

PENSAMENTO ECONÔMICO E A QUESTÃO DA SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DE BRAGA E PAULA PARA (RE) PENSAR O ‘ECONÔMICO’ NA SAÚDE

Leonardo Carnut¹
Áquilas Mendes²

Resumo

Este trabalho discute o lugar em que o ‘econômico’ foi percorrendo e se consolidando na ‘saúde’ afim de demonstrar que há uma narrativa de pensamento econômico-social predominante na abordagem econômica da saúde. Para isso, foi realizado ensaio teórico-conceitual sobre o pensamento econômico de Braga e Paula em relação ao tema, baseando-se no primeiro capítulo do livro “Saúde e Previdência: estudos de Política Social” publicado em 1981, considerado como o nascedouro da perspectiva crítica sobre a relação economia e saúde no Brasil. Após a análise das fases de desenvolvimento dessa narrativa através é possível dizer que há um tipo de ‘econômico’ que hegemoniza o debate na área da ‘economia da saúde’, sendo necessário que a Saúde Coletiva repense suas matrizes analíticas em face a esta colonização.

Descritores: Saúde Coletiva, Economia da Saúde, Pensamento Econômico, Reforma Sanitária.

¹Professor de Sociologia, Estudos Sociais e Pesquisa Qualitativa da UFMG.

²Professor de Economia Política da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

INTRODUÇÃO

Muitas vezes, ao longo do pensamento econômico na trajetória histórica da acumulação do capital – dos mercantilistas (séc. XVI), passando pela economia política clássica (inclusive sua crítica com Marx), à teoria neoclássica – a questão da saúde não é tratada diretamente, mas pode ser interpretada à luz dos argumentos expostos por esse pensamento. Já, em outros momentos, quando da teoria do subdesenvolvimento latino-americano, na Cepal (anos 50, séc. XX), a saúde passa a ser colocada no centro das reflexões do pensamento econômico.

Segundo palavras de Braga e Paula (1981, p. 1) ao descreverem grande parte do pensamento econômico dizem:

“[...] já continha noções e conceitos que permitiam entender com alguma precisão como as relações sociais de produção condicionavam não só o estado de saúde da população, como também os cuidados à saúde promovidos pelo Estado”.

Por sua vez, os autores argumentam que o surgimento da questão da saúde como objeto específico não só da ciência econômica, como também da política econômica é decorrente do avanço do capitalismo e de seus conflitos. Especialmente, quando se analisa a diferença entre as estruturas capitalistas “desenvolvidas” e as estruturas “subdesenvolvidas”. Nas palavras dos autores, tem-se que (p. 2):

“[...] a atenção à saúde era apresentada como um elemento transformador, capaz de arrancar as nações “arrasadas” de sua estagnante pobreza. Evidentemente, a tal formulação seguiu-se sua crítica”.

Por isso, que este estudo vem dedicar-se a identificar na obra de Braga e Paula (1981) intitulada: “Saúde e Previdência: estudos de Política Social” a contribuição do pensamento econômico e social destes autores para compreensão sobre como a Saúde Coletiva incorporou ‘o econômico’ na saúde.

Visando alcançar esse objetivo foi realizado um ensaio teórico-conceitual sobre o texto “Capitalismo e Pensamento econômico: a questão da saúde” no qual os autores discorrem sobre o assunto. Este texto foi escolhido por ser considerado um dos fundamentos do que hoje se considera como a narrativa hegemônica da “economia da saúde” e sua produção no país.

Nesse sentido, o ensaio está dotado de seis seções, que, longe de esgotarem o tema, servem de guia para compreender a historicidade do debate e como a saúde (entendida como objeto ‘do econômico’) foi incorporada na Saúde Coletiva. A primeira seção trata do mercantilismo, a segunda da formação do capitalismo e saúde das populações, a terceira trabalha o pensamento econômico na Revolução Industrial, a quarta foca no pensamento neoclássico, a quinta a conjugação ‘saúde e subdesenvolvimento’, a sexta e última estabelece uma crítica aos procedimentos neoclássicos e apresenta proposições alternativas sobre o assunto.

O MERCANTILISMO

Trata-se do período de meados do século XVI e XVII, na Europa, especialmente na Inglaterra, conforme Marx denomina do período da acumulação primitiva do capital. Os autores referem à: a acumulação prévia do capital comercial foi essencial para a formação do capital industrial.

Para ficar claro, os autores chamam a atenção de que, do ponto de vista político, o mercantilismo tem sido frequentemente descrito como uma política de poder e uma concepção da sociedade. Trata-se de uma política econômica apoiada nos pilares: protecionismo, balança comercial favorável, metalismo e colonialismo. Estado Absolutista, papel importante para a acumulação primitiva.

Braga e Paula (1981, p. 2) dizem:

“O bem-estar da sociedade era tido como idêntico ao bem-estar do Estado. “*Raison D’État*” seria o fulcro de sua política social... Como em qualquer moderno Leviatã, a pergunta relevante já era: que caminho o governo deve seguir para aumentar o poder e riqueza nacionais? E as respostas: primeiro, buscar dispor de uma grande população; segundo, prover tal população num sentido material; e terceiro, coloca-la sob controle do governo, de modo a ser usada segundo as exigências da política pública.”

Os autores enfatizam a diferença entre os mercantilistas e os economistas clássicos (Adam Smith, 1983; Ricardo, 1982), sendo que esses últimos se concentram na discussão da formação e da distribuição do valor, realizam uma teoria da produção, uma teoria da repartição da renda. É claro que esses temas estão articulados a seu tempo histórico, o capitalismo industrial. Já os mercantilistas, por serem efetivamente ‘políticos’ “buscavam interferir na atividade do Estado, sugerindo medidas que contribuíssem para o aumento da Riqueza da Nação” (p. 4).

Ao se apoiarem na revelação de Foucault, os autores chamam a atenção que “o saber médico anterior ao nascimento da clínica via a questão da saúde não apenas como um problema do corpo em si, mas como uma *consequência da interação entre o corpo e o mundo que o cercava*”. (p. 4, grifo nosso).

Nesse ponto, os autores argumentam que duas visões marcavam a pré-história das ciências: a interação homem/meio ambiente e a interferência do Estado na atenção à saúde. Dentre os pensadores mercantilistas, destaca-se a figura de Willian Petty (1988) – médico, economista e filósofo que viveu entre 1623 a 1687 –, com preocupações sobre: impostos, comércio, população, educação, a peste etc.

Para ele, as questões da saúde estavam relacionadas à: a fertilidade natural e a população eram condições básicas para a prosperidade nacional. “Era dever do Estado estimular o progresso da medicina” (p. 4). Na realidade, para ele, a vida humana deve ser reduzida à capacidade de trabalho. Mais tarde, os economistas neoclássicos vão retomar essa ideia-força. Eles concebem “o ser humano apenas como capacidade de trabalho: na teoria do capital humano, o homem é reduzido a mero elemento da produção” (p. 5).

Seguidor de Hobbes, Petty defendia a presença marcante do Estado para tratar das questões da riqueza nacional. Dizem os autores que ele (p. 5):

“aceitava a tese de que o governo estava justificado ao desenvolver medidas políticas ou institucionais pelas quais aumentasse o poder e a riqueza nacionais,

reconhecendo ao mesmo tempo que cabia à política pública objetivar a melhoria dos padrões de vida da população, esta deveria ser tão numerosa quanto possível, mas composta de pessoas saudáveis e felizes.”

Nesse contexto, Petty se dedica ao estudo da Aritmética Política, isto é, calculava o tamanho da população, buscando determinar “o estado das populações, com o interesse voltado para os vários elementos (entre os quais as doenças) que poderiam fazer com que o número de pessoas aumentasse ou diminuísse” (p. 6).

Os autores argumentam que as ideias dos mercantilistas não alcançaram resultados efetivos, na medida que não havia um mecanismo administrativo nos níveis local e regional operando sob controle central. A administração na Inglaterra somente vai atingir um amplo espaço nacional depois da Lei dos Pobres (1834). Na realidade, isso será possível apenas no século XIX, com a industrialização e urbanização. Aí a saúde passa a ser uma preocupação nacional.

Os autores lembram que apenas nos Estados alemães tais proposições teóricas se traduziram em medidas políticas (monarquia absolutista, com um aparelho administrativo). Daí chamam a atenção para o conceito de polícia – polícia médica -, em relação aos problemas de saúde e doença (p. 6). Escritores alemães chamavam a atenção para o termo polícia (administração do Estado). Braga e Paula comentam que o mercantilista alemão que trata disso é Veit Ludwig von Seckendoff (1626 – 1692). Para ele, o Estado deveria se preocupar com: salvaguardar a saúde da população de modo que aumente seu número; um programa governamental deveria conter: manutenção e supervisão de parteiras, o cuidado aos órfãos, a designação de médicos e cirurgiões, a proteção contra a peste, o uso excessivo do tabaco e de bebidas alcólicas, a inspeção dos alimentos e da água, as medidas de limpeza e drenagem das ruas, a manutenção de hospitais e a assistência aos pobres.

Braga e Paula sintetizam as contribuições e limitações do mercantilismo em três aspectos (p. 7):

1. A saúde é uma questão socioeconômica, extravasando os limites da prática médica;
2. Encarar a saúde como problema de administração pública (negócio da política econômica);
3. A intervenção encontra limitações por se tratar de um incipiente conhecimento da prática médica e do baixo nível de organização administrativa do Estado.

A rigor, o pensamento dos mercantilistas reconhece a integração dos campos ciências da saúde e ciências sociais – a organização administrativa permitia uma atuação do Estado.

FORMAÇÃO DO CAPITALISMO E SAÚDE DAS POPULAÇÕES

É interessante notar que, os autores se deslocam do pensamento econômico – mercantilista – para tratar do tempo histórico do capitalismo, seu início e a questão da saúde.

Dizem os autores que é a partir da implantação do capitalismo que surge, o que Mário Magalhães da Silveira considera, as condições essenciais para a melhoria da saúde das populações (p. 7 e 8)

“Já em 1948, num trabalho criticando o Plano SALTE, afirmava ele: *‘Na história da civilização, a saúde das populações só melhora quando, no processo de produção, é possível substituir a energia humana pela energia derivada dos combustíveis*

minerais'. Esta feliz formulação chama a atenção não tanto para a questão do desgaste físico do trabalhador, mas sim para o fato de que a utilização de máquinas movidas a carvão e posteriormente a petróleo teve como resultado uma maior capacidade produtiva, uma maior produção e, portanto, um maior consumo social. E é exatamente este maior consumo, e não a melhor assistência à saúde, que possibilita uma vida mais longa e mais saudável" (p. 7 e 8).

Reforça-se, aí, o avanço das forças produtivas: melhora da saúde ou a "melhoria das condições materiais de vida e, portanto, melhoria de saúde".

Daí a contradição da ideia – "E é exatamente este maior consumo, e não a melhor assistência à saúde, que possibilita uma vida mais longa e mais saudável" (p. 8). Discutindo criticamente essa ideia da "elevação do produto social como condição necessária, mas não suficiente, para o aumento do consumo", os autores fazem a pergunta: "Como se comportou o padrão de vida nos primeiros anos da Revolução Industrial?"

Neste momento vão discutir 4 fatores básicos que estavam por trás das relativamente elevadas taxas de mortalidade da época: (1) – baixos salários – estado nutricional; (2) – péssimas condições de trabalho; (3) – condições de habitação, higiene e saneamento; (4) – conhecimento médico de então – o desconhecimento médico.

Esses fatores começam a ameaçar o próprio processo de acumulação do capital. Entretanto, a burguesia industrial tinha outra preocupação, talvez mais importante:

"o capital tinha fome de braços, e estes braços estavam ligados a troncos e pernas; só que estas pernas não poderiam circular por onde quisessem caso se tratassem de pernas desempregadas." (p. 9).

Reside aí a contradição entre o sistema de assistência aos pobres e a oferta elástica da força de trabalho. Não se trata de assistencialismo, mas "que a força de trabalho fosse regida por seu próprio interesse econômico".

Os autores falam sobre o significado da nova Lei dos Pobres (1834) – "A economia de mercado afirmava e exigia que a força de trabalho se transformasse em mercadora" (p. 10). Daí os autores se apoiam em Foucault (1989) quando chamou de uma "medicina da força de trabalho". Segundo Braga e Paula (p. 9) "Não é por acaso que esta nova concepção médica, esta prática de saúde pública surgiu atrelada à preocupação com a força de trabalho". Este é um ponto muito importante.

Os autores remetem a relação da proposta da medicina social, no âmbito da Revolução Francesa, à ideia de assistência médica. Apontam que a assistência médica não é mais colocada como uma caridade dos mais ricos ou do Estado, mas como um direito dos cidadãos (final da p. 10). É com esse espírito que a medicina social passa a ser uma prática do Estado (p. 11)

"As soluções propostas eram, como a própria época, revolucionárias. Estabelece-se o direito de todos receberem assistência, inclusive médica, do Estado. Estabelece-se uma complexa sistematização de como seria prestada tal assistência, de como deveriam funcionar os hospitais etc. Embora posteriores acontecimentos políticos fizessem como que muitas das proposições não passem do papel, nem por isso sua importância deve ser minimizada". (p. 10 e 11).

Emerge então a ideia de saúde como "controle" dos corpos. Os autores diferenciam os países europeus e suas formas de intervenção.

“Diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece no século XIX – sobretudo na Inglaterra – uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo dos pobres para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos para os ricos” (p. 11).

Também vale comentar o papel da medicina preventiva como necessidade do capital. Braga e Paula lembram o resultado da Poor Law: “o estabelecimento da ideia e da prática da Saúde Pública em moldes que até hoje persistem: ênfase numa medicina preventiva, destaque para a higiene e saneamento do meio, apoio às atividades da comunidade e consideração pelos aspectos socioeconômicos”

A medicina social inglesa permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: “uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-la”. Assim, o tratamento da saúde pública como tratava Edwin Chadwick (1969) - pai da saúde pública - deveria compor:

“a criação de um sistema de estatísticas vitais, que esclarecesse e orientasse a ação no tocante à redução dos níveis de mortalidade e morbidade; segunda, a ideia de que, ao abandonar a política paternalista e pré-industrial de assistência aos pobres, o Estado deveria assumir como seu encargo providências necessárias para melhoria das condições urbanas e o fornecimento de certo tipo de assistência médica, principalmente preventiva; e, finalmente (embora partindo de uma concepção equivocada das causas das doenças – Chadwick acreditava na teoria dos miasmas, segundo a qual emanções provenientes da terra e de detritos e sujeira em geral seriam as causas das doenças), uma decida campanha contra a sujeira, os detritos e a falta de higiene que caracterizavam os bairros pobres da época, afirmando que ‘a saúde pública era basicamente uma questão de engenharia’ e que as taxas de mortalidade e morbidade só diminuiram com a melhoria das condições de saneamento e higiene, posição até hoje reputada correta”. (p. 12).

É nesse quadro geral da saúde e da atenção à saúde na época, dizem os autores, que cabe refletir sobre o pensamento econômico produzido na implantação do capitalismo industrial: é este o momento que se constitui a Economia Política enquanto campo de um saber específico. A ênfase desta nova ciência se faz por meio da construção de uma teoria do valor-trabalho e de uma teoria da produção e da repartição da renda.

Os economistas clássicos e Marx não pensaram a questão da saúde como objeto da ciência econômica. No entanto, desenvolveram uma série de instrumentos para a reflexão sobre a interação entre atividades econômicas e saúde das populações. Por isso, a saúde aparecer principalmente ligada às suas análises populacionais, à questão do mínimo de subsistência e ao processo de trabalho.

PENSAMENTO ECONÔMICO NA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL: SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A REFLEXÃO SOBRE A QUESTÃO DA SAÚDE

Para Braga e Paula, a Economia Política é a ciência do capitalismo. Esta divide suas preocupações com a discussão da lógica, da ética e da filosofia.

O pensamento era centrado num entendimento do todo social de forma conjunta. Atuavam de forma ativa na sociedade opinando em questões políticas, sugerindo

modificações legais e institucionais. Desenvolveram instrumentos importantes para a reflexão econômica sobre a saúde, sem discutí-la de forma direta. Centraram sua análise na estrutura produtiva e alocativa do capitalismo, o processo produtivo.

Adam Smith se apoia em temas que julga serem principais: divisão social do trabalho; a especialização do trabalho, o processo de troca de bens e serviços como um processo social, em que o trabalho é indicado como medida real de valor daqueles bens. A ele seguem Ricardo e Marx – o trabalho fabril, considerado como determinante do nível de saúde. Todos discutem a teoria do valor-trabalho, com diferenças, o que tem implicações concretas para a análise da questão ‘saúde’.

Ricardo também se preocupa com a teoria da distribuição da renda, com base no problema da escassez.

Braga e Paula (p. 14) argumentam que:

“... embora não trabalhassem com o conceito propriamente dito, os clássicos preocupavam-se com os efeitos da saúde e de seus agravos. A questão da saúde... jamais aflora à superfície. Não se pensa em mortalidade, como também não se pensa em qualidade da vida, em níveis de saúde. Pensa-se, apenas, em subsistência, ou seja, no simples sobreviver, sendo a vida um dado que não é qualificada”.

Outro problema que está articulado nas ideias dos clássicos com a questão da saúde, principalmente em Ricardo, é o problema do crescimento populacional (Malthus) – relação entre crescimento populacional e oferta de alimentos. Daí a importância do controle da natalidade. De certa forma, a questão da saúde e da mortalidade é elemento fundamental.

Vale a pena comentar a preocupação de Ricardo (1982 *apud* Braga e Paula, 1981, p. 15): “... aliou a lei populacional de Malthus a sua própria apresentação dos rendimentos decrescentes na agricultura para explicar os salários a nível de subsistência como uma tendência do sistema capitalista por ele analisado”

Marx vai criticar duramente Ricardo e o próprio Malthus (1983) – economia vulgar para ele, conforme a seguinte citação (p. 15):

“A população não é determinada por um limite absoluto na produtividade dos alimentos. Pelo contrário, são as condições determinadas de produção que lhe fixam os limites e determinam também o nível da superpopulação”.

Os autores, ainda, citam Malthus para relacionar seu pensamento à determinação social da doença, ao criticar a industrialização e a urbanização.

Mas, segundo os autores, Marx é que realmente desenvolveu reflexões diretamente relacionadas com a problemática da saúde, ao se preocupar com o capitalismo como uma relação social entre o capital e o trabalho, no processo de produção (valor do trabalho (mais-valia), nas condições do processo de produção como um todo e no processo de trabalho (mais-valia relativa e mais-valia absoluta). Daí, percebe-se a relação com o processo de produção estar enraizado na determinação social da saúde e da doença (caso Mariana – outubro/2015, apenas para exemplificar). Essa ideia é explicitada a partir de duas razões, conforme esses autores (p. 16):

“... 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, vêm as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente entrelaçadas.”

Cabe a continuidade da leitura das ideias de Marx conforme Braga e Paula apresentam (p. 16 e 17), levando-nos a sua leitura.

“... Marx não parte da distribuição do produto social para determinar o nível de salário e de subsistência, como faz Ricardo. Inverte o sentido do raciocínio e parte das relações de produção, que terão como consequência a determinação daquele nível de subsistência. Este variará historicamente. Nos momentos iniciais do desenvolvimento do capitalismo – a que Marx assistiu – e, mais tarde, no quadro das economias capitalistas subdesenvolvidas, a tendência era a de reduzir tanto quanto possível os níveis salariais e de subsistência. Na medida em que o capitalismo amadurece, entretanto, duas forças agem no sentido da melhoria de tais níveis: economicamente, a ampliação e barateamento da produção de bens de consumo proporcionados pela elevação da produtividade do trabalho exige a criação de novos consumidores, obtidas através da melhoria dos níveis salariais. Ao mesmo tempo, a progressiva organização da classe operária capacita-a a lutar econômica e politicamente por seus interesses, contrapondo-se aos capitalistas.”

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

Mas, até Marx, o pensamento econômico não se preocupou com a questão da atenção à saúde, até porque não existiam aparelhos de atenção à saúde – com exceção da Polícia Médica. Somente no final do século XIX, com a montagem e estruturação de tais sistemas de atenção à saúde, é que o pensamento neoclássico irá impulsionar e impulsionar-se.

O PENSAMENTO NEOCLÁSSICO

É com o pensamento neoclássico, o principal economista Alfred Marshall (1996), que a questão da atenção à saúde ganha relevo e é incorporada como preocupação mais elaborada. A preocupação central dos neoclássicos é a microeconomia – a questão da *eficiência* da unidade produtiva e a melhoria de sua *administração*. Daí aparece a noção do campo da *economia da saúde*, conforme Braga e Paula apresentam na definição de Selma Mushkin da John Hopkins University, publicado na Revista, *Public Health Report*, em 1958 (p. 19 e 20) e bastante defendida nos tempos atuais do neoliberalismo:

“Economia da 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**” (grifo nosso).

Braga e Paula criticam essa visão com o seguinte comentário: “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” (p. 20) (grifo nosso).

Cabe lembrar que o pensamento neoclássico se articula à ideia da epidemiologia tradicional, positivista e de pensamento linear (Breilh, 2006). É importante continuar apoiando-se na crítica dos autores que insistem que o pensamento neoclássico deixa de lado os elementos de *reprodução do capital no setor saúde*, reduzindo seu escopo à microeconomia (a atividade produtiva), como também todos os outros fatores a influenciar os níveis de saúde da população, como por exemplo, a perspectiva crítica da promoção à saúde (Vasconcelos e Schmaller, 2014).

Uma boa síntese do pensamento neoclássico com a questão da saúde é apresentada por Braga e Paula. Eles ressaltam o privilégio (p. 21): da análise dos efeitos da atividade produtiva sobre a saúde das pessoas, da 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. Enfim, reduzem a uma análise de sua expressão contábil, em que ‘saúde’ se reduz a simples capacidade produtiva. Dão ênfase, basicamente, à questão dos custos da saúde.

Ainda, Braga e Paula chamam atenção para vários problemas que o pensamento neoclássico teve que enfrentar por tentar considerar a atenção à saúde dentro da racionalidade mercado. Comentam sua preocupação com o mercado de atenção à saúde, expondo as questões do lado da ‘oferta’ e da ‘demanda’ (p. 22).

Do lado da oferta, os principais problemas são: a) o lucro não é uma razão que explica o próprio mercado, isto porque a atenção à saúde tem sido prestada por instituições públicas não-lucrativas, b) em segundo lugar alguns serviços de saúde não são precificados impedindo a sociedade em realizar uma avaliação de preferência, c) a alocação dos serviços se dá por uma mistura de decisões de mercado e administrativas estatais, e d) vem se firmando ainda, uma fonte pagadora (Estado ou algum tipo de seguro) que tem problema para controle dos custos de produção. Do lado da demanda: a) há problemas que devem ser analisados no tocante à ponderação racional de opções de escolha dos serviços (renda, mas não só); b) outra questão é a falta de conhecimento do consumidor (mercado assimétrico), é geralmente o médico quem determina que tipo de serviço que vai prestar ao paciente.

Os autores somam à análise da demanda e da oferta, a questão da “utilidade social”. Daí a relação com a noção neoclássica da ‘*utilidade marginal*’. A lei da utilidade marginal expressa que em uma relação econômica a utilidade marginal decresce à medida que se consome mais uma unidade. A utilidade total de um bem cresce quando se consome maiores quantidades dele, mas seu incremento da utilidade marginal é cada vez menor.

O consumidor tem satisfação com o consumo de um bem, mas a unidade seguinte já não lhe proporciona tanto prazer como a anterior.

“Os benefícios se apresentam na compra de serviços de saúde para a prevenção ou cura de doenças contagiosas e são instâncias em que a demanda individual e o preço de mercado subestimam os benefícios totais e marginais” (p. 22).

Por esses argumentos, os autores insistem nas limitações dos neoclássicos, conforme a seguinte exposição (p. 23):

“... 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.” (grifo nosso).

É importante chamar a atenção, como fazem os autores, para as concepções privilegiadas pela então “economia da saúde”, tais quais a: operacionalização de unidades de atenção à saúde; os conceitos de ‘risco’ e ‘incerteza’ suavizadas pela ideia de ‘bem-estar’, mas, sobretudo, o conceito do ‘*capital humano*’, que a partir da década de 1950 – Theodor Schultz (1973) – ganha força na retórica neoclássica, como segue na seguinte citação.

“Notadamente a partir da década de 50 os economistas desta corrente mostram preocupação em analisar não só a quantidade de recursos empregados no desenvolvimento econômico, mas também sua qualidade, especificamente a dos recursos do trabalho, focalizando o ‘volume de educação incorporada’, o ‘treinamento’ e a ‘atenção à saúde’. Os dispêndios nesses serviços são vistos como investimentos em *capital humano* e suas taxas de retorno são analisadas em termos de contribuições para o crescimento econômico e para a capacidade individual de ganho. Tal procedimento dá suporte ideológico à noção de que a saúde é funcional para o processo de acumulação e produção, e seus métodos tendem a se tornar a base analítica para a determinação política do nível apropriado de dispêndios em atenção à saúde.” (p. 23 e 24).

Ainda, os autores chamam a atenção, também, para o emprego das análises de custos: custo-benefício, custo-utilidade, custo-efetividade, em que se calculam o *preço da vida humana*, considerando o salário médio multiplicado pelos anos de vida “ganhos” com a efetivação da atenção médica.

É importante ressaltar na crítica ao pensamento neoclássico as reflexões de Illich (1975). Este autor apresenta comparações internacionais interessantes que demonstram que os *níveis de saúde* reagem *inversamente à ampliação da rede de atendimento*, porém, é necessário considerar que se trata de uma ‘análise estreita’ quando se tem perseguido uma perspectiva ‘global’ do funcionamento da economia. Dentre outras críticas dos autores aos economistas neoclássicos, destaca-se sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos, a-histórica. Daí insistirem no seu propósito: o *problema da saúde* vai reduzindo-se ao problema da *atenção à saúde* (p. 25).

SAÚDE E SUBDESENVOLVIMENTO

Os neoclássicos continuaram a difundir suas ideias a partir da 2ª Guerra Mundial, especialmente para os países subdesenvolvidos da América Latina. A melhor expressão disso é a contribuição da Teoria do Desenvolvimento de Rostow em “Etapas do Desenvolvimento Econômico: um manifesto não comunista” (1964). O desenvolvimento econômico pensado com base numa teoria da produção, no avanço do progresso técnico, constituído da sociedade tradicional à maturidade industrial. Em suma, uma visão linear e mecânica. Daí a saúde e a educação passaram a ser consideradas como fundamentais para a questão da “qualidade do trabalho”. Neste contexto, o conceito do “círculo vicioso”, conforme a citação que os autores fazem de Nurkse em Myrdal (1988) aparece como ‘central’ no debate.

Os autores ressaltam na contribuição de Myrdal (p. 28):

“mas a ideia do círculo vicioso traz em seu bojo uma importante consequência: reforça as proposições do **planejamento** como instrumento importante de ‘modernização’ da economia e como forma de intervenção do Estado em seus rumos. E ademais propiciará a introdução dos **problemas de saúde como elementos do próprio processo de desenvolvimento econômico** – agora não apenas como efeito, como já queriam alguns autores, mas como causa” (grifo nosso);

Ao comentar o planejamento, os autores chamam a atenção para a contribuição da Cepal, em termos de pensamento econômico na América Latina. Para se ter uma ideia do pensamento cepalino, os autores comentam:

“A partir de seus diagnósticos sobre as causas do atraso no crescimento econômico latinoamericano, onde se identificavam os “obstáculos” a ele, eram propostas medidas para eliminá-los, entre as quais se alinhava o planejamento centralizado de certas variáveis econômicas, tais como o investimento em alguns setores básicos, o desenvolvimento da infraestrutura econômica, etc.” (p. 29).

A Cepal se limitou à questão da industrialização. Na década de 1960, os países latinoamericanos avançaram na industrialização, mas não resolveram a questão do desenvolvimento social. Daí os autores citarem a Opas e a Carta de *Punta del Este*:

“A Carta de *Punta del Este* constituiu um marco no trabalho da Cepal e na história da planificação da América Latina. Nesta reunião, celebrada a nível de Ministros de Estado, decidiu-se que, para receber assistência da Aliança para o Progresso, cada Estado da América Latina teria que preparar um programa integrado para o desenvolvimento de sua economia. Como nova e importante medida, o programa deveria incluir o desenvolvimento social e integrá-lo no plano geral. Não se pode enxergar a importância desse fato. Foi a primeira vez que economistas e políticos aceitaram um enfoque desta natureza, e como se observará mais adiante, o mesmo foi fundamental para a planificação da saúde como parte integrante do desenvolvimento socioeconômico geral”. (p. 29 e 30).

Novamente, ao se estabelecer relação com a mediação histórica, os autores lembram que a partir dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos do pós-guerra aumentaram a eficiência e a eficácia das ações de cuidado à saúde. Daí a importância de coordenar e controlar as ações de saúde. É nesse contexto que a questão do planejamento aparece como central, inclusive no setor saúde, como forma de contribuir para o almejado desenvolvimento econômico nos países subdesenvolvidos.

Braga e Paula resumem, então, o contexto da preocupação da saúde nos países subdesenvolvidos, articulada com o importante papel do Estado (aumento dos gastos) e nas proposições dos órgãos multilaterais como a OPAS e OMS – alargar investimentos em saúde. O trabalho de Winslow, publicado pela OMS, em 1952: “a ideia de que a melhoria da saúde seria capaz de transformar, por si só, o padrão do desenvolvimento de uma dada economia” (p. 32) resume bem esta ideia.

Daí a importância do planejamento em saúde ganhar principalidade, especialmente com o método de planejamento que ficou amplamente conhecido na Saúde Coletiva: o famoso Cendes/Opas (1965); utilizado em vários países da América Latina. Porém, mais adiante foi identificada a limitação de um método racional de alocação de recursos e a própria Opas reconheceu esse aspecto: “os processos de planificação não conseguiram alcançar a taxa de crescimento ou seguir o curso” (p. 33).

Argumentam os autores que esse procedimento técnico não considera os atores históricos de cada nação e trabalha com uma ideia de agir neutro sobre as determinações sociais e econômicas. A partir daí os autores vão suas assertivas mais críticas ao ‘econômico’ na saúde, porque não dizer, à própria racionalidade incutida na atual ‘economia da saúde’.

CRÍTICA AOS PROCEDIMENTOS NEOCLÁSSICOS: PROPOSIÇÕES ALTERNATIVAS

Braga e Paula relembram as teses gerais do pensamento neoclássico e criticam dizendo que o raciocínio desse pensamento é falso pelas seguintes razões:

“... em primeiro lugar, não existe uma relação necessária e suficiente entre melhor e maior aparato de atenção médica e melhores níveis de saúde coletiva; em segundo lugar, a prestação de serviços de saúde é uma instância da sociedade, sujeita – assim como os níveis de saúde da população – a uma determinação social mais ampla não tendo nenhum sentido pensá-la de maneira externa ao quadro da sociedade.” (p. 34).

Os autores insistem em desqualificar, com muita propriedade, as análises estatísticas dos neoclássicos que mostram uma correlação inversa entre oferta de serviços de atenção à saúde e níveis de mortalidade e morbidade – discussão de Illich, Dupuy, Barral, Berlinguer.

Nas palavras dos autores:

“A nosso ver, a questão dos níveis de saúde da população, suas determinações e as principais variáveis a influir sobre eles só podem ser entendidas quando se dá o passo que os neoclássicos sempre recusaram, ou seja, quando se examina as influências do ‘ambiente externo’ sobre a saúde das populações. Em outras palavras, as transformações nos níveis de saúde das populações devem ser vistas a partir das mudanças e melhorias em seus níveis de renda e sem seus padrões de vida; é fundamental, entretanto, que sejam consideradas as diferenças entre as classes sociais e que se esteja atento para os aspectos patogênicos do capitalismo e para os limites da atenção à saúde. O que aparece, então, embora não seja surpreendente, é brutal: quem é pobre morre primeiro”. (p. 34 e 35).

Além disso, os autores mostram algumas estatísticas e comentam a fragilidade da indicação dos dados se analisados no interior da problemática da saúde. São necessárias explicações fora da atenção médica, como caso da Grã-Bretanha para reconhecer o papel do modo de produção à saúde das populações (p. 35)

Assim eles resumiram suas ideias principais quando se faz uma análise da saúde:

“Vários fatores podem influenciar a saúde – entre eles, a região de residência, o sexo etc. – mas qualquer análise da saúde coletiva deve necessariamente levar em consideração as características específicas da produção industrial e das relações capitalistas” (p. 36).

Nisto reside a importância de entender a dinâmica do capitalismo, e, sobretudo, de sua fase contemporânea. Dizem os autores: “o capitalismo cria as suas próprias doenças, à medida que outras são sanadas” (p. 36).

Os autores vão reafirmando a sua visão, especialmente na amplitude da análise da saúde. Grande parte de seus argumentos, vêm das citações de Berlinguer (1973) e de Lojkin

(2002). Os autores, ainda, após destacarem pontos importantes para a análise do setor saúde, reforçam o quanto a economia da saúde, ao final, toma a saúde como espaço de pura acumulação, com a conivência do Estado como cúmplice de tal função (p. 38 e 39):

“Com efeito, a partir de então a prática da assistência à saúde abandona suas características ‘artesanais’, deixando de ser exercida pelo médico isoladamente e passa a ter características técnicas e financeiras da grande indústria, tendo como espaço social apropriado o hospital moderno. [...] [Portanto, a economia da saúde visa] avaliar o comportamento do sistema de atenção à saúde – tal como definido anteriormente – levando em conta seu desempenho como “lôcus” de acumulação de capital, de valorização do capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico, como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações” (p.39).

Para finalizar, cabe advertir também a limitação da análise dos autores. Por serem economistas, não abordam a problemática da disputa no interior dos diferentes interesses no Estado e seu papel no capitalismo. Especialmente, neste momento contemporâneo, a articulação do Estado, a forma valor e a sua particularidade de predominância do capital portador de juros, entende-se ser fundamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a trajetória da ‘saúde’ como objeto do pensamento econômico nos demonstra que um tipo de ‘econômico’ prevaleceu na narrativa hegemônica da Saúde Coletiva. O pensamento neoclássico é esta narrativa. Ele colonizou o debate sobre o ‘econômico’ na saúde e fez desta refém de uma retórica estrutural que acompanha a própria história do capitalismo e suas diferentes fases de desenvolvimento.

Não é de se surpreender, que a economia da saúde esteja mais associada à Saúde Coletiva do que à própria Economia. Isso pode ser justificado pelo fato da Economia ser mais favorável à tensão sobre outras racionalidades críticas na do que a própria Saúde Coletiva, lócus no qual a crítica sobre a produção da saúde no capitalismo claramente arrefeceu.

Este ensaio, portanto, vem trazer à baila a necessidade de se (re) pensar a narrativa constituinte do pensamento econômico na saúde a fim de resgatar sua vertente crítica, algo que foi insistentemente denunciado por Braga e Paula.

REFERÊNCIAS

1. BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e política*. Bari: Ed. De Donato, 1973.
2. BRAGA, José Carlos; DE PAULA, Sergio Goes. Capitalismo e Pensamento econômico: a questão da saúde. In: BRAGA, José Carlos; PAULA, Sergio Goes de. *Saúde e Previdência: estudos de Política Social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.
3. BREILH, Jaime. Da Epidemiologia Linear à Epidemiologia Dialética. In: *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 191-218.
4. CHADWICK, Edwin. *Poor Law and Public Health*. London: Longman, 1969.
5. DUPUY, Jean-Pierre. *Ethique et philosophie de l’action*. Paris: Ellipses, 1999.
6. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

7. ILLICH, Ivan. Capítulo II. A máscara sanitária de uma sociedade mórbida. In: _____. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
8. LOJKINE, Jean. *A revolução informacional*. São Paulo: Cortez, 2002.
9. MALTHUS, Thomas R. *Princípios de Economia Política*. Os Economistas. São Paulo: Abril Cultura, 1983.
10. MARSHALL, Alfred. *Princípios de Economia*. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
11. MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.
12. MYRDAL, Gunnar. *Aspectos políticos da teoria econômica*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
13. PETTY, Willian. *Tratado dos Impostos e Contribuições*. Os Economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
14. RICARDO, David. *Princípios de Economia Política e tributação*. Coleção Os Economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1982.
15. ROSTOW, Walt W. *As etapas do desenvolvimento econômico: um manifesto não comunista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.
16. SCHULTZ, Theodor. *O Capital Humano*. São Paulo: Zahar, 1973.
17. SILVEIRA, Mário Magalhães. *Política Nacional de Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Revan, 2005.
18. SMITH, Adam. *Uma investigação sobre a natureza e Causa da Riqueza das Nações*. Coleção Os Economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1983.
19. VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: COSTA, Maria Dalva Horácio; VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. *Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 47-110.