007)<sup>32</sup> faz uso de equações matemáticas para prever como as enfermidades que acometem os usuários, assim como os riscos que impactam em custos prováveis para as seguradoras. Nishijima et al. (2004)<sup>43</sup> realizaram em sua pesquisa estudos de probabilidade e estimativas econométricas para avaliar se os consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens de assistência pública. Os autores também abordam as questões regulatórias da saúde suplementar. Outro aspecto relacionado refere-se à questão do levantamento de gastos da saúde no Brasil e comparação entre os gastos públicos e privados.

As questões envoltas na análise de desempenho, concorrência e eficiência estão entre as mais frequentes nos debates promovidos pelos

neoclássicos. Araújo (2004)<sup>44</sup> debruça-se no estudo do mercado de saúde e suas especificidades, como oferta e demanda. De acordo com o autor, as falhas de competição são um tipo de distorção, porém, não é a única, e cita também a formação dos monopólios, falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é oferecido para compra e assimetrias entre os atores envolvidos. Sobre esse aspecto, defende de maneira genérica “algum tipo” de regulamentação estatal para o setor.

É com naturalidade que alguns dos trabalhos estudados fizeram uso de ferramentas matemáticas características das análises neoclássicas. Neste sentido, Alves (2007)<sup>32</sup> utilizou-se de uma minuciosa análise de organogramas e fluxos de capital com a intenção de investigar as questões relacionadas à ineficiência do mercado no setor saúde. O autor, como já mencionado também, se dedicou em aspectos contratuais que envolvem os planos privados e consumidores. Ribeiro et al. (2008)<sup>35</sup> vão na mesma toada, utilizando em seu trabalho modelos abertamente neoclássicos, com temas que abordam o risco moral, seleção adversa e a análise de microgestão.

Dantas e Aguiar (2010)<sup>34</sup>, em seu estudo, apresentam as questões envoltas à regulação de saúde suplementar no Brasil gerida pela ANS, além disso, promovem a discussão do desempenho do mercado de saúde suplementar sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde.

Godoy et al. (2004)<sup>45</sup> comparam o que chamam de mercado de saúde com outros segmentos mercadológicos das economias capitalistas. Para isso apontam, segundo eles, as falhas deste mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, risco moral e seleção adversa. Os autores não se sentem constrangidos por tratar a saúde como um bem de consumo mercadológico, mas, também, esta é uma consideração secundária, haja vista, toda a análise economicista neoclássica impregnada nesta produção acadêmica dos autores. Nunes (2005)<sup>46</sup>, por exemplo, argumenta em sua tese de doutorado as especificidades mercadológicas da saúde, assim como, os conceitos de concorrência perfeita e alocação de recursos. O termo concorrência perfeita,

utilizado pelo autor, está claramente relacionado com a ortodoxia microeconômica, a valer, é uma direção conceitual complexa para os estudiosos não economistas e não adeptos ao neoclassicismo. Portanto, apoiado sob a análise neoclássica, Kupfer (1992)<sup>47</sup> elucida o termo conceitual “concorrência perfeita”:

A construção do conceito de concorrência encerra uma grande complexidade. Desde as noções que lhe são preliminares como as de firma, indústria e mercado, - tanto mais recheadas de ambiguidades quanto mais se queira aproximá-las da realidade - até a identificação das variáveis básicas descritivas das estruturas dos mercados e das condutas das empresas, a noção de concorrência apresenta-se como um objeto analítico que insiste em se situar além da capacidade explicativa das formulações teóricas disponíveis. Na tradição neoclássica, baseada no atomismo, a teoria da firma está, de modo geral, subordinada à determinação da existência de um vetor de preços que compatibilize as decisões individuais. Em particular, com algumas suposições acerca das preferências dos agentes e das características das técnicas produtivas, e supondo-se que os agentes são tomadores de preços, garante-se a existência desse vetor. Neste nível de abstração, é justificável a adoção da hipótese de concorrência perfeita, formalmente similar à suposição de que todos os agentes sejam tomadores de preço<sup>47</sup> (p. 267).

A crítica ao movimento de mercantilização da saúde, ao discurso economicista, que se utiliza de termos como concorrência ou de elaborados modelos matemáticos na produção da economia da saúde, será realizada por meio de autores economistas políticos. Nessa sequência, iniciaremos por Mendes et al. (2017)<sup>41</sup>, que citam em seu artigo um elucidativo parágrafo sobre o real significado do termo “princípio de concorrência” de referência autoral de Dardot e Laval:

O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo que determina um novo modo de governo dos homens de acordo com o princípio universal da concorrência, implicando redução dos direitos sociais, inclusive no tocante à política de saúde, em cujo interior se intensificam mecanismos de mercantilização presentes no contexto dos países capitalistas centrais e periféricos, como o Brasil<sup>41</sup> (p. 851).

Prosseguiremos então na contramão dos trabalhos que induzem à mercantilização do SUS como um caminho obrigatório, Ocké-Reis (2008)<sup>47</sup>; Bahia (2001)<sup>27</sup> e Sestelo et al. (2013)<sup>49</sup> acompanham Mendes et al. (2017)<sup>41</sup>. Para o primeiro, o mercado privado de saúde é demasiadamente patrimonialista, e, nega o princípio da universalidade de acesso à saúde. Este está repleto de contradições, como a exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores e dupla militância dos médicos. Já para Bahia<sup>27</sup> (2001, p. 330), “o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal”. Em convergência<sup>27</sup> mas de maneira mais generalista, Sestelo et al. (2013)<sup>49</sup> compreendem que o SUS surge entre as décadas de 1980 e 1990 sob um cenário de viés ideológico neoliberal com a redução do papel do Estado como provedor direto dos direitos sociais, incluindo à saúde.

Em concordância com os argumentos de Mendes et al. (2017)<sup>41</sup>, Paulani (2006)<sup>50</sup> cita Belluzo na crítica ao discurso economicista e sua pretensa cientificidade. Segundo a autora, os constrangimentos de natureza ideológica são parte de uma retórica que o mercado e os neoclássicos utilizam como armas para se fazerem ouvir. Em concordância com Paulani (2006)<sup>50</sup> e Beluzzo (1999)<sup>51</sup>, porém, especificamente direcionado à economia da saúde, Viana e Silva (2007)<sup>38</sup> marcam a sua contraposição ao neoclassicismo ao manifestarem a necessidade de se retomar a discussão conjunta entre desenvolvimento econômico e social como única forma de fugir, das amarras do economicismo. Para os autores, o pensamento dominante atual na área da economia, naturaliza o movimento de avanço das normas da mercantilização e da concorrência em todas as esferas da vida<sup>38</sup> (p.19). Na mesma linha de pensamento, Nogueira e Pires (2004)<sup>52</sup>, compreendem que os imperativos macroeconômicos e estratégias apoiadas obviamente por um vasto repertório acadêmico transformou a saúde em um objeto de consumo.

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

### **BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O que a hegemonia do pensamento neoclássico tem a ver com interpretação sobre o subsistema privado de saúde no Brasil? Esta questão não está desconectada do todo social. A produção de conhecimento no capitalismo, especialmente em sua fase contemporânea, tem sido uma grande arma do capital no que diz respeito à perda e supressão de direitos dos quais a saúde é um deles. Isto não está desconectado com o avanço do desemprego, desmonte das leis trabalhistas, congelamento do orçamento público em saúde e educação, reforma da previdência, agressões destinadas às Universidades Federais e públicas, entreguismo do patrimônio público e nacional para as grandes

multinacionais e deterioração da imagem internacional do Brasil, por um governo autoritário. Muito pelo contrário, apresenta-se organicamente associada.

No que diz respeito à saúde pública, o seu processo de privatização permanece estimulado pelos ajustes fiscais permanentes, desmontando o Estado, atualmente em ritmo acelerado, e ganhando respaldo acadêmico pelos pensadores da escola neoclássica conforme este estudo pode comprovar. Na realidade, este pensamento vem dominando o campo da economia da saúde há mais de duas décadas, especificamente os interessados em aprofundar os seus estudos nas questões que tratam dos temas acerca da saúde suplementar, como: financiamento do setor, regulação, inconformidades, risco às operadoras, benefícios e comportamento dos usuários. O endosso da interpretação neoclássica sobre o subsistema privado aqui analisado reforça, em grande medida como a história contemporânea demonstra o inevitável desmonte do Estado, como o desfinanciamento e desresponsabilização deste, frente o desafio da construção de um sistema de saúde pública universal, no qual tanto liberais quanto, em certa medida a social-democracia ajuda a ratificar.

Assim, aproveitamos para realizar o debate e a contraposição por meio da economia política crítica frente aos trabalhos neoclássicos e desconstruir o discurso mercadológico que tomou para si boa parte da produção científica do campo da economia da saúde. Foi possível evidenciar que a imensa maioria dos trabalhos acadêmicos publicados pelo estudo da Abres entre 2004-201, é voltado ao campo da economia da saúde com conteúdo majoritariamente neoclássico.

## **REFERÊNCIAS**

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*. 2013; 27(78): 7-26.
2. Batich M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em Perspectiva*. 2004; 18(3):33-40

3. Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
4. Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 1992; 26 (2):79-115.
5. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, MZ; Almeida-Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi: Rio de Janeiro. 6a. ed., 2003, p. 567-586.
6. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. *Gestão hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora ENSP; 1993.
7. Yida M. *Cem anos de saúde pública no Brasil: cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.
8. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2 ed. Brasília, 2012.
9. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*: Editora Fiocruz, 2007.
10. Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):13-26.
11. Mendes AN. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: *II Seminário Nacional de Teoria Marxista: O capitalismo e suas crises*, 2015.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: Conass, 2015.
13. Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde *Caderno De Informação Da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2006. Trimestral. Substituição de: *Caderno de Informação de Beneficiários, Operadoras e Planos: dados do setor*.
14. Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.
15. Mendes AN, Souza SB. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*. 2000; 9(1-2): 111-125.
16. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):293-312.
17. Chesnais F. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
18. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):921-929.
19. Paim JS et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 2011; 377(9779):1778-1797.
20. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2008; 18(4):767-783.

21. Pereira-Filho LT. Iniciativa privada e saúde. *Estudos avançados*. 1999; 13(35):109-116.
22. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):85-98.
23. Bahia L, Scheffer M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella L et al. (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 427-458.
24. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde suplementar*. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12).
25. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo*. Rio de Janeiro, 2010. 44p. Edição. 1, semestre 2011.
26. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):37-60.
27. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):329-339.
28. Mendes Á, Marques RM. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos GWS et al (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 247-281.
29. Andreazzi MFS. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J, Werneck AJ (orgs.). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121-46.
30. Marinho A. S crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares nos planos populares ou no SUS?. *Planejamento e Políticas Públicas*. 2017; 49:55-84.
31. Ocké-Reis CO; Santos, Fausto Pereira dos. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.637).
32. Alves SL. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: *Encontro Nacional de Economia*, 35., 2007, Recife. [Anais...]. Niterói: ANPEC, 2007. Acesso em 07, mar 2019. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>
33. Ugá MAD et al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(5):832-838.
34. Dantas A, Aguiar BS. Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 15., 2010. [anais...]. Uberlândia: SEP, 2010.

35. Ribeiro JM et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1477-1487.
36. Ribas BKC. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.
37. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):72-79.
38. Viana ALD; Silva HP, Elias PE. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2007; 37:7-20.
39. Ocké-Reis CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(4):1041-1050.
40. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2003; 2(8):521-535.
41. Mendes Á et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saude e Sociedade*. 2017; 26(4):841-860.
42. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência. *Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec, 1981.
43. Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto Júnior G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*. 2010; 19(3):589-611.
44. Araújo ÂM. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2004.
45. Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 9. 2004, São Paulo. [anais...]. São Paulo: PUC, 2004.
46. Nunes A. Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2005.
47. Kupfer D. Padrões de concorrência e competitividade. In: *Encontro Nacional de Economia*, 20, Campos de Jordão, 1992. Anais. Brasília: Anpec, 1992. p. 261-281.
48. Ocké-Reis CO. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1398-1408.
49. Sestelo JAF, Souza LEPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(5):851-866.
50. Paulani LM. Economia e retórica: o capítulo brasileiro. *Revista de Economia Política*. 2006; 26(1):3-22.

51. Belluzzo LG. Prefácio. In: Rego JM, Mantega G (org.). *Conversas com Economistas Brasileiros II*. São Paulo: Editora 34, 1999.
52. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(3):753-760.