

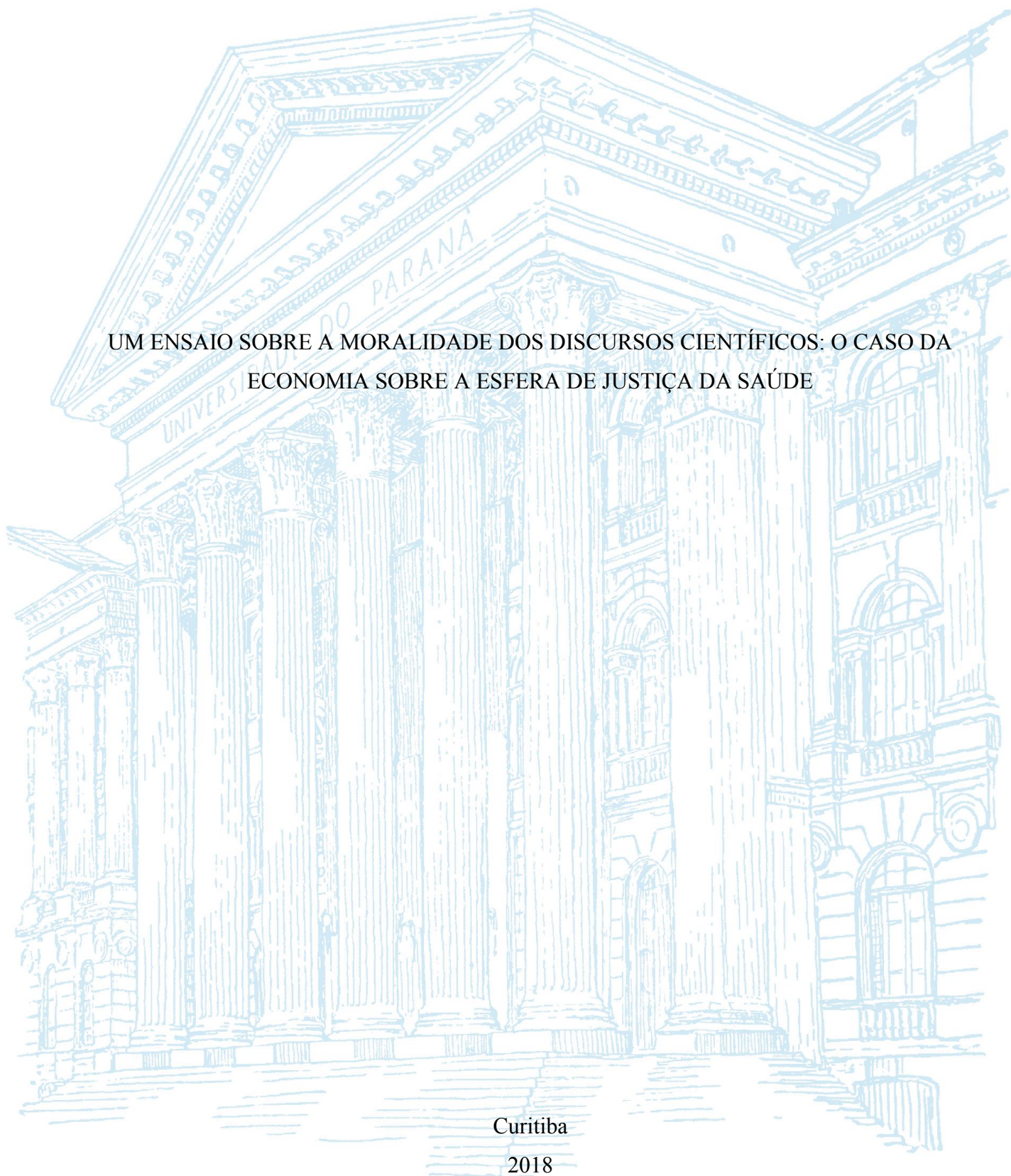
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUÍS GUSTAVO NASCIMENTO DE PAULA

UM ENSAIO SOBRE A MORALIDADE DOS DISCURSOS CIENTÍFICOS: O CASO DA
ECONOMIA SOBRE A ESFERA DE JUSTIÇA DA SAÚDE

Curitiba

2018



LUÍS GUSTAVO NASCIMENTO DE PAULA

UM ENSAIO SOBRE A MORALIDADE DOS DISCURSOS CIENTÍFICOS: O CASO DA
ECONOMIA SOBRE A ESFERA DE JUSTIÇA DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Econômico

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Ribas Cavaliere

Curitiba

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS
SOCIAIS APLICADAS – SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A)
AUTOR(A)

Paula, Luís Gustavo Nascimento de

Um ensaio sobre a moralidade dos discursos científicos: o caso da
economia sobre a esfera da justiça da saúde / Luís Gustavo Nascimento de
Paula. - 2018.

156 f.

Orientador: Marco Antônio Ribas Cavalieri.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Econômico.

Defesa: Curitiba, 2018.

1. Economia da saúde. 2. Saúde pública – Brasil. 3. Bibliometria. 4.
Walzer, Michael, 1935- I. Cavalieri, Marco Antônio Ribas, 1977- II.
Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas.
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico. III. Título.

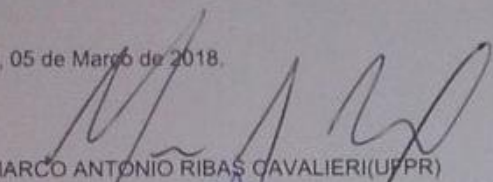
CDD 338.4361

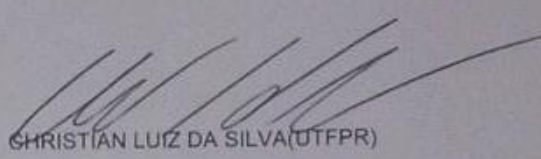
TERMO DE APROVAÇÃO

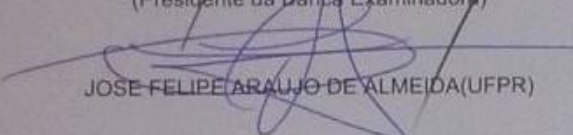
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUIS GUSTAVO NASCIMENTO DE PAULA**, intitulada: **UM ENSAIO SOBRE A MORALIDADE DOS DISCURSOS CIENTÍFICOS - O CASO DA ECONOMIA SOBRE A ESFERA DE JUSTIÇA DA SAÚDE**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 05 de Março de 2018.


MARCO ANTONIO RIBAS CAVALIERI(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


CHRISTIAN LUIZ DA SILVA(UTFPR)


JOSE FELIPE ARAUJO DE ALMEIDA(UFPR)

AGRADECIMENTOS

Revisitando, em minha mente, o percurso traçado nestes dois últimos anos, consigo reconhecer que os agradecimentos que devo a todos que participaram dessa trajetória são imensos, e que as poucas palavras que abaixo escrevo não condizem com a gratidão que possuo, mas, acredito eu, são capazes de sintetizar o reconhecimento que lhes confiro. Então, vamos lá!

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Raquel e Aldo. Destaco aqui, dentre uma infinidade de coisas, que vocês me fornecem suporte e exemplos de labuta diária que me motivam a continuar trabalhando em prol de algo melhor para as nossas vidas. Acrescento aqui, também, meu irmão, Alan, quem muito admiro.

Aos meus familiares, que sempre me incentivaram.

Aos amigos que fiz. Não consigo mensurar a importância que vocês tiveram nessa fase. Desejo estar próximo de vocês pelo resto da vida. E aos amigos de datas anteriores, que se fizeram presentes durante esses dois anos. Vocês foram fundamentais. (Não citarei nomes pelo medo de deixar alguém de fora da lista. Peço perdão por isso! HAHAHA!)

Ao professor Marco Cavalieri, o responsável pelas orientações que resultaram neste trabalho e, acrescento, com quem tive a oportunidade de aprender mais que conteúdo de disciplinas.

Aos professores José Felipe Araújo de Almeida e Christian Luiz da Silva, pelo aceite em compor a banca avaliadora deste trabalho.

À instituição de fomento que me concedeu bolsa de estudos, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico da Universidade Federal do Paraná, e à própria Universidade como um todo.

À sociedade brasileira, real responsável pelo financiamento e motivação de meus estudos. Espero contribuir em algo para vocês.

A todas as representações de Deus(es) existentes.

A todos, o meu Obrigado!

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo analisar o discurso da literatura econômica utilizado para tratar da temática da saúde no Brasil, a partir das três principais Filosofias Morais presentes no campo da Ética, a saber: o Utilitarismo, a Deontologia e a Ética das Virtudes. Busca-se, então, desnudar o discurso moral predominante na literatura de Economia da Saúde e, além disso, verificar se este discurso se altera no tempo considerado. O método utilizado consiste na construção dos Mapas de *Co-word*, instrumento da Análise Bibliométrica/Cienciométrica. Em síntese, a partir da co-ocorrência de um conjunto de termos num número limitado de artigos selecionados, o método permite construir figuras que agrupam palavras em torno de *clusters* representativos de determinada discussão realizada pela literatura observada. A ferramenta assume que a repetição de um conjunto de palavras representa a forma como determinado tema é debatido na literatura considerada. Além disso, empreende-se uma revisão da literatura - leitura artigo a artigo - para complementar a análise resultante dos Mapas de *Co-word*. Considera-se, para tanto, a produção científica referente a artigos de periódicos da área da Economia, que discutam saúde, entre os anos de 1988 a 2017. Os artigos selecionados serão aqueles presentes nos periódicos classificados pelo *Qualis* brasileiro de Economia como B1. Além de conceituações às filosofias morais tratadas, no trabalho também se discute a concepção de moralidade de Michael Walzer, segundo a qual bens são socialmente distribuídos a partir de relativos consensos sociais estabelecidos, o que definiria a Esfera de Justiça que abrange a saúde no Brasil, principalmente a partir da normatividade apresentada na Constituição Federal de 1988, que estabelece o Sistema Único de Saúde. Os resultados encontrados por meio dos Mapas de *Co-word* mostram que a literatura de Economia da Saúde possui abordagem moral predominantemente utilitarista. A revisão bibliográfica realizada referenda os resultados dos mapas e permite observar que este discurso se mantém predominante ao longo do período considerado.

Palavras-chave: Análise de Discurso; Bibliometria; Filosofias Morais; Economia da Saúde.

ABSTRACT

The objective of the present dissertation is to analyze the discourse employed in the economics literature when treating health topics in the Brazil. The starting point are the three main moral philosophies in ethics, that is: Utilitarianism, Deontology, and Virtue Ethics. We aim, therefore, at scrutinizing the prevailing moral discourse in the Health Economics literature. Further, we aim at verifying whether this discourse has changed through time or not. The method used consists in the construction of co-word maps as a tool for a Bibliometric/Scientometrics analysis. Synthetically, departing from the co-occurrence of a set of terms in a limited number of selected essays, the method allows us to build images that assemble words around representative clusters of a given discussion present in the literature. The tool assumes that the repetition of a set of words represents how a given topic is debated in the considered literature. Furthermore, a bibliographic review is employed – through the reading of each essay – in order to complement the analysis of the co-word maps. We consider, accordingly, the scientific production related to essays in economics journals that discussed health, between 1988 and 2017. The selected essays are those published in the journals ranked as B1 by the Brazilian Qualis in economics. Apart from discussions regarding the aforementioned moral philosophies, this work also treats Michael Walzer's conception of morality, according to which goods are socially distributed following some established social consensus. This would define the Sphere of Justice that encompasses health in the Brazil, especially since the normativity presented by the Federal Constitution of 1988, which established the *Sistema Único de Saúde*. The results given by the co-word maps show that the moral approach in the Health Economics literature is prevalently utilitarian. The bibliographic review employed ratifies the results of the maps and allows us to observe that this discourse remains dominant through the analyzed period.

Keywords: Discourse Analysis; Bibliometrics; Moral Philosophies; Health Economics.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa de Co-word para os periódicos classificados como B1	78
FIGURA 2: Mapa de Co-word para os periódicos brasileiros classificados como B1, que contêm a palavra “saúde” em qualquer parte do texto.....	80
FIGURA 3: Mapa de Co-word para periódicos classificados como B2.....	81
FIGURA 4: Ampliação do cluster vermelho do Mapa de Co-word dos periódicos classificados como B2.....	81
FIGURA 5: Mapa de Co-word para os periódicos classificados como B3	83
FIGURA 6: Mapa de Co-word para os periódicos Health Economics e Journal of Health Economics	84
FIGURA 7: Mapa de Co-word para os 30 periódicos melhores ranqueados na área de Economia	85

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Quantidade de artigos selecionados por ano, de acordo com os grupos selecionados.....	146
--	-----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas Figuras 1 e 2 (periódicos classificados como B1)	147
QUADRO 2: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentado na Figura 3 (periódicos classificados como B2)	147
QUADRO 3: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção do Mapas de Co-word apresentado na Figura 5 (periódicos classificados como B3)	148
QUADRO 4: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentado na Figura 6 (periódicos Journal of Health Economics e Health Economics).....	148
QUADRO 5: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção do Mapas de Co-word apresentado na Figura 7 (30 periódicos melhores ranqueados).....	148
QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACB	- Análise de Custo-Benefício
AC	- Análise de Conteúdo
AD	- Análise de Discurso
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPES	- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CF	- Constituição da República Federativa do Brasil
EC	- Emenda Constitucional
Ibid.	- No mesmo lugar
INAMPS	- Instituto Brasileiro de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	- Ministério da Educação
NOBs	- Normas Operacionais Básicas
OCDE	- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PIB	- Produto Interno Bruto
RE	- Recurso Extraordinário
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
STF	- Supremo Tribunal Federal
STJ	- Superior Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MICHAEL WALZER: QUESTÕES MORAIS E DISTRIBUTIVAS E A SAÚDE COMO UMA ESFERA DE JUSTIÇA	14
3. FILOSOFIAS MORAIS E RELAÇÕES COM O CAMPO ECONÔMICO	30
3.1 AS MORALIDADES UTILITARISTA E CONSEQUENCIALISTA	30
3.1.1 A Análise de Custo-Benefício como ferramenta para a tomada de decisão política	37
3.2 A MORALIDADE DEONTOLÓGICA	42
3.3 A ÉTICA DAS VIRTUDES	48
4. ANÁLISE DE DISCURSO I: LITERATURA, METODOLOGIA E CONTEXTO DO OBJETO DE ESTUDO	53
4.1 ANÁLISE DE ELEMENTOS TEXTUAIS: BIBLIOMETRIA E CIENCIOMETRIA	53
4.2 O SUS COMO EXPRESSÃO DAS ÉTICAS DEONTOLÓGICA E DA VIRTUDE	63
5. ANÁLISE DE DISCURSO II: A MORALIDADE DA ECONOMIA DA SAÚDE	76
5.1 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA E CIENCIOMÉTRICA: MAPAS DE CO-WORD	77
5.2 A ECONOMIA DA SAÚDE E SUAS NUANCES MORAIS	86
5.2.1 Direitos e aspectos culturais nos artigos econômicos sobre o sistema de saúde.....	87
5.2.2 As abordagens utilitarista e consequencialista nos artigos econômicos sobre o sistema de saúde	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
APÊNDICES	146
APÊNDICE A: Gráfico descritivo da quantidade de artigos selecionados, por ano e grupos utilizados, para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas figuras 1 a 7.....	146
APÊNDICE B: Quadros descritivos dos periódicos e quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas figuras 1 a 7	147
APÊNDICE C: Quadro descritivo dos artigos selecionados para a revisão bibliográfica realizada na seção 4.2	150

1. INTRODUÇÃO

O objetivo da presente dissertação é analisar o discurso da literatura econômica utilizado para tratar da temática da saúde no país, considerando as três principais abordagens morais presentes no campo da Ética, a saber: o Utilitarismo, a Deontologia e a Ética das Virtudes.

A motivação para essa dissertação é dupla. Primeiro, indiscutivelmente a saúde e principalmente os sistemas de saúde se tornaram, a partir de meados do século passado, um dos principais temas de políticas públicas nas economias desenvolvidas e em desenvolvimento. Como reflexo, surge como importante o campo da Economia da Saúde, no qual essa ciência social central analisa positiva e normativamente a institucionalidade, as políticas e os sistemas de saúde em diferentes contextos. Em segundo lugar, as interações entre a Ética e a Moralidade com a Economia repetem-se nos trabalhos de importantes economistas presentes na história do pensamento econômico. Essa temática aparece desde o fundador, Adam Smith, que escreveu um livro de Filosofia Moral antes de seu trabalho seminal sobre economia, passando por nomes como Joan Robinson e Frank Knight, até o mais recente, economista laureado com o prêmio Nobel de Economia, Amartya Sen.

Dentro do campo mais específico que trata da Filosofia da Economia, por vezes chamado de Metodologia da Economia, surgem interessantes trabalhos que clamam pelo aprofundamento da relação entre esses dois campos do conhecimento. Vale citar aqui o livro de Daniel Hausmann e Michael McPherson intitulado *Economic Analysis, Moral Philosophy, and Public Policy* (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006). Nele, os autores chamam a atenção para o inultrapassável fato de que a economia, como ciência social, está irrevogavelmente influenciada e informada por ideias morais que constituem mesmo sua base filosófica. Dentro disso, os autores reputam como tarefa importante para os interessados na Filosofia da Economia desnudar as pré-concepções morais que se situam na base das mais variadas teorias econômicas. Nesse mesmo compasso, o famoso filósofo Michael Sandel (SANDEL, 2013) publicou trabalho em um dos mais prestigiados periódicos da Ciência Econômica chamando a atenção para a necessidade dos economistas se “re-engajarem” com a Filosofia Política (que nesse caso tem o mesmo sentido do termo usado acima, Filosofia Moral). Assinale-se, portanto, que esse trabalho procura, ao investigar a Economia da Saúde como colocado acima, em seu objetivo geral, contribuir para a tarefa/desafio que Hausmann e McPherson lançam para os economistas.

Tomando o objetivo geral, no sentido de detalhar melhor o que será objeto deste estudo, apontamos abaixo questões que constituem objetivos mais específicos:

1. Há um discurso predominante na disciplina Ciência Econômica sobre o sistema de saúde brasileiro que possa ser relacionado às abordagens propostas pelas Filosofias Morais utilitarista, deontológica e da ética das virtudes?
2. Este discurso se altera ao longo do tempo, isto é, deixa de ser dominante, cedendo espaço para outras justificativas morais?

O método que será utilizado para responder estas perguntas será fornecido pelas ferramentas existentes na área de Análise de Discurso. Em específico, o trabalho utilizará o instrumento da Análise Bibliométrica e Cienciométrica conhecido como Mapas de *Co-word*. A partir da co-ocorrência de um conjunto de termos num número limitado de artigos selecionados, o método permite construir figuras que agrupam palavras em torno de *clusters* representativos de determinada discussão realizada pela literatura. A ferramenta assume que a repetição de um conjunto de palavras representa como determinado tema é debatido na literatura considerada. Espera-se, portanto, que as figuras montadas possuam termos que permitam associar a discussão realizada pela literatura de Economia da Saúde às Filosofias Morais debatidas.

Considera-se para a análise de discurso a produção científica referente a artigos de periódicos da área da Economia da Saúde, entre os anos 1988 e 2017. Este período é considerado em função da resolução estabelecida na Constituição Federal (CF) de 1988 que estabelece e define regras para o Sistema Único de Saúde (SUS), sob os princípios de universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e controle social. Assume-se, no trabalho, que esta configuração do sistema de saúde brasileiro fundamenta e molda a discussão da Economia da Saúde existente na literatura nacional no período considerado. Os artigos selecionados serão aqueles presentes nos periódicos classificados pelo *Qualis* brasileiro de Economia como B1, maior ranqueamento possível para as revistas especializadas nacionais.

A hipótese prévia para os objetivos deste trabalho é que o discurso presente na Economia da Saúde é predominantemente utilitarista, por sobrepor, através de suas exposições teóricas e proposições de política, os preceitos utilitaristas sobre os outros tipos de considerações morais possíveis – nomeadamente as abordagens deontológica e da ética das virtudes. No entanto, é possível que a predominância desta vertente da Filosofia Moral tenha se reduzido recentemente, ao destacar o papel do direito social estabelecido de acesso à saúde e de considerações sobre a necessidade deste direito dado o contexto sócio histórico brasileiro.

Para atender ao objetivo proposto a dissertação será estruturada em quatro capítulos, além de suas considerações finais. O primeiro, a partir dos escritos de Michael Walzer, discute como questões morais estão presentes no dia a dia da humanidade. Além disso, que a concepção de moralidade dominante em determinada sociedade muda ao longo do tempo e pode ser

discrepante, até mesmo, entre as disciplinas que se propõem a debater tal temática. Para tanto, o conceito de Esferas de Justiça é apresentado e analisado. A partir da concepção de igualdade do autor, o capítulo busca mostrar que o modo como determinado bem social – como a saúde – é socialmente distribuído está relacionado a acordos socialmente estabelecidos. Ademais, descreve-se como o consenso sobre o modo como os bens e serviços de saúde devem ser distribuídos entre o todo social não é estanque, isto é, varia ao longo da história e entre os grupos que participam do processo de tomada de decisão que possui impactos sociais.

O capítulo dois apresenta as três principais Filosofias Morais presentes na literatura: o Utilitarismo, vertente principal do Consequencialismo; a abordagem Deontológica, em especial sua versão pautada pela ética dos direitos; e o tratamento contextual de questões políticas fornecido pela Ética das Virtudes. Ao longo do capítulo serão apresentados os aspectos definidores de cada abordagem ética, bem como críticas comumente feitas a seus princípios, e conexões destas com o modo de raciocínio apresentado no campo da Ciência Econômica.

O capítulo três descreve o método de Análise de Discurso que será utilizado – os Mapas de *Co-word* – e apresenta a fonte de metadados que será consultada para a aplicação esta ferramenta. Além disso, discute-se o objeto que será tomado como referência para tal análise, qual seja, o SUS. Apresenta-se, brevemente, como o sistema se consolidou. Depois, busca-se demonstrar que seu desenho estabelecido na CF de 1998 e em leis complementares, além da interpretação judicial predominante sobre o sistema, permitem vinculá-lo aos preceitos morais presentes nas filosofias deontológica e das virtudes.

O capítulo quatro apresenta os resultados da Análise de Discurso empreendida. A primeira seção é voltada a apresentação e descrição dos Mapas de *Co-word*. Para complementar a análise feita por meio destes, apresenta-se, na segunda seção, uma revisão da literatura de Economia da Saúde dos periódicos classificados como B1 no *Qualis* brasileiro de Economia. A revisão não é exaustiva, mas busca captar nuances que fogem ao escopo dos Mapas de *Co-word*, observando elementos textuais como objetivo, método e proposições dos trabalhos, que permitiriam uma melhor associação da literatura considerada com as Filosofias Morais tratadas.

2. MICHAEL WALZER: QUESTÕES MORAIS E DISTRIBUTIVAS E A SAÚDE COMO UMA ESFERA DE JUSTIÇA

O objetivo deste capítulo é fundamentar a ideia de que a concepção de moralidade muda ao longo do tempo. Além disso, que sua compreensão apenas é tangível se tratada como uma noção histórica, contextual e socialmente determinada e, portanto, variante de sociedade para sociedade. Para tanto, temas como justiça, equidade e decisões sociais são discutidos, bem como aspectos necessários para se estabelecer definições coesas para estas problemáticas. A abordagem pautada numa investigação histórica e conjuntural dos fenômenos sociais é exaltada, com o intuito de mostrar que conceituações morais são construções humanas. Ademais, que seus princípios e modos de funcionamentos são plurais por natureza. Estes aspectos permitem caracterizar o modo como o objeto “saúde” será abordado ao longo desta dissertação, qual seja, como uma esfera de justiça.

Sandel (2010, p. 9-11) pontua como determinados aspectos da vida social, incluindo a econômica, estão completamente relacionados a questionamentos morais, a indagações sobre o que é ou não considerado virtuoso e justo, e como diferentes visões se apresentam nestes campos da filosofia política. Na Idade Média, a teoria política defendia que a troca de bens deveria ser ditada por uma espécie de preço justo, seguindo regras tais quais tradição e valor intrínseco do bem em questão. Tal visão ditava o modo de funcionamento do mercado. Agir em oposição a tal regramento, violar as normas morais, imputava ao ato, ou ao seu praticante, uma alcunha pejorativa, moralmente condenável.

Tal visão alterou-se ao longo do tempo e, com isso, a concepção sobre os modos de ações aceitos neste campo da vida social. Por exemplo, MacKenzie (2003, 2006) pontua que até a década de 1970 muitas atividades desenvolvidas no mercado financeiro em geral, e na comercialização de opções, em específico, eram vinculadas à uma noção de pura aposta e ganância, que resultariam em ganhos não vinculados a algum resultado social, inclusive recebendo uma atuação relativamente hostil por parte de órgãos reguladores. Neste contexto, argumenta que o desenvolvimento de modelos econômicos, no caso, o modelo Black-Scholes,¹ contribuiu para a desvinculação do mercado de opções deste quadro moral, demonstrando que

¹ O modelo Black-Scholes, desenvolvido por Fisher Black e Myron Scholes, além de contribuições de Robert Merton, é um modelo de precificação de opções. Tornou-se conhecido após a publicação do artigo *The Pricing of Options and Corporate Liabilities*, em 1973, de autoria dos dois primeiros, e forneceu uma metodologia mais simples e unificada para o cálculo do preço desses derivativos. Scholes e Merton foram laureados com o prêmio Nobel, em 1979, em função das contribuições neste campo econômico. Uma explicação detalhada do modelo comentado pode ser vista em MacKenzie (2003, 2006).

tais operações poderiam ser eficientes economicamente, isto é, conferiu legitimidade às atividades realizadas neste mercado.²

Múltiplas moralidades fazem-se presentes em função das diversas concepções de justiça que coexistem atualmente. Segundo McCloskey (1996) é possível elencar três tipos de comportamentos virtuosos existentes nas sociedades capitalistas modernas: o aristocrático, cujo comportamento heroico, inconsequente e nobre dita suas normas de conduta; o plebeu, pautado na humildade, esperança, despreensão e caridade; e o burguês, seguidor de uma ética não-passiva, empreendedora, atuante no meio que se insere. Defende, não obstante, que o último constitui o modo de comportamento predominante atualmente – *bourgeois virtue* (ibid., p. 191) – e que este configura o campo de estudo cuja Ciência Econômica se debruça. Porém, coloca que ambos tipos de comportamento se complementam e os modos de ação de cada categoria elencados se sobressaem ou se combinam de acordo com as circunstâncias sociais.³

A temática justiça está presente em searas tais quais a ética e filosofia política. O conceito é amplo e tratado de acordo com as questões que se apresentam. Abrange aspectos como o modo mais adequado da condução da vida individual; tipos de comportamentos tratados como moralmente corretos ou inadequados; deveres para com outros indivíduos; imparcialidade na conduta de questões públicas; responsabilização por determinado estado de coisas; dentre outros. De maneira geral, quando determinada decisão precisa ser tomada, no campo individual, social e/ou político, busca-se os fundamentos de determinada teoria para balizar determinada abordagem adotada (MILLER, 2017). Pode ser discutida, por exemplo, de maneira universalista, aos moldes propostos pelos escritos de Aristóteles (384-322 a.C.), que buscava uma definição de comportamento virtuoso, tendo em vista que a completude do conceito é alcançada nas relações de um indivíduo com os seus próximos. De outra forma, numa

² O apontamento feito sobre a mudança de comportamento social ocorrida após a consolidação do uso do modelo Black-Scholes se insere dentro da discussão sobre performatividade dos discursos científicos. De maneira geral, esta literatura sustenta a ideia de que a ciência econômica não apenas descreve a realidade, mas também a molda. Os economistas criam modelos que procuram compreender a realidade, mas, ao mesmo tempo, buscam delinear o comportamento dos indivíduos e instituições, por exemplo, através da defesa de determinado método de pesquisa ou de um modo mais objetivo e abstrato de responder a problemáticas sociais. Ademais, a ciência econômica não se estabelece apenas como um corpo científico teórico, mas se consolida através da construção de conjunto de instrumentos e práticas, tais quais os presentes na própria academia, como, por exemplo, publicações, congressos e eventos científicos, até à própria atuação profissional do economista ou dos responsáveis por aplicar suas ideias (CALLON, 1998, 2006; MACKENZIE, 2003, 2006; NERIS; FUCIDJI, 2016).

³ Cabe pontuar que esta defesa pela predominância de uma ética burguesa é feita por dois motivos: (i) para desvincular esta moral de uma alcunha pejorativa; e (ii) num contexto de crítica à visão tradicional de que a Ciência Econômica se constitui como uma disciplina amoral. Em relação ao último, a autora defende que fatores culturais e éticos estão relacionados a fatores econômicos e, por isso, os primeiros são relevantes e devem ser incluídos na análise do último. Negligenciar tal aspecto poderia ter como resultado uma análise econômica errônea. Conceitos tais como bem-estar e eficiência; adjetivações tais quais “melhor” ou “pior” resultados; ou mesmo as definições de *Homo economicus*, Ótimo de Pareto, bem-estar e outros, além de implicações políticas, possuem uma conotação moral e ética. Ademais, formam apenas uma abordagem possível.

perspectiva utilitarista, na qual a normatividade da ação deve atender ao critério de maior nível de felicidade ou bem-estar para os indivíduos ou grupos afetados pelo ato. Ou mesmo numa abordagem deontológica, que se pauta na definição de um conjunto de direitos que tomam uma posição de precedência em relação a qualquer questão que se apresente.

A filosofia política e a concepção de justiça defendida por Michael Walzer, discutida à frente, pode ser analisada a partir de uma conotação moral. Crítica a uma suposta desordem das sociedades contemporâneas e preocupação com os possíveis efeitos psicológicos e sociais de um modo de vida atomístico advogam nesse sentido. As instituições prevaletentes contribuiriam – ou ao menos se eximiriam da responsabilidade – para problemáticas tais quais a alienação generalizada do processo político, pobreza, falta de segurança, níveis elevados de doenças psicológicas, altas taxas de divórcio, dentre outros aspectos. Por sua vez, a solução para tais questões estaria na estruturação de um liberalismo social, isto é, na organização de uma sociedade que enaltecesse uma vivência comunitária, na qual fosse possível a coexistência de diversos papéis sociais como, por exemplo, participação dos compromissos e benefícios advindos de uma concepção de cidadania; inserção efetiva no mercado, como consumidores e/ou produtores, dentre outros aspectos (WALZER, 1991; BELL, 2016).

Como anteriormente pontuado, as discussões sobre definição do conceito de justiça, seus modos de funcionamento e os princípios que devem reger este aspecto da vida em sociedade são extensas. Uma das abordagens possíveis segue uma metodologia segundo a qual a compreensão do que é justo se pauta na discussão sobre como os bens são socialmente distribuídos (SANDEL, 2010, p. 15-16). Neste campo, o justo é determinado de acordo com o critério comumente utilizado para a distribuição dos diversos bens existentes na sociedade: honra, herança, mérito, necessidade, igualdade ou outro (MILLER, 2017). A estrutura econômica, resultante dos diversos processos políticos que cada sociedade possui, determina diferentes padrões de distribuição dos recursos entre seus membros e, em razão disto, diferentes princípios de justiça distributiva orientariam estruturas societárias (LAMONT; FAVOR, 2016). O senso comum, isto é, a opinião pública, prevaletente em determinado período e espaço sobre o que é considerado virtuoso e justo estaria vinculado ao modo como aspectos da vida social como renda e riqueza, direitos e deveres, poder e oportunidades, dentre outros fatores, são alocados entre os indivíduos participantes do todo social.

Um dos principais autores a se debruçar sobre esta temática é Michael Walzer.⁴ Sua abordagem sobre justiça distributiva se pauta no estudo do modo de funcionamento de uma

⁴ Professor Emérito da Escola de Ciências Sociais do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de Princeton (Princeton, Nova Jersey – EUA), Michael Walzer é um renomado filósofo político. Possui mais de 30 livros

comunidade política, o objeto, em sua opinião, mais apropriado para compreender os diversos significados sociais que o mundo possui (WALZER, 1983, p. 28). Em sua visão, um dos aspectos definidores de determinada organização social seria o compromisso estabelecido em compartilhar, trocar e comercializar uma gama de bens (ibid., p. 3). Estes aspectos, por sua vez, estariam dependentes de um consentimento político e de uma viabilidade concreta. Nessa concepção, a comunidade em si se constituiria um bem social, ou seja, ser partícipe de um grupo político, e isto implicar em um conjunto de direitos e deveres que definem acordos e modos de relacionamentos, comporia uma esfera de justiça (ibid., 29-31).

A justiça distributiva se estende desde aspectos relacionados à posse de determinado bem, ligados diretamente ao sistema de produção e consumo de determinada comunidade, quanto a ser partícipe desta e isto implicar em determinados acordos coletivos e modos de relacionamentos que definem *status* e identidade social – ambos os aspectos se entrelaçam. Somado a isso, diferentes arranjos políticos resultariam em diferentes ideologias e justificativas para a divisão de poder, honra, estruturas de recompensas e punições, dentre outros, bem como de um conjunto de bens puramente materiais, tais como, alimentação, vestuário, transporte, assistência médica e outros. Os princípios que governam a distribuição de bens diferem-se entre e dentro de cada sociedade, principalmente, porque as justificativas e fundamentos que ditam comportamentos são diversos: pais, médicos, professores, empreendedores possuem diferentes motivações em suas vidas sociais (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 193-194).

Central para o argumento de Walzer na discussão sobre justiça distributiva em uma comunidade política está o desenvolvimento de uma Teoria dos Bens e, em consequência, a definição de Bens Sociais por ele adotada. Em sua visão, os bens precedem, controlam, dão significados e são os mediadores dos processos de distribuição e, por isso, das relações sociais: “*they come into people’s minds before they come into their hands*” (WALZER, 1983, p. 6). Os processos de distribuição tomarão forma a partir de concepções compartilhadas sobre o que são estes bens sociais e por quais razões foram produzidos.

publicados, dentre eles, *Just and Unjust War* (1977), *On Toleration* (1997), *Politics and Passion* (2004) e *Arguing about War* (2004), e mais de 400 trabalhos, dentre artigos, ensaios e revisões de livros. Debate questões relacionadas a teoria política e filosofia moral, abordando tópicos tais quais participação política e seus desdobramentos morais; nacionalismo e etnicidade; justiça econômica e bem-estar social, dentre outros. Junto a Alasdair MacIntyre, Michael Sandel e Charles Taylor, pode ser classificado como um teórico comunitarista, por suas críticas à tradição liberal resultante, principalmente, das obras de John Rawls, *A Theory of Justice*, de 1971, e de Robert Nozick, *Anarchy, State, and Utopia*, de 1974. Em linhas gerais, tal grupo defende, metodologicamente, a importância da tradição e do contexto social para avaliações morais e políticas; ontológica e metafisicamente, a natureza social do ser; e reivindicam, normativamente, o valor da comunidade (BELL, 2016). O presente trabalho se debruça sobre o livro *Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality*, de 1983, no qual discute justiça distributiva e como a concepção de moralidade se altera ao passar do tempo e entre os diversos grupos sociais que coexistem em determinada comunidade.

A explicação desta teoria, isto é, a busca pelo entendimento dos significados embutidos nos bens sociais, se pauta em seis aspectos. Em primeiro lugar, a produção dos bens são processos sociais. Em razão disto, não possuem um valor intrínseco e apriorístico. Ademais, o significado de cada bem social depende do ambiente em que é concebido. Em segundo, os indivíduos desenvolvem identidades a partir do modo como concebem e criam, bem como, adquirem e empregam os bens sociais. Em terceiro, não há nenhum conjunto primário de bens socialmente necessários ou desejáveis, sobre qualquer aspecto moral. Neste sentido, mesmo o conceito de necessidade assume diferentes significados dentro de cada sociedade ao longo da história. Em quarto lugar, é o significado atribuído a determinado bem social que determina seu fluxo. Assim, é necessário o entendimento de sua acepção para compreender como, para quem, e por quais razões ele é distribuído, bem como para entender a justiça ou injustiça que determinada estrutura de distribuição toma forma. Em quinto lugar, os bens sociais são históricos e, por isso, a distribuição justa ou injusta de determinado bem varia ao longo do tempo. Por fim, como os significados de cada bem social são distintos, a estrutura de distribuição de cada um deve ser autônoma. A estrutura de distribuição de determinado bem não deve ser contaminada pela estrutura de outro bem (ibid., p. 6-10).

Como cada bem social constitui uma esfera de distribuição com critérios e arranjos próprios, diferentes padrões distributivos devem prevalecer em diferentes esferas da vida social. A interferência de outro bem em sua própria estrutura de alocação levaria a uma situação de injustiça. Walzer exemplifica a questão da seguinte forma:

Money is inappropriate in the sphere of ecclesiastical office; it is an intrusion from another sphere. And piety should make for no advantage in the marketplace, as the marketplace has commonly been understood. Whatever can rightly be sold ought to be sold to pious men and women and also to profane, heretical, and sinful men and women [...]. The market is open to all comers; the church is not (ibid., p. 10).

Esta discussão se estende. Um debate relevante diz respeito a questionamentos sobre se a lógica de funcionamento do mercado capitalista deve funcionar como mecanismo de coordenação da vida social como um todo, ou se seu campo de atuação deve ser restrito às relações comerciais. De maneira geral, a abordagem proposta por Walzer critica a primeira opção, pois a estrutura de funcionamento do mercado não abrange os diferentes modos de organização e valoração de outras esferas da vida em sociedade (HERZOG, 2016).

Não há consenso, em termos morais, sobre a legitimidade da busca por poder político através de meios econômicos (GOSEPATH, 2007); se um sistema de transporte, entendimento

por meio da ótica do direito amplo à acessibilidade, deveria ser primordialmente regido pelo prisma da locomoção individual (MARTENS, 2012); se o fornecimento direto de determinados serviços públicos – educação e saúde, por exemplo – deveria ser substituído por um sistema de tickets, bônus ou uma espécie de taxa de imposto negativa (HAUSMAN; MCPHERSON, 1993); se a saúde deve ser tratada como um direito público ou de responsabilidade individual e, caso a escolha seja pelo primeiro, como e a partir de quais princípios alocar recursos escassos entre uma amplitude de produtos médicos – conforme discutido ao longo do trabalho –; sobre os casos relacionados à contratação de mulheres para gestarem uma criança de outro casal – *surrogate motherhood* (ANDERSON, 2007 [1990]); se deveria existir um mercado privado de coleta de sangue ou de venda de órgãos (ANDRE, 1995); dentre outras problemáticas. Nesse sentido, a função do mercado como intermediador geral das relações sociais pode ser vista como corruptora de determinadas práticas sociais (SANDEL, 2012).

A baliza utilizada para definir o que é justo ou não se estabelece a partir dos conceitos de *dominância* e *monopólio* presente nas relações sociais. A dominância constitui uma situação na qual um indivíduo, simplesmente por possuir determinado bem social, pode comandar ou ter acesso a uma gama de outros. Isto representa uma circunstância em que o uso de determinado bem social não está circunscrito ao seu significado e, além disso, molda e/ou ressignifica a estrutura de outros. Este cenário pode se concretizar a partir da posse de um bem escasso ou mesmo de outros mais abstratas, tais como, força física, reputação familiar, poder religioso ou político, dentre outros, assumindo diferentes características ao longo da história da humanidade.

A existência de uma sociedade justa, nos moldes defendidos por Walzer, é possível apenas diante da eliminação da dominância dos bens sociais, isto é, na tentativa de evitar a corrupção das decisões tomadas socialmente. Neste ponto, é pertinente tratar da discussão presente na literatura sobre igualitarismo. A reivindicação pelo fim da dominância dos bens sociais configura a defesa de Walzer pelo regime por ele chamado de *igualdade complexa*, e o afasta das abordagens defensoras do que chama de regime de *igualdade simples*. Segundo o autor, os últimos concentram seus esforços em eliminar o monopólio dos bens sociais, que consiste no controle por determinado grupo, reduzido, de algum bem a fim de tentar exercer a dominância deste. A tentativa de eliminar o monopólio dos bens sociais – por exemplo, da renda, por meio de sua redistribuição – teria como resultado a quebra do monopólio e da dominância de um bem específico, mas a emergência destes fenômenos através de outro – habilidades individuais, por exemplo – e a conseqüente reformulação do modo de operação das desigualdades sociais (WALZER, 1983, p. 14).

Walzer nega a viabilidade da existência de uma sociedade igualitária aos modos propostos pelos defensores do regime de igualdade simples, que busca equalizar, dentre outras coisas, bem-estar, utilidade, recursos, oportunidades ou capacidades, entre indivíduos, grupos de pessoas ou classes sociais.⁵ Tal proposta subestimaria a complexidade dos arranjos de cada esfera de distribuição/justiça (GOSEPAH, 2007). Argumenta que os indivíduos possuem diferentes graus de destreza, força, sabedoria – um conjunto extenso de atributos, habilidades e virtudes – que os distinguem entre si. Por conseguinte, o ideal de existência igualitária – em uma sociedade capitalista, por exemplo – se tornaria impossível de alcançar. Exemplificando: o desenho de uma situação hipotética na qual a renda fosse equalizada entre todos os indivíduos, garantidas as condições de livre comércio, não teria como resultado uma conjuntura estável e duradoura. Os mecanismos de troca e as relações de mercado em geral trariam, naturalmente, a problemática da desigualdade novamente à tona (WALZER, 1983, p. xii, 14).

O monopólio dos bens sociais é algo presente ao longo da história e a manutenção de um estado de coisas em que nenhum bem exerça tal papel só seria possível com a imposição de tal ordem por um grupo soberano – através da manutenção de uma forte burocracia estabelecida dentro de determinado Estado de Direito, por exemplo – capaz de trazer à posição inicial de igualdade os estados posteriores quando fugirem deste escopo. A conservação de tal sociedade de iguais criaria, segundo o autor, uma ordem de falsas aparências, na qual os indivíduos seriam forçados a agir, parecer ou se comportar uns como os outros, ignorando a singularidade de cada um. Em razão disto, enquanto ideal de teoria moral ou filosofia política, não seria plausível de ser perseguida. A necessidade de contínua interferência acentua a descrença de Walzer pelo regime criticado por julgar que à medida que se constitui um Estado soberano aos moldes necessários para a manutenção deste horizonte, a própria estrutura burocrática do Estado se tornaria um objeto criador de desigualdades, no caso, de desigualdades políticas (ibid., 14-15).

Levando em consideração os significados de cada bem social, defende a autonomia de cada esfera de justiça, respeitando seus arranjos e estruturas internas socialmente definidas, de acordo com os valores e características culturais amplamente compartilhados (ARNESON, 2013). Justifica este ponto da seguinte forma:

⁵ Hausman e Mepheron (2006, p. 183-191), Gosepath (2011), Richard (2013) e Lamont e Favor (2016) apresentam as principais teorias igualitaristas presentes na literatura e as críticas a elas realizadas: igualitarismo puro ou de recursos; igualdade de oportunidades; igualdade de bem-estar; *luck egalitarianism*, que discute modos de responsabilização individuais nos sistemas de distribuição anteriores; igualdade de direitos; igualdade de capacidades; e igualdade pautada em merecimento.

Monopoly is not inappropriate within the spheres. There is nothing wrong, for example, with the grip that persuasive and helpful men and women (politicians) establish on political power. But the use of political power to gain access to other goods is a tyrannical use. [...]. In political life – but more widely, too – the dominance of goods makes for the domination of people (WALZER, 1983, p. 19).

A igualdade por ele defendida pode ser vista como um pré-requisito para uma sociedade justa (ARNESON, 2013). Não obstante, não busca a eliminação de todas as diferenças. Seu significado, portanto, não é completa e adequadamente captado pela noção literal da palavra. Não se procura um estado de coisas em que todos os indivíduos possuam a mesma quantidade de bens materiais ou tenham as mesmas capacidades e vontades. Busca-se combater um conjunto específico de diferenças, estas, por sua vez, localizadas em determinado tempo e espaço como, por exemplo, o privilégio aristocrático de sociedades feudais (WALZER, 1983, p. xii), ou o fato de indivíduos com grande riqueza possuírem acesso privilegiado a serviços públicos, cargos políticos, justiça e outros (ANDRE, 1995, p. 172).

Desde que a existência de monopólios de alguns bens sociais não “transbordem” e influenciem o processo de distribuição de outros, o regime de igualdade complexa se mantém. Como ressaltado por Swift (1995, p. 260): *“it is a feature of a complex egalitarian society that inequality will not be multiplied through the conversion process”*. Nesta situação, evidentemente, haveria um conjunto de desigualdades, não obstante, estariam circunscritas às esferas de justiça que dizem respeito e respeitariam os princípios de distribuição dos bens dali pertencentes (WALZER, 1983, p. 17). Desigualdades seriam aceitáveis, portanto, desde que existentes dentro de um contexto de iguais direitos e liberdades políticas, e num ambiente em que tais desigualdades não determinassem privilégios no acesso a outras esferas sociais. O que está em cheque, desta forma, é a capacidade de determinado grupo sujeitar e fixar suas ambições sobre todo o restante (HAUSMAN; MCPHERSON, 1993, p. 700-701, 2006, p. 194-195):

Thus, citizen X may be chosen over citizen Y for political office, and then the two of them will be unequal in the sphere of politics. But they will not be unequal generally so long as X’s office gives him no advantages over Y in any other sphere – superior medical care, access to better schools for his children, entrepreneurial opportunities, and so on (WALZER, 1983, p. 19).

Deste modo, o ideal de justiça, enquanto teoria política, seria alcançar um regime de igualdade segundo o qual as relações sociais estejam livres de qualquer tipo de dominância. Uma sociedade na qual *“no social good serves or can serve as a means of domination”* (WALZER, 1983, p. xiv). Uma sociedade em que cada bem exerça seu significado dentro de

sua própria esfera de operação, e que seus padrões de distribuição ajam “*freely, spontaneously, and legitimately*” (ibid., p. 19).

Como ressaltado por Andre (1995), a abordagem de Walzer possui implicações políticas, em específico sobre o papel do Estado. A concepção de igualdade complexa exige que haja um Estado protegendo as “fronteiras” entre as esferas, mas não intervindo dentro delas. Neste âmbito, os cidadãos não podem ser excluídos da definição destes limites, bem como dos significados de cada bem social, os quais, por sua vez, definem como determinado processo de distribuição deve ser regido (WALZER, 1995, p. 287). Ademais, a própria concepção de comunidade política, em tempos modernos, pressupõe uma organização regida pelo Estado, este assumindo contorno mais liberal ou mais intervencionista, não obstante, garantindo a proteção de fronteiras físicas e, em razão disto, definindo a concepção de pertencimento atualmente predominante.

Apesar dessa caracterização, Walzer reconhece que a palavra “complexa” é apenas uma qualificação para diferenciar sua concepção de igualdade das vertentes tradicionais. O regime por ele proposto, segundo Miller (1995), advoga por uma igualdade de *status* social, entendido como igualdade em termos de cidadania. Na visão de Andre (1995), o compromisso de Walzer ao tratar de justiça distributiva seria antes com a eliminação de opressões que com a busca de um ideal de sociedade igualitária. Estaria preocupado com valores de uma sociedade democrática, não vinculados a qualquer posição social, mas, sim, a uma concepção de indivíduo como membro de uma comunidade política e nela ativamente participante. Conforme Walzer (1983, p. xii; 1995, p. 283-284) assente, diferentes bens poderiam ser distribuídos através de diferentes critérios para diferentes pessoas, desvinculados da noção de igualdade complexa. Não obstante, apenas tal regime poderia evitar uma situação na qual o uso de determinado bem social conferisse capacidade de dominar outro bem social, onde ninguém tivesse controle dos meios de dominação. Seu conceito de igualdade seria, portanto, negativo, no sentido de não-subordinação de um indivíduo em relação a outro.

A obra do autor não está livre de críticas, conforme é visto no conjunto de artigos organizados pelo próprio, em parceria com David Miller, no livro *Pluralism, Justice, and Equality* (MILLER; WALZER, 1995). De acordo com Miller (1995), para que o regime de igualdade complexa fosse mais consistente, os mecanismos de distribuição dos diversos bens sociais deveriam ser grandemente plurais e incomensuráveis, de tal modo que seria impossível aos indivíduos fazerem comparações de suas posições sociais em relação a outro grupo. Swift (1995) vê este aspecto como problemático pois se diferentes pessoas monopolizam diferentes bens, a avaliação sobre o nível de igualdade alcançado por determinada sociedade só seria

possível através desta comparação: enquanto uns indivíduos se sobressaem em determinada esfera, outros alcançam posições superiores noutras, criando uma espécie de equilíbrio.

Miller (1995) também questiona a pertinência da concepção de igualdade complexa de Walzer. Considerando que poderia existir um grupo com capacidade de ter um desempenho excepcional em mais de uma esfera de justiça e, assim, possuir o monopólio de mais de um bem social, a concepção de Walzer de que a pura garantia da autonomia de cada esfera de justiça seria suficiente para impedir a dominância de muitos bens sociais estaria comprometida. Walzer (1995, p. 298-299) responde que uma situação na qual um indivíduo ou grupo tenha a capacidade possuir o monopólio de uma ampla gama de bens sociais e este aspecto transbordar entre esferas de justiça é pouco provável de ocorrer. Seria necessário que um grupo de pessoas tivesse todas as específicas qualidades necessárias, e o melhor desempenho, em cada esfera de justiça, garantidas as condições de acesso e lógicas de funcionamento para todos os outros indivíduos – todos com acesso à educação ampla e ao mercado de trabalho, por exemplo. Segundo ele, é mais factível que cada grupo exerça dominância em uma ou algumas esferas de justiça. O que se verifica, de fato, é que as exclusões sociais vistas nas sociedades modernas, ou seja, a concentração de um mesmo grupo em algumas esferas de justiça, estão relacionadas ao fato de grupos minoritários possuírem uma história repleta de desvantagens e estes aspectos influenciarem a posição social que alcançam na atualidade.

Walzer apresenta uma justificativa para a vivência em sociedade que se difere da tradição liberal. A vivência em uma comunidade política não é justificável apenas em termos que poderiam ser considerados utilitaristas, por tornar possível a obtenção de determinados benefícios impossíveis de serem alcançados numa existência isolada. Todas as esferas da sociedade estariam comprometidas, de alguma forma, a garantir a provisão de segurança e bem-estar para seus integrantes (WALZER, 1983, p. 64). Não obstante, o provimento mútuo destes se apresenta como um fator que confirma a relevância do aspecto de pertencimento a uma comunidade. A vivência em comunidade é prezada por si só, independente dos benefícios a ela atreladas. A sociedade necessita e busca por determinados fatores exclusivos da vida social – cultura, religião e política, por exemplo – bem como os valores a eles ligados. As aglomerações se formam em razão de uma noção compartilhada de pertencimento:

Communal provision is important because it teaches us the value of membership. If we did not provide for one another, if we recognized no distinction between members and strangers, we would have no reason to form and maintain political communities (ibid., p. 64).

Como a “*common life is simultaneously the prerequisite of provision and one of its products*” (ibid., p. 65), é a partir de sua estruturação que o modo de distribuição de todos os outros bens sociais toma forma. Estabelecem-se compromissos, deveres, obrigações morais e políticas públicas cuja razão de existência se define através de uma justificativa não-consequencialista (BELL, 2016). Deveres religiosos e civis, comportamentos que demonstrem solidariedade e respeito, dentre outros, constituem laços morais que os indivíduos valorizam e se comprometem a possuir independente de um exercício racional ou de um comportamento auto interessado (SANDEL, 2007 [1988], p. 332-334).

Essa abordagem é tratada como pluralista, em razão da ausência de um critério único e universal que regesse os processos de distribuição da multiplicidade dos bens sociais (HAUSMAN; MCPHERSON, 1993, p. 700; GOSEPATH, 2007):

There is, however, no single point of access to this world of distributive arrangements and ideologies. There has never been a universal medium of exchange. [...] there has never been either a single decision point from which all distributions are controlled or a single set of agents making decisions. [...] there has never been a single criterion, or a single set of interconnected criteria, for all distributions (WALZER, 1983, p. 4).

Ademais, contrasta-se com teorias políticas que partem de princípios universalistas e hipóteses apriorísticas sobre o comportamento humano, sintetizada por autores tais quais Rawls (2007 [1971]),⁶ além de concepções individualistas do ser, sintetizada por autores como Nozick (2007 [1974])⁷. Para Walzer, os indivíduos poderiam, através de um exercício hipotético, abstrair-se de suas posições sociais e imaginar uma sociedade em que determinado padrão de distribuição tomasse forma, ou seja, uma teoria de justiça universal, tal como defendido por

⁶ Rawls fornece uma abordagem contratualista contextualizada nas sociedades contemporâneas. Sua definição de justiça parte de pressupostos sobre escolhas que os indivíduos tomariam através de um exercício racional, isto é, como conceberiam uma sociedade em posição original, sem conhecer a colocação social que assumiriam, ou seja, a partir de um véu de ignorância. Neste contexto, defende que os indivíduos optariam, em primeiro lugar, pela constituição de uma sociedade na qual direitos políticos e liberdades individuais estariam garantidos da maneira mais extensível possível. Depois, que as instituições nela prevaletentes fossem capazes de garantir o fomento de bens primários – quaisquer desejos, inclusive por melhorias econômicas, que determinado indivíduo possuía – daqueles situados em pior situação social (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 201-207).

⁷ A teoria de justiça de Nozick é definida a partir de direitos naturais, isto é, direitos cuja justificativa de existência independe de consequências deles advindas, e que garantem a autonomia individual. Em sua concepção, justiça se constitui a partir do respeito destes direitos. Sua abordagem liberal o leva a considerar que um resultado – econômico ou outro – é justo apenas se é definido a partir da aquisição de algo que não possui dono ou através de transferências voluntárias de bens que são adquiridos de maneira justa, isto é, de modo que não levem a piora do estado de algum indivíduo ou que não violem direitos. Neste contexto, interferências sociais que impactem no campo individual são justificáveis apenas se buscam remediar ou prevenir injustiças. Críticas podem ser feitas a esta abordagem pois um conjunto de injustiças sociais possuem razões históricas e as remediações necessárias para corrigi-las podem demandar um nível de interferência no campo individual extenso – através de redistribuição de renda, por exemplo – num grau talvez não aceito pelos liberais (ibid., p. 171).

Rawls. No entanto, tal exercício não contribui para elucidar os motivos pelos quais determinadas escolhas sociais são realizadas. Os indivíduos, inevitavelmente, já conhecem e julgam as respectivas posições sociais que possuem (WALZER, 1983, p. 79). Conforme discutido em Bell (2016), para esta abordagem, hábitos e tradições têm um papel relevante para o entendimento de determinadas respostas a problemáticas morais, pois o indivíduo é definido por valores sociais,⁸ ideia divergente da concepção defendida por Nozick.

Diferentes culturas, línguas, valores religiosos e educacionais levam a diferentes estruturas interpretativas dos próprios contextos individuais, bem como a diferentes definições sobre o modo ideal de provimento de bens sociais. Consequentemente, padrões de justiça são compreendidos através de fundamentações e normas particulares e, portanto, variam de contexto para contexto. Como pontua MacIntyre (2007 [1984], p. 325), parte da constituição de um indivíduo está na história de sua formação, e tentar eliminar este aspecto da avaliação moral é deformar o entendimento das relações presentes de determinado grupo social.

O meio mais adequado para compreensão de problemas morais que estão estabelecidos na sociedade não se estabelece por métodos individualistas. Uma reflexão moral “[...] *is not a solitary pursuit but a public endeavor. It requires an interlocutor – a friend, a neighbor, a comrade, a fellow citizen*” (SANDEL, 2010, p. 20). Para a compreensão de aspectos como honra, dignidade, honestidade, e outros, a análise da lógica de funcionamento das interações sociais é necessária. As definições sobre igualdade no acesso aos diversos recursos existentes na sociedade, concepções de bem-estar, distribuição de poder ou mesmo liberdade e justiça se definem por aspectos mais factuais que abstratos (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 195).

Bell (2016), ao comparar as filosofias políticas predominantes no mundo europeu em contraposição às normas prevaletentes no mundo asiático, comenta como fatores culturais podem afetar os tipos de direitos que são priorizados em diferentes comunidades, bem como a própria justificativa para tais escolhas. Estas diferenças culturais determinam a forma como recursos escassos são alocados. Assim, seria plausível esperar que em uma situação conflituosa, política e/ou econômica, uma sociedade tal qual a norte-americana estaria disposta a sacrificar seu acesso a um sistema de saúde público em prol de menor interferência no campo econômico. Por sua vez, uma sociedade tal qual a chinesa estaria mais disposta a aceitar restrições no campo de associação trabalhista, por exemplo, desde que garantidas condições para o desenvolvimento econômico e a manutenção de um conjunto de direitos. Ademais, fatores culturais podem prover

⁸ Segundo Miller (1995), o método de Walzer, com o intuito de fornecer a melhor forma de interpretar o conjunto de bens sociais que existem em cada sociedade, se pauta, por um lado, no estudo das instituições e das práticas da sociedade e, por outro, nas crenças das pessoas sobre tais instituições e práticas.

fundamentações morais para distintas práticas políticas e formação de instituições. Nas sociedades localizadas no oeste asiático é amplamente acordado que jovens têm a obrigação moral de zelarem pelo bem-estar de seus parentes mais velhos. Isto tem como resultado, em termos políticos, a exigência de que governantes garantam condições econômicas e sociais para que tal dever seja cumprido.

A abordagem de Walzer pode levar a crer que não seria possível definir um conjunto de direitos básicos gerais, que garantissem a proteção de liberdades individuais e políticas. No entanto, seu igualitarismo não exclui alguns aspectos estabelecidos nas sociedades liberais contemporâneas: *“murder, torture, and enslavement are wrongful features of any distributive process – and they are wrong for reasons that have little to do with the meaning of social goods”* (WALZER, 1995, p. 293). Afirma, diante disso, que seria necessário ao seu raciocínio a incorporação de uma teoria que se debruçasse sobre direitos humanos para elencar aspectos básicos a partir dos quais processos distributivos poderiam tomar forma. Em complemento: *“the theory would derive, presumably, from a view of persons rather than of the things they make, and it would establish limits on how these persons may be treated”* (ibid., p. 293).

A dificuldade imposta ao método de avaliação até aqui tratado é como determinar a “quantidade” de bem-estar ou segurança a ser fornecida; em quais aspectos e para quais setores; quais critérios seriam mais adequados; como seriam pagos. Na visão de Walzer, para determinados recursos, o aspecto de pertencimento a uma comunidade e o reconhecimento social da necessidade por tal bem fundamentam seu processo de distribuição (WALZER, 1983, p. 78). Uma vez que a sociedade decide prover determinado bem, este deverá ser fornecido para todos os membros da sociedade que dele precisam, em proporção de suas necessidades, de maneira igualitária, e como mecanismo de justificativa para o pertencimento àquela comunidade (ARNESON, 2013).⁹ Cabe mencionar que o conceito aceito de necessidade não é estanque, não determina um conjunto específico de bens. Pelo contrário, é amplo e de difícil precisão. Além de abstrato, é móvel e expansivo:

People don't just have needs, they have ideas about her needs; they have priorities; they have degrees of needs; and these priorities and degrees are related not only to their human nature but also to their history and culture (WALZER, 1983, p. 66).

Em decorrência disso, o modo de distribuição que determinado bem social toma forma seria estabelecido apenas através de escolhas políticas. Estas, por sua vez, estão pautadas em

⁹ Como pontuado por Miller (1995), o critério da necessidade é apenas um dentre uma gama de possibilidades e é escolhido por um conjunto de fatores históricos e culturais, tal como comentado até aqui.

aspectos tais como a própria escassez de recursos, mas, também, no entendimento comum do ideal de vida social desejável de ser perseguido. Reconhece-se que o atendimento deste critério está circunscrito aos recursos disponíveis. No entanto, a imposição de um método, como o fornecido pela Análise de Custo-Benefício,¹⁰ acima de uma decisão coletiva, é tratada como uma distorção dos princípios que fundamentam a existência de uma comunidade política. A problemática não deveria se pautar, então, nas limitações que o arranjo acordado de determinado processo de distribuição possui, mas, sim, em como o sistema produtivo deve se adaptar para atender às vontades da sociedade.

A abordagem de Walzer o leva a definir as principais esferas de justiça que possuem as sociedades liberais modernas, e lhe permite interpretar as regras que determinam os processos de distribuição e os modos de convivência atuais: segurança e bem-estar, regido pelo critério da necessidade; dinheiro e produtos, pelo critério do livre-comércio; educação, pelo critério da igualdade de acesos em um determinado nível mínimo e garantia de condições para alcançar maiores padrões de ensino; trabalho, pelo critério da meritocracia; na política, pelo critério da persuasão; dentre outros.¹¹

A saúde compõe uma esfera de justiça e a discussão realizada por Walzer (ibid., p. 84-91) é elucidativa do que até agora foi tratado. O autor aborda e compara a mudança do *status* pelos quais passaram a saúde e religião nas sociedades ocidentais, desde a Idade Média aos tempos atuais. O fornecimento de cuidados médicos era realizado a nível local, de provimento particular, muito provavelmente em função da ausência de mecanismos eficazes para o tratamento de enfermidades. A oferta deste serviço era exclusiva a um pequeno grupo de profissionais, para um conjunto reduzido de pessoas que possuíam a capacidade de arcar com os custos do serviço. Por sua vez, a religião assumia um padrão oposto. Enquanto a “cura do corpo era de responsabilidade privada, a cura da alma era de interesse público” (ibid., p. 87).

Num período histórico em que a doutrina moral predominante era determinada por valores cristãos, a ideia de “eternidade” era uma necessidade reconhecidamente social. Havia um esforço público, sustentado por um acordo coletivo, em garantir o direito amplo e igual à salvação eterna para todos os indivíduos. Isto seria observado na construção de templos

¹⁰ A Análise de Custo-Benefício, apresentada com mais detalhe no capítulo 2, se configura como uma ferramenta para tomada de decisões políticas. Em síntese, advoga que se é necessário decidir se executa uma ação “X”, a regra será executar “X” se os benefícios – normalmente econômicos – desta para a população presente e/ou futura excedem a próxima melhor alternativa disponível (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 144).

¹¹ Em resposta a críticas sobre a exatidão das esferas de justiça elencadas pelo autor em seu livro de 1983, Walzer (1995, p. 282) coloca que sua lista não teve a pretensão de ser exaustiva. Além disso, pontua que não poderia fornecer um desenho final para tal, visto que não há um único bem social em cada esfera de justiça ou uma única esfera de justiça para cada bem social.

religiosos em lugares remotos, fornecimento de serviços regulares, e outros, tal como a catequização de jovens. Neste contexto, o direito à salvação era garantido, inclusive, aos escravos, considerados seres inferiores aos homens e mulheres livres.

As definições de necessidade em ambas as esferas mudaram, mesmo que seja necessário reconhecer que esta mudança foi lenta e gradual. Atualmente, enquanto questões relacionadas à cura da alma são tratadas na esfera individual, isto é, de necessidade individual, a saúde é tratada como uma questão de interesse e necessidade coletivas. Nas palavras do próprio autor: *“we have lost confidence in the cure of souls, and we have come increasingly to believe, even to obsessed with, the cure of bodies. [...] as eternity receded in the popular consciousness, longevity moved to the fore”* (ibid., p. 87).

Não apenas a longevidade é hoje um bem reconhecido como necessário. De maneira mais ampla, a condução de uma vida saudável é um desejo público e esforços são realizados em direção a isto. Desde a construção de hospitais, financiamento de instituições de ensino e pesquisa, campanhas públicas por cuidados preventivos, vacinação compulsória, subsídios, até à regulamentação do setor, são sintomas do modo como a saúde é tratada nas sociedades modernas. Walzer não debate a mudança social necessária para que esta vontade se tornasse amplamente comum entre todos. Não obstante, sugere haver um “querer” amplamente difundido entre todos a ponto de que a saúde individual e/ou coletiva, de maneira geral, se tornasse uma problemática moralmente relevante para a vida em sociedade (ibid. p. 88).

Por fim, Walzer comenta que apesar de o princípio subjacente a um sistema de saúde ser divergente dos princípios que regem uma economia de mercado, nenhum sistema político chegou a questionar a existência do livre empreendimento no setor (ibid., 89).¹² Isto constituiria um aspecto crítico para a autonomia desta esfera de justiça, pois criaria condições para que a renda exercesse um papel dominante no acesso aos serviços de saúde, isto é, torna possível circunstâncias tais como discrepância no acesso aos serviços de saúde para indivíduos com diferentes níveis de riqueza.¹³ Dentro da lógica apresentada, tal situação seria moralmente

¹² Como é discutido em Hausman e Mcpherson (2006), a estrutura de mercado fornece um conjunto de vantagens necessárias para a sociedade moderna, tais como eficiência e liberdade de escolha. No entanto, possui um conjunto de valores que, em determinados aspectos, são incompatíveis com os princípios que regem outras esferas de justiça. Walzer (1995, p. 295) pontua que a preocupação com a eficiência de determinadas atividades produtivas e os efeitos negativos de desincentivos são relevantes quando a pauta de regulação de algum mercado se apresenta. No entanto, a noção de eficiência não responde algumas problemáticas que se apresentam e deve estar subordinada aos significados dos bens sociais.

¹³ Diversos trabalhos demonstram que o acesso aos serviços de saúde está condicionado à renda dos indivíduos. Para detalhes sobre a literatura brasileira, veja o Quadro 6, localizado no Apêndice C do presente trabalho. Observando um conjunto maior de países, além do aspecto da renda, Daniels (2013) apresenta alguns fatores não-financeiros que criam disparidades no acesso a serviços de saúde, tais como discriminação racial e de gênero,

condenável, uma vez que o princípio de garantia de condições de vida saudável deveria estar independente da classe de renda em que determinado grupo ou indivíduo se encontra. O estabelecimento de determinado bem social como necessário limita seus possíveis modos de organização às estruturas que respeitem aos princípios previamente estabelecidos. Critérios como meritocracia, origem familiar, influência política, ou mesmo o livre-comércio, corrompem a autonomia necessária ao atendimento de uma decisão socialmente estabelecida para reger o bem em questão. A depravação de uma escolha social é nociva tanto para a saúde dos indivíduos quanto para a organização social em si.

Em conclusão, comenta-se que Walzer (1983, p. 90-91) discute a possibilidade de uma determinada comunidade política optar por um regramento de seu sistema de saúde convergente com uma ótica pautada no lucro ou que esteja restrita a um fornecimento mínimo de serviços. Neste quesito, o autor coloca que não crê que esse seja o caso da sociedade norte-americana, um de seus objetos de estudo, uma vez que existiria um movimento das autoridades políticas do país em fornecer serviços mais complexos que os defendidos por esta abordagem. É razoável estender tal consideração para a sociedade brasileira, principalmente quando se toma como referência a estruturação estabelecida no Sistema Único de Saúde, a partir da atual Constituição Federal (BRASIL, 1988), e também a interpretação judicial predominante sobre contendas judiciais que envolvam casos relacionados à saúde no país, conforme discutido no capítulo 3.

barreiras geográficas e culturais, tanto em sistemas de saúde mais universalistas quanto em sistemas com um escopo menor de serviços fornecidos.

3. FILOSOFIAS MORAIS E RELAÇÕES COM O CAMPO ECONÔMICO

O presente capítulo tem como objetivo discutir as principais filosofias morais que fundamentam o discurso econômico. Busca-se demonstrar que a avaliação realizada neste campo não é estruturada a partir de uma abordagem amoral, ou também que as teorias morais pouco contribuem para questões práticas do dia a dia. Conforme discutido no capítulo 1, e pontuado por Hausman e McPherson (1993; 2006) e Sandel (2010; 2012; 2013), questionamentos morais estão presentes tanto no cotidiano humano, quanto na fundamentação de políticas públicas e proposições para resolução de problemáticas socioeconômicas. Em razão disto, são capazes de contribuir para um melhor entendimento do comportamento econômico de indivíduos e sociedades diversos, bem como, de aperfeiçoar os métodos atualmente disponíveis.

Isto posto, apresentam-se os fundamentos e críticas à teoria Utilitarista, vertente predominante da escola Consequencialista, cujos princípios estão conectados às obras de Jeremy Bentham (1748-1832), John Stuart Mill (1806-1873) e Henry Sidgwick (1838-1900). Em síntese, tal abordagem defende que decisões individuais e/ou coletivas devem se pautar apenas na consequência do ato, e a melhor escolha possível será aquela que traz o maior nível de satisfação para o indivíduo ou grupo afetado pela ação resultante. Em seguida, apresenta-se a abordagem proposta pela teoria Deontológica, derivada dos escritos de Immanuel Kant (1724-1804). Esta vertente da filosofia moral dá destaque à superioridade hierárquica de direitos em relação à consequência de determinada ação quando se discute tomadas de decisões coletivas e/ou políticas públicas. Por fim, apresenta-se a concepção de moralidade trazida pela Ética das Virtudes, desenvolvida a partir da obra de Aristóteles e retomada, mais recentemente, pelos trabalhos de Elizabeth Anscombe, Michael Sandel, Alasdair MacIntyre e outros. Segundo esta vertente, o foco de análise deve se estabelecer a partir de uma definição de “boa vida” a ser conduzida pelo indivíduo, isto é, em quais ações levam os indivíduos ou sociedade a alcançar o “Florescimento Humano” ou uma vida plenamente virtuosa. A análise contextual do processo de tomada de decisão é ressaltada.

3.1 AS MORALIDADES UTILITARISTA E CONSEQUENCIALISTA

De acordo com a vertente utilitarista, o princípio básico que deve reger a tomada de decisão será tomar o caminho ditado pela escolha que trará “o maior nível de felicidade para o maior número de pessoas” (GRAAFLAND, 2009; SANDEL, 2010; SHAPIRO, 2010; WIGHT,

2015). Este também pode ser entendido segundo a interpretação de que um ato é certo se, e apenas se, a soma da utilidade total causada pelo ato é maior que a soma total da utilidade produzida por qualquer outro à disposição do indivíduo. Um método prático de aplicação do utilitarismo é a Análise de Custo-Benefício, discutida em seguida. Ao derivar as preferências dos indivíduos a partir de um tipo de comportamento observado, a utilidade é equalizada à satisfação de preferências individuais. Assim, é tratada como um denominador comum, a partir do qual todas as questões específicas à satisfação individual poderiam ser ranqueadas e políticas públicas poderiam tomar forma (GRAAFLAND, 2009). Este arcabouço levaria ao maior nível de bem-estar social possível.

A associação dos princípios utilitaristas à doutrina moral consequencialista é natural (GRAANFLAND, 2009, p. 555; SHAPIRO, 2010, p. 27; WIGHT, 2015, p. 27):

[...] welfare economics presupposes a consequentialist moral theory [...]. A utilitarian is a consequentialist who says that what is good is individual ‘welfare’ or ‘well-being’. [...] The fundamental thesis of utilitarianism is that one should do whatever maximizes overall welfare (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 99).

O consequencialismo reflete uma doutrina segundo a qual o julgamento sobre a retidão de uma ação ampara-se no valor de suas consequências. Defende que escolhas, ações, políticas – ou mesmo leis – devem ser moralmente avaliadas exclusivamente em termos do resultado obtido (ou esperado), acima de qualquer outra característica ou motivação intrínseca que possa ter, ou seja, uma ação é moralmente correta se os resultados a ela atrelados são melhores que os resultados de qualquer outra alternativa disponível (SINNOTT-ARMSTRONG, 2015). Como pontuado por Graanfland (2009, p. 555), “*outcomes matters – not process, intention or motivation*”. Há um aspecto mandatório para a ação quando se chega à conclusão que esta leva ao melhor resultado possível.¹⁴

Cabe mencionar que não há consenso sobre qual critério deve ser maximizado. Há diferenças mesmo entre os principais defensores do utilitarismo: Bentham, Mill e Sidgwick. O primeiro é defensor de um hedonismo puro, passível de mensuração, de acordo com o qual qualquer ação que gere “prazer”, ou reduza a “dor”, deve ser tomada. Estes, por sua vez, são avaliados de acordo com o conceito de utilidade. Normas e leis são avaliadas de acordo com

¹⁴ Conforme pontuado por Graanfland (2009, p. 556), uma das características definidoras do utilitarismo é o que chama de *welfarism*. Coloca que este aspecto é utilizado como resposta a questionamento sobre quais são os “bons resultados” que devem ser considerados quando se avalia a consequência de determinado ato. Este, por sua vez, é definido considerando as preferências individuais, retratadas por respectivas funções de utilidade, para diferentes estados e situações avaliados.

sua capacidade de aumentar o nível de bem-estar geral de determinada sociedade (WIGHT, 2015, p. 28). Mill, por sua vez, faz uma distinção das “qualidades” dos prazeres. Há intrínsecos modos de satisfação em cada tipo de ação, incluindo prazeres mentais, espirituais e morais. Haveria, assim, alguns tipos de prazeres mais desejáveis que outros. A maximização da utilidade deveria ser pensada de acordo com o aumento de bem-estar ou felicidade líquido da sociedade (ibid., p. 30-31). Já Sidgwick, trata o utilitarismo como princípio básico que deve reger a vida social. Questões como verdade e justiça só poderiam ser compreendidas a partir dessa métrica. Além disso, propõe uma abordagem que contorna as questões sobre aumento de bem-estar médio ou total, buscando mesclar os dois aspectos quando trata de questões públicas (DRIVER, 2014). Menciona-se que, por vezes, o utilitarismo é apontado como relativista, uma vez que não fornece nenhuma regra moral absoluta e universal, com exceção da maximização da utilidade. Diferentes circunstâncias poderiam criar diferentes formas para que o nível de bem-estar individual e/ou social aumentasse (WIGHT, 2015, p. 31).

Dentre as vertentes existentes dentro do consequencialismo, apontam-se as defensoras do consequencialismo puro, segundo o qual a moralidade depende apenas das suas consequências, em oposição a qualquer outro critério possível, tais como direitos, necessidades, circunstâncias, valor intrínseco do ato, resultados não esperados, e outros; o consequencialismo atual, segundo o qual o ato depende apenas das consequências atuais; o consequencialismo direto, cuja moralidade depende das resultados diretamente relacionadas ao ato; o consequencialismo avaliativo, cuja integridade da ação depende apenas do valor das consequências; dentre outras possibilidades (SINNOTT-ARMSTRONG, 2015). Mesmo o utilitarismo é avaliado a partir de diferentes óticas: maximização da utilidade total, utilidade média ou líquida; satisfação de preferências ditas “racionais”, ou “bem-informadas”, de acordo com a razoabilidade do pressuposto assumido para a unidade de análise; abordagens mais pluralistas, que consideram outros fatores além dos critérios hedonistas tradicionais, tal como a beleza associada a determinado bem (HAUSMAN; MCHPERSON, 2006, p. 99; WIGHT, 2015, p. 33; DRIVER, 2014).

De acordo com Driver (2014), o utilitarismo é uma das abordagens filosóficas com maior força persuasiva na história da filosofia moral. Sua abordagem intuitiva se adequa de maneira espontânea com conceitos tais quais bem-estar, eficiência e racionalidade econômica, constituindo outro fator que justifica sua ampla incorporação no campo econômico e a harmonia existente nesta com seus próprios princípios morais. De maneira geral, ao associar o conceito de bem-estar à satisfação das preferências individuais; racionalidade, isto é, como as pessoas devem agir e escolher, de acordo com uma noção hedonista, ou variações desta; e eficiência

como a principal métrica que deve reger a tomada de decisão política, fornece uma fundamentação moral e um ferramental prático para tomadores de decisões.¹⁵

Estendendo este ponto, quando é afirmado que determina decisão é racional, a partir da comparação entre diferentes estados ou opções disponíveis, quer-se dizer que os indivíduos devem agir de acordo com o resultado obtido ou, por outro lado, que escolher outra opção é agir irracionalmente e, assim, de maneira moralmente condenável. Como pontuado por Hausman e McPherson (1993, p. 679; 2006, p. 43), agir racionalmente assume a conotação de agir de maneira prudente, e a concepção de prudência é uma noção socialmente vista como admirável, isto é, virtuosa. Logo, moralidade e racionalidade são tratados num mesmo paradigma. Tal avaliação é similar quando é afirmado que agir racionalmente condiz com a sobreposição de seu auto interesse em relação a outros tipos de valorações possíveis.

Por sua vez, uma decisão é racional e, portanto, possui caráter mandatório, por sua capacidade de maximizar o nível de bem-estar econômico individual e/ou social. Esta, por seu turno, é avaliada a partir da capacidade de satisfazer as preferências dos indivíduos e/ou grupos afetados por certa política. Este aspecto é analisado a partir da construção de um ranking, agregação e comparação das funções de utilidade individuais, o que permitiria a comparação do nível de utilidade dos indivíduos em diferentes estados (GRAAFLAND, 2009, SHAPIRO, 2010). O melhor resultado econômico, avaliado num contexto de escassez de recursos, é dito como o mais eficiente, a partir de métricas como a fornecida pela regra de Pareto, que afirma que o melhor estado é alcançado quando nenhuma melhoria pode ser obtida sem reduzir o nível de bem-estar de outro. Quando a teoria econômica tradicional afirma que um sistema de mercado possui vantagens em relação a outras alternativas disponíveis, em termos tais como eficiência e garantia de liberdades, está colocando que dentro deste contexto, este modo de organização é o mais eficaz para aumentar o nível de satisfação individual e/ou social. Possui, portanto, uma valoração moral em seus fundamentos, restrita ao que propõe o utilitarismo (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 24).

Hausman e McPherson (1993; 2006) pontuam que as economias positivas e normativas estão imbrincadas, pelos pressupostos utilitaristas que assumem e, principalmente, porque mesmo uma abordagem que se apresente como puramente positiva, possui impactos

¹⁵ Teorias sobre conceituações e formas de mensuração de “bem-estar” econômico, definição de axiomas e métodos de avaliação de situações sociais através de teorias de “escolha social”, e Análises de Custo-Benefício – como uma ferramenta de aplicação – foram desenvolvidas e aprofundam o uso dos princípios morais defendidos pelo utilitarismo. A presente dissertação foca na Análise de Custo-Benefício, por avaliar que esta ferramenta está mais próxima do modo como *policy makers* decidem e fundamentam os caminhos por eles escolhidos em seu dia a dia. Para maiores detalhes sobre os dois primeiros, ver Hausman e McPherson (2006, 97-157 e 215-251).

normativos, isto é, podem se tornar preditivos tanto na esfera de comportamento individual, quanto no âmbito da tomada de decisão política. Mesmo que o conceito de racionalidade apresente uma conotação próxima a economia normativa, os resultados propostos pela economia positiva também carregam o mesmo aspecto mandatório, uma vez que a afirmação de que algo deva ser feito a partir do que “a economia de fato é” ou dos resultados obtidos a partir de um modelo teórico formal possuem o mesmo caráter compulsório. Além disso, a economia positiva assume um aspecto “autoritário” quando determinada informação é dada, uma vez que o censo comum associa ao seu argumento uma noção de verdade.¹⁶

Dois pontos são ressaltados por Hausman e McPherson (2006, p. 108) para explicar a relevância da teoria. O primeiro diz respeito na simplicidade proposta: uma vez que a unidade de avaliação se pauta na utilidade como único aspecto a se observar, torna-se simples a avaliação e comparação de situações econômicas e/ou políticas. O segundo, por sua vez, está relacionado a concepção de igual respeito entre os agentes, também discutida em Wight (2015, p. 29). Cada indivíduo possui equivalência igual quando seus interesses são avaliados e a teoria exige que exista uma imparcialidade quando estes são levados em consideração. Como exemplifica, se determinada sociedade tem como objetivo o aumento de seu nível de bem-estar econômico, as normas sociais serão estabelecidas de modo a garantir que os princípios morais satisfaçam e contribuam com interesses individuais de todos. Barker (1995), por sua vez, ressalta dois aspectos, um ético e outro metodológico, que justificam o porquê de o conceito de eficiência possuir tal força neste meio. O primeiro está fundamentado nos princípios de autonomia e consentimento, que formam o núcleo duro da tradição liberal, além de possuir substancial força retórica no liberalismo clássico. O segundo aspecto diz respeito ao fato de o conceito de eficiência prover um método para o entendimento de como as preferências individuais são expressas em mercados competitivos. Estes aspectos fornecem um profundo entendimento sobre o funcionamento do mecanismo de preços e as vantagens de livres trocas mútuas, dentre outros desenvolvimentos.

Importante mencionar que esta abordagem perde parte de sua influência no campo moral nas décadas que precedem a década de 1980, em função de críticas não respondidas em sua aplicabilidade, e também pelo impacto causado pela obra de Rawls (2007 [1971]), *A theory of Justice*, que forneceu uma abordagem de avaliação moral que resolvia muita das problemáticas que o utilitarismo enfrentava, discutidas a frente, mesmo que ainda continuasse presente como um dos fundamentos do processo de tomada de decisão de formuladores de políticas. A

¹⁶ Este último fator, ou seja, a posição de autoridade que os economistas possuem, é um dos colaboradores da noção de performatividade do discurso econômico.

dominância da teoria ressurgiu no fim da década de 1980, a partir de novas abordagens aplicadas ao utilitarismo e, também, ao consequencialismo. Por exemplo, através de trabalhos que desenvolvem uma proposta de análise a partir de “estados-mentais”, em substituição aos conceitos de aumento de felicidade ou redução da dor e, também, por meio de autores que desenvolvem uma abordagem não utilitarista do consequencialismo, a partir do enfoque em direitos, capacidades e funcionalidades, como Amartya Sen – neste último caso, ver Giacomelli et al (2017). Além destes, são feitas ligações entre o utilitarismo e a concepção de racionalidade presente no campo da economia; ao uso da utilidade apenas como um índice da satisfação das preferências individuais, mais que uma medida objetiva para esta informação; e aplicações à teoria dos jogos (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 109-110).

Não obstante, o utilitarismo ainda recebe um conjunto de críticas, demonstrando que não há consenso sobre a extensão dos méritos que a abordagem supõe possuir. Em primeiro lugar, o utilitarismo pode defender normas e práticas divergentes da intuição moral prevalente em determinado ambiente (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 112; SHAPIRO, 2010, p. 26, 27; SANDEL, 2010). Um clássico exemplo desta dificuldade é o apresentado no artigo de Judith Jarvis Thomson, “*The Trolley Problem*” (THOMSON, 1985). No chamado “problema do bonde” é desenhada uma situação em que um indivíduo é colocado na posição de motorista de um trem e precisa tomar decisões que resultam na morte de pessoas. O motorista observa que há cinco pessoas trabalhando nos trilhos e que não consegue parar o vagão antes do impacto; além, que estes trabalhadores não podem ser informados a tempo da chegada e iminente choque com o vagão. De repente, o motorista percebe que conseguirá desviar o vagão para outra rota. No entanto, neste novo percurso há um outro trabalhador, que se encontra na mesma situação que os outros cinco. Nesta situação, é questionado se o motorista deveria trocar a rota do vagão e escolher pela morte de um trabalhador, em vez de cinco. A partir do utilitarismo, é natural afirmar que a melhor escolha possível seja pela troca de rota e a consequente perda de uma única pessoa em substituição de outras cinco, uma vez que este ato reduziria em menor proporção o bem-estar social.

Apesar de esta escolha ser moralmente correta neste contexto, o raciocínio que a ampara não é extensível para outras situações. Suponha-se que este mesmo indivíduo seja médico e que haja cinco pacientes que necessitem de transplante de órgãos para sobreviver (THOMSON, 1985). E ainda, que exista um indivíduo que possua o conjunto de órgãos saudáveis necessários para a sobrevivência dos outros cinco. No entanto, caso a cirurgia fosse realizada, o doador dos órgãos morreria e, em função disso, não estaria disposto a doar os órgãos. Nesta situação, questiona-se se o médico deveria realizar a operação e salvar os cinco pacientes. Neste caso, o

utilitarismo não se apresenta como um guia moral adequado para a tomada de decisão, uma vez que as sociedades modernas consideram moralmente errado matar um paciente para salvar outros cinco.¹⁷ É razoável pensar, portanto, que um conjunto de outros fatores amparam a tomada de decisão em ambas as situações apresentadas.

Este último ponto destaca o fato da teoria de não levar em consideração outros valores ou abordagens que acompanham o processo de tomada de decisão. Alguns valores podem ser vistos como incomparáveis a outros, ou mesmo em posição superior numa escala de avaliação, e, em função disto, outras esferas de avaliação podem acompanhar as medidas fornecidas pelo utilitarismo (WIGHT, 2015, p. 32). Por exemplo, a abordagem utilitarista trata o cumprimento de direitos apenas como um instrumento para alcançar maiores níveis de utilidade para toda a sociedade e nenhuma relevância intrínseca é vinculada ao seu exercício. Não obstante, pode haver situações em que agir de acordo com a norma moral é valorizada mesmo que isto resulte em redução do nível de bem-estar individual e/ou social. Isto demonstra que o nível de bem-estar, como efeito ou resultado de uma ação ou política, não é o único aspecto relevante para avaliação, uma vez que o que as pessoas percebem como maximização de seu prazer ou dor depende de circunstâncias diversas, do meio em que estão inseridas, de tradições familiares e de regras socialmente estabelecidas (GRAAFLAND, 2009, p. 559).

A abordagem não permite que exista um conjunto de regras morais universais, dado a necessidade de vinculação de sua justificativa com seus resultados. Assim, diante de mudanças sociais drásticas, tal como guerras, um conjunto de normas condenáveis podem ser postas em prática com base na justificativa de que são as mais adequadas para alcançar determinado fim (WIGHT, 2015, p. 31). Desta forma, questões relacionadas a direitos individuais podem ser ignoradas se é direcionada maior atenção para o aumento da soma das satisfações como um todo. No utilitarismo o indivíduo importaria apenas enquanto componente do computo do bem-estar social, de acordo com a abordagem utilitarista utilizada, como no caso do utilitarismo clássico, derivado de Bentham (SANDEL, 2010, p. 24).

Em segundo lugar, é apontado que as consequências vinculadas a determinadas escolhas são incertas. Desta forma, torna-se difícil avaliar se certa ação cumpriu a norma moral se o resultado a ela atrelado não foi o melhor possível, mas que, ao mesmo tempo, era tido como a opção que levaria a tal caminho. Este ponto está relacionado a um terceiro aspecto criticado,

¹⁷ Thomson (1985) ainda discute outras circunstâncias que tornariam os problemas apresentados mais complexos. Por exemplo, se há um observador externo e este tem o poder de interferir no caso do vagão; se o médico toma alguma decisão equivocada que coloca em risco a vida do paciente saudável e se isto poderia mudar a decisão inicialmente tomada; se há mais informações disponíveis sobre o caráter dos indivíduos envolvidos; dentre outros.

que diz respeito a pluralidade de significados que a noção de bem-estar pode assumir. Felicidade, satisfação de preferências racionais auto interessadas ou mesmo de estados mentais, são concepções com nuances próprias e a falta de uma métrica comum traz problemas à teoria utilitarista, enquanto norma moral. Outro ponto, ainda sobre o bem-estar, diz respeito a quais aspectos devem ser considerados: se deve avaliar apenas o nível de bem-estar das sociedades atuais; se deve incorporar questões ambientais ou mesmo aspectos tais quais cuidados com animais (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 100-101).

Em último lugar, a aplicação do utilitarismo exige que se façam comparações interpessoais de utilidade, isto é, a avaliação de resultados sobre políticas públicas e outros exige que os níveis de utilidade de um grupo de indivíduos sejam equiparados e ranqueados.

To be rationally benevolent, one must be able to judge where one's efforts will do the most good.
To treat the interests of different people equally, one must be able to compare the net effects of one's actions on the interests of each (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 104).

Este aspecto se apresenta como problemático em razão da dificuldade de medir-se níveis de felicidade, estados mentais ou mesmo preferências, e mesmo a afirmação de que um aumento de renda equivalente entre um indivíduo abastado e um indivíduo em situação de pobreza trará maior bem-estar para o último é impossível de ser feita (ibid., p. 104-105). Ademais, a incorporação de questões como preferências de gerações futuras ou de seres não-humanos se apresentam novamente como um complicador desta proposta (GRAAFLAND, 2009, p. 557).

3.1.1 A Análise de Custo-Benefício como ferramenta para a tomada de decisão política

Uma ferramenta para a tomada de decisão política é a Análise de Custo-Benefício (ACB). Segundo esta abordagem, se é necessário decidir se executa uma ação X, a regra será executar X se os benefícios desta para a população presente e/ou futura excedem a próxima melhor alternativa disponível. Esta se apresenta útil quando é necessário escolher entre duas ou mais opções e nenhuma destas se mostram como o melhor resultado possível no sentido de Pareto. Hausman e McPherson (2006) a descrevem da seguinte forma:

Consider two economic outcomes or states of affairs X and Y. There are many different moral comparisons people might make of them. One morally significant difference between X and Y may be distributional, as in the case of the 10 units of bread [...]. Suppose that in X, the status quo, 4 units of bread go to A and 6 units go to B. A new policy is considered that would increase bread supply and result in A getting 7 units of bread and B getting 5. This alternative, Y, is not a Pareto improvement over X because B receives fewer units of bread, but there is, Hicks and Kaldor argue, an unambiguous increase in economic benefits and economic efficiency (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 144).

Na passagem citada, a política proposta não oferece uma melhoria no sentido de Pareto, uma vez que a alteração na distribuição de recursos entre os dois indivíduos leva a uma piora do estado do indivíduo B, em relação a sua posição inicial. Não obstante, a capacidade produtiva da economia ou, dito de outra forma, sua capacidade de satisfazer as preferências dos indivíduos, aumentou. De acordo com a ACB, esta característica seria suficiente para dar respaldo e um caráter mandatório para que a nova política fosse posta em prática. Esta abordagem, não obstante, desconsidera o aumento da desigualdade na distribuição de recursos entre os indivíduos – no exercício citado – e leva em consideração apenas questões como aumento do saldo econômico, de eficiência e bem-estar agregado (ibid., p. 144-145).

A regra para determinar qual estado – X ou Y – seria mais eficiente está no conceito de “Potencial Melhoria de Pareto”, ou critério Kaldor-Hicks. A política Y criaria uma condição de melhoria no sentido de Pareto se fosse possível, através da redistribuição de recursos entre os indivíduos afetados pela política, fazer que a situação final se mantivesse melhor – ou ao menos tão boa – que a situação inicial, para todos. No caso citado, se fosse possível redistribuir ao menos uma unidade do produto do indivíduo A para o indivíduo B. Tal avaliação é feita através da disposição a pagar existente entre ambos os grupos. Caso a disposição a pagar do grupo propenso a aceitar a mudança seja maior que a disposição a receber do grupo relutante, a política deve ser executada (ibid., p. 145).¹⁸

Neste contexto, a disposição a pagar é utilizada como uma escala para a utilidade. Diante do alto custo de uma pesquisa de campo para avaliar o real valor deste dado, utiliza-se

¹⁸ Uma abordagem similar a apresentada pela ACB é a Análise de Custo-Efetividade, mais comum em avaliações de eficiência do gasto em áreas como a saúde. Sua estrutura é similar à fornecida pela ACB. Em síntese, a partir de duas ou mais alternativas, avalia-se se ambas fornecem o resultado necessário e almejado. Depois deste critério, opta-se pela opção que fornece o menor custo. O trabalho de Moraz et al (2015) apresenta uma revisão extensa de um conjunto de trabalhos no campo da saúde que aplicam esta metodologia de avaliação. Acrescenta-se, também, a Análise de Custo-Utilidade, que define benefício como sinônimo de utilidade. O trabalho de Reis et al (2016) apresenta três metodologias de mensuração das preferências individuais para a mensuração adequada do nível de utilidade e, conseqüentemente, do indicador de Custo-Utilidade, para tomada de decisão de alocação de recursos em tratamentos e programas de saúde em geral.

informações de mercado como medidas que reflitam as preferências dos indivíduos. Tal abordagem possui grandes valores práticos, pois é consistente com o princípio de eficiência econômica e está em harmonia com o modo como *policy makers* frequentemente agem (GRAANFLAND, 2009, p. 555; SANDEL, 2010, p. 26). Não obstante, está sujeita a um conjunto de críticas.

A métrica utilizada, sintetizada pela regra de Potencial Melhoria de Pareto, possui limitações práticas ao se avaliar políticas públicas.¹⁹ Conforme ressaltado por Hausman e McPherson (2006, p. 147), há relativo consenso, atualmente, sobre a relevância de questões distributivas quando a pauta em discussão envolve novas diretrizes políticas. Em razão disto, a separação deste aspecto de questões como bem-estar e eficiência se apresenta como inapropriada. Wight (2015), por exemplo, coloca que a atual estrutura do mercado pode levar a sobrevalorização da posição de indivíduos com situação econômica vantajosa ou, observando de outra forma, subvalorizar a participação de indivíduos cuja renda é baixa. Deste modo, distribuições de renda injustas são possíveis de serem estabelecidas, tanto em cenários cujas trocas voluntárias ditam a regra de funcionamento do mercado, quanto em regimes políticos com maior grau de intervenção. Ademais, a comparação da disposição a pagar de indivíduos localizados em diferentes classes de renda reprime a avaliação de ganhos e perdas de bem-estar:

Willingness to pay [...] obviously also depends on wealth [...]. If the benefits of a policy accrue to the poor and the costs to the rich, what the poor would be willing to pay for the new policy might not be enough to compensate the rich. The policy might nevertheless have had large net benefits if there had been a more even distribution of wealth, and [...] the welfare of the poor would increase more than the welfare of the rich would decrease (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 149).

Outro ponto criticado diz respeito à necessidade de relativo consenso frente a determinada política proposta. Por exemplo, políticas que envolvam mobilidade de determinado grupo podem exigir ações compulsórias caso nem todos concordem com a ação.²⁰ Um observador

¹⁹ Conforme discutido em Wight (2015), e apresentado em Hausman e McPherson (2006, p. 148), é possível que um novo equilíbrio de mercado não implique em satisfação das preferências individuais, mesmo que esta nova situação seja considerada eficiente.

²⁰ Conforme Wight (2015), duas respostas são oferecidas para este problema. Poder-se-ia pensar, a partir de uma ótica contratualista, que o arranjo normativo de determinada comunidade obrigaria a todos a assentir com o resultado de determinada política e aceitasse as recompensas propostas. De outra maneira, haveria, nas sociedades modernas, um aparato legal que protegeria e/ou buscaria reparar os danos de indivíduos relutantes com determinada política. Estes teriam condições, em sociedades democráticas, de questionar determinada ordem ou lei, em caso de discordância. No entanto, caso a defesa pelo uso da ACB utilize de tais argumentos, enveredaria em outro terreno ético, diferente da abordagem utilitarista. Além disso, o pressuposto de que todas as sociedades

externo, responsável pelo seu desenho, tem capacidade limitada em estimar os custos de oportunidade de determinado grupo afetado por esta intervenção. As avaliações se limitam a estimativa de custos monetários que incorrem sobre determinado grupo, enquanto valores não-pecuniários – aspectos subjetivos – não podem ser observados em transações não-voluntárias. Deste modo, seria impraticável determinar um valor compensatório correspondente às perdas sofridas pelo grupo em questão (DUTT; WILBER, 2010; WIGHT, 2015).

Barker (1995) e Anderson (1993) também pontuam como a definição de bem-estar é estruturada puramente a partir de termos econômicos, ignorando diversos aspectos da vida social.²¹ Ademais, a concepção de indivíduos como agentes autônomos, atuando no mercado sem qualquer relação necessária ou obrigatória com outros indivíduos é questionada. O aspecto de a teoria tratar o ordenamento de preferências como a unidade fundamental de análise das ações econômicas leva a uma interpretação unidimensional da atividade humana. Isto exclui o fato de que indivíduos vivem em comunidades, criam laços, deveres e responsabilidades, e desenvolvem relações baseadas em uma ampla variedade de fatores.²²

A dificuldade de valoração da atividade humana, em termos monetários, recebe destaque em Anderson (1993). Os trabalhadores devem ser livres e suas escolhas devem refletir uma deliberação sob completa informação em relação aos riscos envolvidos na atividade exercida. Estas escolhas deveriam ser tomadas de maneira egoísta, isto é, autocentrada, além de refletir apenas o *trade-off* entre risco e valor monetário equivalente. Estes aspectos evitariam que determinados valores sociais, tal como vínculo familiar, influenciassem sua tomada de decisão. No entanto, a oportunidade de trabalho, frequentemente, não assume um caráter de mercadoria, e traz em si valores como a responsabilidade com outros. Em função da fundamentação da ACB ser divergente do comportamento comum dos indivíduos, Anderson (1993) coloca que as informações sobre disposição a pagar destes não podem fornecer o peso normativo que a ferramenta possui, uma vez que não provém meios satisfatórios para avaliar políticas públicas que envolvam, por exemplo, riscos a vida humana.

possuem um arcabouço institucional desenvolvido e democrático, capaz de garantir um conjunto de direitos fundamentais, não é verificado em todas as comunidades políticas.

²¹ A ausência de outros papéis sociais, além da função de consumidores que expressam suas preferências no mercado, é tratado por Söderbaum (2006) como uma comoditização do ambiente social.

²² Barker (1995) ainda chama atenção para a possibilidade de as obrigações parentais – mais propriamente da mãe – poderem ser tratadas como irracionais pela lógica utilitarista, uma vez que reflete um “trabalho” não remunerado pelo mercado, tal como outras atividades domésticas. A literatura trata o dispêndio de tempo, afeto e amor às crianças como algo pouco relevante, o que contribuiria para a falta de visibilidade do trabalho da mulher. Além disso, a distinção feita pelos economistas entre trabalho útil e não-útil – este relacionado a tipos de trabalhos não-valorizados pelo mercado – leva o último a ser deixado de lado pela teoria, tendo como resultado, por exemplo, a qualificação de “improdutivo” a serviços como o trabalho doméstico, executado em maior proporção por mulheres. Esta abordagem traria distorções à avaliação de eficiência de estados econômicos.

Uma outra característica mencionada diz respeito ao papel da incerteza. Hausman e McPherson (2006, p. 151) afirmam que os indivíduos, normalmente, não conseguem avaliar as consequências de um conjunto de alternativas e, em razão disto, não são capazes de identificar qual opção melhor se adequa às suas preferências. Além disso, Dutt e Wilber (2010) pontuam que as preferências podem mudar de acordo com as diferentes circunstâncias em que os indivíduos se encontram, isto é, com os diversos estados e situações de mundo, criando o que chamam de endogeneidade das preferências. Este aspecto impossibilita um ranqueamento satisfatório de diferentes opções à disposição. Como exemplo, uma política que promova a industrialização em detrimento do desenvolvimento do setor agrícola pode ser inicialmente indesejada, mas, em momento posterior, pode vir a ser valorizada, em razão da mudança da preferência dos indivíduos afetados, ou mesmo pela observação dos benefícios auferidos para a vida civil. Assim, não seria razoável avaliar os resultados baseado nas escolhas dos indivíduos, sem tomar algum pressuposto sobre como as pessoas se comportam depois de ter realizado a tomada de decisão e experimentado os resultados possíveis.²³ Nesse sentido, Anderson (1993) acrescenta que o ato de optar por determinado caminho, concordar com seus fundamentos e aceitar as consequências possíveis, não implica que a lógica e os riscos envolvidos nesta alternativa sejam justos.

Por fim, é relevante pontuar que a ACB pode não ser capaz de abarcar preferências que não refletem transações do mercado, tal como preocupação com a manutenção do meio-ambiente (SÖDERBAUM, 2006) ou a primazia de conceitos como direitos, participação política e outros, sobre bem-estar econômico – no que diz respeito a este último, Hubin (1994) acrescenta que a ferramenta não incorpora em sua análise as preferências de gerações futuras.²⁴

Alternativas são propostas à ACB. Wight (2015) defende que questões políticas devam ser tratadas a partir de uma perspectiva multidimensional e, para tanto, seriam necessárias ferramentas de avaliação com tal escopo. Dentre os exemplos apresentados estão as medidas alternativas de computo do aumento de bem-estar da sociedade, tal como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e medidas de cálculo de aumento de felicidade de determinada sociedade. Söderbaum (2006), por sua vez, sugere o uso do que chama de Análise

²³ Ainda, os indivíduos podem apresentar determinado viés no processo de tomada de decisão, se pautar em “falsas crenças”, demonstrar desejo por “males”, bens moralmente condenáveis, ou mesmo agir de maneira irracional, mesmo que decisões racionais estejam à disposição (DUTT; WILBER, 2010).

²⁴ Hubin (1994), diferentemente dos trabalhos até aqui comentados, defende que a ACB é uma técnica de avaliação de políticas e ações e não uma teoria moral, diferenciando a ACB como ferramenta para análise de políticas públicas de seu possível uso como justificativa moral – *benefit/cost moral theory*. As críticas para o segundo caso apontam a ineficácia de esta ser um razoável guia moral para a sociedade. Em relação ao primeiro caso, apresenta as limitações presentes na literatura para sua completa utilização. No entanto, ainda defende que a ferramenta é útil se utilizada dentro de um conjunto de informacionais que dão suporte à tomada de decisão.

Posicional. Construída dentro da teoria institucionalista, oferece um conjunto diferente de hipóteses sobre o comportamento humano, organizações, mercados, dentre outros, não necessariamente ligados ao conceito de maximização. A abordagem possui um caráter amplo, em comparação com a ACB, pois incorpora aspectos culturais para dar suporte a avaliação de políticas. O autor também tece comentários sobre uma proposta defensora de uma abordagem pautada no Desenvolvimento Sustentável, ou ecológica, nos termos de Finn (2003). Nesta, tratam a economia como pertencente a um ecossistema maior e, além disso, advogam que o seu adequado entendimento só pode ser obtido quando é referenciado o contexto de análise.

3.2 A MORALIDADE DEONTOLÓGICA

Diante das críticas elencadas ao utilitarismo/consequencialismo e às suas aplicações na vida social, é possível afirmar que um conjunto extenso de valores morais fundamentam a tomada de decisão, além desta abordagem que busca a maximização de algum princípio. Outra escola moral que possui bastante relevância nesta discussão é a deontológica. Esta fará apontamentos sobre a relevância de direitos e deveres dentro do arcabouço ético que fundamenta a tomada de decisão individual e/ou pública. Tradições, valores e compromissos sociais também compõem o conjunto de aspectos que são levados em consideração quando discute-se a retidão de determinadas escolhas, por incentivar ou restringir escolhas possíveis em diferentes contextos sociais.

O grande propositor da abordagem deontológica é o filósofo iluminista Immanuel Kant. Num contexto de revolução científica – século XVIII –, o pensamento da época era definido a partir de uma concepção autônoma e racional dos indivíduos e, em função disso, estes seriam capazes de compreender e estabelecer as leis e normas morais, afugentando a necessidade de que estas fossem reveladas através de doutrinas religiosas ou autoridades políticas. O autor discute um conjunto de normas morais que devem reger a vida individual e a convivência em sociedade, a partir de seu Imperativo Categórico. De acordo com este, deve-se (i) agir de acordo com a máxima de que esta ação possa se tornar uma lei universal, de modo que todos os indivíduos estariam sujeitos a mesma norma moral; (ii) que os indivíduos possuem um valor próprio, de modo que não podem ser utilizados como instrumentos para alcançar nenhum objetivo, sob quaisquer circunstâncias; (iii) que qualquer indivíduo deve agir de acordo com a máxima de que seja um legislador universal de suas próprias ações. Conceitos como liberdade e autonomia são intrínsecos a esta abordagem e definem a noção de dignidade e respeito entre os indivíduos, aspectos importantes para a ética proposta (WHITE, 2009b).

Os deveres morais derivados de seu imperativo são classificados em *perfect duties* e *imperfect duties*. Os primeiros dizem respeito ao conjunto de normas morais que não admitem exceção, isto é, que apenas devem ser seguidas. Como exemplo, estão os deveres negativos, ou proibitivos, que coíbem determinados tipos de ações. O segundo tipo de deveres está relacionado a atitudes que devem ser seguidas e, não necessariamente, exigem algum tipo específico de comportamento, sendo caracterizado, por exemplo, com a exigência de ser respeitoso, educado, benevolente, dentre outros (ibid., p. 302). Pela proposta, não seria razoável, racionalmente, imaginar um mundo que não segue seu imperativo. Sua concepção pode ser considerada bastante exigente, uma vez que considera que se um indivíduo cumpre determinada norma simplesmente porque é obrigado, mesmo que aja de acordo com o seu dever, tal ação não possui valor moral em si, uma vez que não segue o imperativo por ele definido (WHITE, 2009b, p. 302; WIGHT, 2015, p. 40-43).

Nesta abordagem, portanto, o utilitarismo não poderia servir adequadamente como guia moral. Por exemplo, o critério de avaliação proposto pela análise de Custo-Benefício viola o princípio de respeito à dignidade dos indivíduos a partir do momento que exige que determinada política seja efetivada quando alguns são prejudicados, mesmo que o resultado líquido seja positivo. Tal análise é similar quando se avalia o resultado, em termos de eficiência, de determinada lei ou diretriz política. Leis, instituições e a própria existência do Estado, são justificáveis em termos de garantia de liberdade de ação para cada indivíduo, desde que consistentes para os demais, logo, o uso de critérios como bem-estar não é adequado para avaliar sua eficácia (WHITE, 2009b, p. 304-305).

Existem diferentes versões da deontologia e, algumas vezes, não é possível estabelecer uma linha comum entre elas. Mesmo a classificação de uma teoria moral como deontológica é complexa e, portanto, há um conjunto extenso de abordagens que poderiam se enquadrar nesta especificação (GAUS, 2001; WIGHT, 2015, p. 38). White (2009a) define a deontologia em oposição ao utilitarismo/consequencialismo, ao classificar esta última como uma doutrina teleológica, por defender que a norma moral se pauta a partir da busca do “bom”, independentemente do modo como este seja definido, isto é, por seu fim – *telos* – buscar a promoção da maximização de um conceito de bem-estar. A deontologia, por sua vez, poderia ser conceituada a partir de uma concepção negativa ou positiva. No primeiro aspecto, como não-teleológica ou não-consequencialista e, no último, por construir uma abordagem focada na definição de conceitos como respeito, dignidade, direitos e deveres.

A partir do segundo aspecto mencionado, a abordagem deontológica pode tratar das razões que fornecem justificativas para o indivíduo agir, direcionando menor atenção para

decisões sociais que para as ações individuais. Neste campo, há a definição de um contraste entre as obrigações ditas como *agente-neutral* e *agente-centered* (ALEXANDER; MOORE, 2006; HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 114; WHITE, 2009a, p. 78). Em relação a primeira, normas são impostas de uma maneira universalista, de modo que se aplicam a qualquer indivíduo, independente da circunstância em que ele se encontra. Estas podem ser associadas à vertente utilitarista, uma vez que independente do indivíduo considerado e do contexto analisado, este deve agir de modo a maximizar sua utilidade. Por sua vez, as razões para agir relacionadas ao *agente-centered*, ou ao *agente-relative*, são definidas a partir de determinado indivíduo ou grupo, levando em consideração o contexto social em que se encontra, ou seja, uma norma moral exigir que determinado indivíduo ou grupo aja de maneira específica não obriga outros a se comportarem da mesma maneira, mesmo que possa assumir um caráter universalista. Estas garantem permissão ou coíbem determinadas ações sem levar em consideração o resultado a elas atrelados. Um exemplo, são as obrigações estabelecidas com entes familiares. O aspecto definidor desta categoria é que a obrigação moral se apresenta como algo de caráter individual, isto é, exige que cada um aja de acordo com a norma moral.

Outra caracterização possível é feita através da abordagem chamada *patient-centered*. Esta foca na definição de um conjunto de direitos que possui o indivíduo, mais que num conjunto de obrigações que este deveria seguir. Sua concepção pode ser compreendida a partir do direito que cada indivíduo possui em não ser usado como instrumento ou meio para o alcance de algum objetivo que lhe é externo e em relação ao qual não forneceu nenhum consentimento, como, por exemplo, ter sua força de trabalho utilizada sem que esteja de acordo com isto; ou mesmo, o fato de que este indivíduo tem o direito exclusivo de uso de seu próprio corpo, habilidades, dentre outros – exemplificando, que a sua força de trabalho lhe pertence. Retornando ao exemplo hipotético do médico que deve decidir se é moralmente correto assassinar um indivíduo para salvar outros cinco, citado na seção anterior, esta abordagem afirma que o indivíduo saudável possui um conjunto de direitos que lhe protegem do possível dano que lhe será causado (ALEXANDER; MOORE, 2016).²⁵

Retomando o primeiro ponto colocado, há nuances dentro de um ponto de vista não-consequencialista. A busca pelo cumprimento da justiça e outros valores seria algo “bom” em si, isto é, os primeiros seriam elementos do segundo e, em função disso, todos os indivíduos

²⁵ A teoria de justiça de Rawls pode ser enquadrada, ainda, como uma construção deontológica contratualista, uma vez que supõe um relativo consenso sobre normas morais que são estabelecidas a partir de um exercício hipotético sobre o ideal de sociedade passível de construção. Ademais, comenta-se que o Imperativo Categórico Kantiano pode abranger estas três possibilidades de obrigações e normas morais discutidas: *agente-centered*, *patient-centered* e a noção contratualista (ALEXANDER; MOORE, 2016).

deveriam agir em busca de sua execução. Ainda, há defensores de uma classificação segundo a qual uma teoria é deontológica se consegue justificar ao menos um tipo de dever moral, de modo que ignorá-lo seria errado, sem que esta violação leve em consideração algum tipo de custo social envolvido, ou seja, que seja independente de qualquer concepção de “bom”. Também, a partir de uma concepção de que direitos se sobrepõem ou antecedem a aspectos relacionados a aumento do nível de utilidade de um indivíduo ou grupo social. Ou, ainda, de que certas valorações sociais são feitas independente de uma justificação sobre princípios morais, tal como a confiança, afeto e segurança construídos através de laços familiares e de amizade. Não há consenso, também, sobre o modo como chega-se ao conhecimento das normas morais que devem reger a vida individual e/ou social: se através de uma intuição, isto é, da auto evidência, obtida a partir do ambiente em que o indivíduo se constitui; se por meio de sua aplicação através da lei, definida *a priori*, ou por meio de uma revelação divina; ou se através de uma maneira objetiva, tal como a razão (GAUS, 2001; WIGHT, 2015).

Os aspectos apresentados da abordagem não-consequencialista se entrelaçam. Assim, a abordagem deontológica pode negar que o certo, o moralmente bom, são completamente, direta ou indiretamente, função do que tenha o melhor resultado ou do que promova o maior nível de felicidade para um indivíduo, uma sociedade, ou para todo o mundo (WHITE, 2009a, p. 77). Esta avaliação moral focada na ação do indivíduo, em vez de se concentrar nas consequências do ato, e a característica de tratar o indivíduo como um fim em si mesmo, excluindo uma possível avaliação instrumental de cada pessoa, levaria a considerações tais quais a que direitos se sobrepõem à utilidade.

O que faria um ato ser moralmente correto seria sua conformidade com a norma moral. O ato possuiria uma característica não-instrumental, isto é, a ação em si mesma seria moralmente correta ou incorreta. Desta forma, algumas ações não poderiam ser avaliadas pelos seus resultados. Independente da consequência de determinada atitude, sua execução pode ser considerada moralmente errada. De outro modo, determinada ação pode ser avaliada como moralmente correta mesmo que o resultado a ela atrelado – econômico, por exemplo – seja negativo. Assim, o “correto” tem prioridade sobre o “bom” (ALEXANDER; MOORE, 2016).

Dentro deste contexto, pode-se abordar a deontologia a partir de uma noção proibitiva ou negativa, isto é, que busca proteger uma esfera de questões em torno da ação individual, de modo que este possua poucas dificuldades no modo como decidir buscar determinados objetivos pessoais (HAUSMAN; MCHPERSON, 2006, p. 160). Por exemplo, o direito à liberdade no campo econômico ou em outras esferas, se sobreporia a um conjunto de outros

aspectos sociais, logo não poderia ser infringido mesmo que isto pudesse aumentar o nível de bem-estar social – como o produto econômico, por exemplo (WHITE, 2009a, p. 78).

A abordagem proposta pela deontologia trata considerações sociais em um campo diverso de questões como bem-estar, quando o tema em debate é a proteção de liberdades. Mesmo que haja uma defesa de que o livre comércio, de maneira geral, e a livre-iniciativa, num campo mais particular, levem ao melhor resultado econômico, estes aspectos são defendidos como fins em si mesmo. A intervenção estatal na economia pode se posicionar numa escala superior de avaliação, a partir de uma métrica como o Ótimo de Pareto, mas, indiretamente, fere um princípio básico das sociedades capitalistas contemporâneas, qual seja, a interferência na livre busca individual por seus objetivos, ou mesmo no direito natural à propriedade e o uso destes bens da maneira que o indivíduo considerar mais adequada. Neste campo, uma questão que deveria ser tratada como de interesse social seriam as relacionadas a violação de direitos (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 159-161).

No que diz respeito à proteção de direitos, isto é, o conjunto de ações que estão à disposição dos indivíduos que deveriam ser protegidas ou incentivadas, Nozick (2007 [1974]) desenvolve uma abordagem que busca mesclar a garantia destes com o alcance de um maior nível de bem-estar social. Segundo o autor, não haveria a necessidade de contrapor-se um estado de coisas em que os indivíduos deveriam optar por uma quantidade mínima de direitos – absolutos e inalienáveis – ou um nível específico de bem-estar mas, sim, um estado social no qual os indivíduos estariam livres para tomar qualquer tipo de escolha desde que respeitados os limites impostos pelos direitos individuais (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 168). Busca-se definir um conjunto de direitos individuais que limitariam a ação de políticos e do Estado, de maneira geral, mas que, ao mesmo tempo, garantam que o bem-estar social seja promovido dentro deste conjunto de normas. Regras, neste contexto, assumiriam um caráter lexicográfico, ou seja, apenas depois da garantia de seu cumprimento, outros objetivos poderiam ser perseguidos (WHITE, 2009a, p. 82).

Por sua vez, a abordagem defendida por Rawls (2007 [1971]) também pode ser avaliada a partir de uma ótica deontológica. Há também um caráter lexicográfico em relação ao seu primeiro princípio de justiça, a garantia de liberdades individuais e políticas, em relação ao segundo, desigualdades econômicas e sociais serem rearranjadas de modo a beneficiar aqueles em pior situação e garantindo que oportunidades estejam disponíveis para todos sob condições de iguais condições de oportunidade. Ainda, é prioritário a garantia da condição de iguais oportunidades em relação a busca pela melhoria daqueles em pior situação (HAUSMAN; MCPHERSON, 2006, p. 204-205).

É relevante comentar que a abordagem deontológica impõe desafios para a teoria econômica tradicional, em específico, para sua abordagem normativa, centrada nas concepções de bem-estar e eficiência, e, em consequência, na recomendação de políticas dali resultantes. Em primeiro lugar, os critérios utilizados para a avaliação de bem-estar e eficiência econômica, tal como a análise de Custo-Benefício, são incapazes de observar aspectos relevantes para esta filosofia moral, como a relevância de compromissos, direitos e deveres. Além deste, porque compromissos sociais são aspectos relevantes para a tomada de decisão. A escolha dos agentes é estabelecida a partir de princípios, deveres e valores, e estes aspectos podem incorporar a tomada de decisão sem que haja uma substituíbilidade entre eles ou em relação a aspectos econômicos. Não estão sujeitos, portanto, a questões como custo de oportunidade ou possíveis reduções de benefícios marginais. Assim, aspectos de tomada de decisão que incorporam fatores deontológicos podem fazer com que indivíduos possuam preferências diferentes daquelas que maximizariam o nível de bem-estar de determinado indivíduo ou grupo social, e isto pode gerar um descolamento entre satisfação de preferências e aumento do bem-estar, associação feita pela teoria tradicional (WHITE, 2009a, p. 79-81).

Apesar de estender o campo de possibilidades sobre a avaliação moral e fornecer um tratamento mais próximo da compreensão sobre a retidão de diversas ações vistas socialmente, a abordagem deontológica recebe algumas críticas. Em algumas situações pode soar não-razoável agir de acordo com a norma moral caso o resultado vinculado a esta ação seja negativo, em termos econômicos, sociais ou outro. O aspecto categórico da norma, ou seja, seu caráter mandatório desvinculado das consequências resultantes, pode ter como fim algum efeito catastrófico: “[...] suppose that unless A violates the deontological duty not to torture an innocent person (B), ten, or a thousand, or a million other innocent people will die because of a hidden nuclear device” (ALEXANDER; MOORE, 2016, p. 27). Outro ponto diz respeito a possibilidade de alguns deveres serem conflitantes entre si, isto é, cumprir a norma A impede que se cumpra a norma B (ibid., p. 25). Além destes, como anteriormente pontuado, o aspecto mandatório deste quadro é considerado bastante exigente, ou seja, que nem sempre é possível cumprir o que é exigido, dado que agir de acordo com o dever em função de outros motivos, que não o próprio cumprimento deste dever, retira o caráter verdadeiramente moral do ato (WHITE, 2009b; WIGHT, 2015).

3.3 A ÉTICA DAS VIRTUDES

A Ética das Virtudes não é direcionada a questões sobre o que é certo fazer, mas focada em questões sobre “a boa vida” a ser conduzida por um indivíduo, definição ligada ao conceito de *Eudaimonia* – ou Florescimento Humano –, originalmente desenvolvido nos textos de Aristóteles (STAVEREN, 2009a). De acordo com o autor, o conhecimento sobre a verdade é obtido através da experiência e seria difícil, ou até impossível, alcançá-la por meios diferentes que a compreensão de hábitos sociais. Neste contexto, bem-estar está associado a uma noção de completude, ou seja, “paz de espírito” e satisfação com as escolhas tomadas (WIGHT, 2015, p. 48). A partir de questionamentos sobre qual tipo de pessoa e vida deseja-se ser e alcançar, a definição de virtude – benevolência, civilidade, justiça, honestidade, prudência, autodisciplina; em síntese, um meio entre dois extremos (STAVEREN, 2009a, p. 570) – está associada a comportamentos que tenham como fim a busca por engrandecimento, ao passo que os tipos de ações que tomam caminho contrário são chamados de vícios (WIGHT, 2015, p. 48).²⁶

Apesar desta vinculação aos trabalhos de Aristóteles, no leste europeu, e de outros como Confúcio (551-479 a.C.), no oeste europeu, e Buddah (por volta dos séculos VI e IV a.C.), no contexto indiano, este ramo da filosofia moral tem obtido nova atenção no debate sobre filosofia moral atual, principalmente a partir do trabalho de Anscombe (1958), que retoma os escritos de Aristóteles. A autora discute o aspecto demandante das concepções deontológicas e utilitaristas, a partir do que propõem ser deveres e obrigações morais, por tratar como inconsistente a exigência de um comportamento moral sem a existência de um legislador universal. Além disso, aponta tópicos da Ética das Virtudes que são relevantes para compreensão da estrutura da sociedade atual, como motivação e caráter moral, o papel da educação nestes quesitos, relações familiares e sociais de maneira geral, dentre outros (STAVEREN, 2009a; HURSTHOUSE, 2014; WIGHT, 2015; BELL, 2016). Em uma passagem destacada em Staveren (2009a, p. 571), por exemplo, Anscombe defende que seria mais adequado julgar determinada ação não como moralmente incorreta, mas sim, dentro de uma conotação de “comportamento injusto”, uma vez que essa noção está relacionada com um contexto e objetivos de vida específicos.

²⁶ Hursthouse (2014) distingue três aspectos gerais da ética das virtudes. O primeiro seria a busca pelo equilíbrio de comportamento, ou seja, encontrar o meio termo entre situações extremas como, por exemplo, agir de maneira temperada, em vez de inerte ou exagerada. A segunda diz respeito a agir de modo que tais ações tornem seu executor uma pessoa boa, pois agir de maneira virtuosa é demandante e exige que as pessoas tenham autodisciplina suficiente para superar vícios e tentações. A terceira, apesar de possuir variações, pode ser sintetizada em torno do conceito de *eudaimonia*. Agir de maneira virtuosa será necessário para alcançar uma concepção de plenitude e/ou felicidade.

A “boa vida” apresenta uma abordagem pluralista de “bem” – ou “bom” – e não é redutível a uma simples dimensão, tal como o prazer, da abordagem utilitarista, ou direitos e conjunto de regras, da abordagem deontológica. Em consequência, não existe uma definição universal de bem e a avaliação comportamento humano é dependente de contextos sociais (STAVEREN, 2009a). Conforme Hursthouse (2014), ao passo que a ética consequencialista define virtude de acordo com uma concepção de boas consequências e a deontológica de acordo com a capacidade de cumprimento de deveres, os seguidores da Ética das Virtudes são cautelosos ao definir virtude em torno de algum conceito basilar. A condução de uma vida moralmente correta parte do princípio que o humano é naturalmente falho e está relacionada com uma noção de adequabilidade das ações tomadas, a partir de um conjunto de valores específicos, frente a uma série de obstáculos e tentações. Como pontuado por Wight (2015, p. 48), “*imperfect humans with limited rationality must do the best they can [...]*”.

As éticas utilitarista e deontológica assumem que os indivíduos possuem a opção de escolher a ação dita virtuosa e, em razão disto, controle sobre seus atos e como avalia-los e adaptá-los em um arcabouço moral estabelecido. Diferentemente, a abordagem das virtudes pressupõe que a condução de uma vida íntegra depende de um processo de aprendizagem e incentivo. Em decorrência, isto leva à interpretação de que a construção de uma narrativa de vida, nos termos de McCloskey (1996; 2006) e MacIntyre (2007 [1984]), é passível de desenvolvimento contínuo, a partir de considerações sobre o próprio fim que se busca alcançar e com base no aprimoramento de hábitos sociais (WIGHT, 2015, p. 47; STAVEREN, 2009a).

As pessoas não possuem a autonomia necessária para tomar decisões morais, isto é, de maneira individualista. O fato de nascerem em determinadas famílias, culturas e contextos históricos moldam seus modos de observar e interpretar o mundo. Crespo (2009, p. 19), por exemplo, coloca que na concepção original da ética das virtudes, a existência de uma sociedade é uma “*accidental stable reality*”, que existe independente das pessoas que a compõem – situação que se verifica em um conjunto de instituições, como o mercado. Estas instituições, portanto, definem tipos de comportamentos morais aceitos em ambientes específicos. Se os seres humanos não são capazes de prever de maneira adequada o resultado de eventos derivados de suas ações, ou se não estão necessariamente presos a determinado regramento obtido pela razão ou outro meio, deveriam se preocupar na construção de princípios que deem os motivos corretos para suas ações e a autodisciplina necessária para cumpri-los (WIGHT, 2015, p. 51).

De acordo com esta filosofia, a chave para o florescimento está na autossuficiência das virtudes. A humanidade procura o bom em função dele mesmo, e possui um conjunto de compromissos que são incomensuráveis e não-instrumentais em relação a quaisquer outros

objetivos. A vida humana está repleta de contingências e é apenas como participantes de algum tipo de associação política que os indivíduos podem compreender sua natureza e realizar-se como seres sociais (SANDEL, 2007 [1988]; CRESPO, 2009).²⁷ Assim, a virtude só pode ser encontrada nas relações com os outros, em um ambiente social em mudança constante, numa espécie de “tentativa e erro”. A ação virtuosa é a combinação de uma motivação moral pautada na qualidade (bondade) intrínseca da virtude e a racionalização sobre os bons meios que precisam ser empregados no processo para alcançar a virtude (STAVEREN, 2009a).

A ética das virtudes possui desdobramentos para o campo político e social.²⁸ Sua concepção pode ser interpretada de modo que a qualidade das instituições, leis e normas dependam da moralidade dos indivíduos que compõem a sociedade que está sujeita àqueles. Em função disso, virtudes que contribuam para a construção de uma vida em sociedade pautada numa noção de “bem comum” deveriam ser ensinadas e incentivadas de maneira ampla (WIGHT, 2015, p. 47-48). Tal avaliação ocorre em razão da concepção de comportamento virtuoso como algo passível de desenvolvimento, sendo, portanto, moldável, e a relação entre virtude e a realização de bons hábitos, os quais resultariam em boas ações. Como pontuado por Crespo (2009, p. 17), para Aristóteles, o instrumento adequado para a criação de um ambiente em que estes bons hábitos prevaleçam seriam a educação e a criação de leis para tanto.

Uma linha de pensamento que sofre influência da ética das virtudes é a Comunitarista. Surgem, em linhas genéricas, como uma reação crítica aos desdobramentos da obra de John Rawls (2007 [1971]) e sua defesa de que o principal objetivo do governo seria garantir segurança e proteção a liberdades, além de assegurar a distribuição de recursos econômicos apenas com o fim de garantir que estes exerçam tal liberdade (BELL, 2016). De maneira geral, observam uma oposição da abordagem das virtudes e a ética predominante nas relações de mercado. Os principais temas discutidos são que a atual estrutura de mercado tem ofuscado valores morais tradicionais, típicos de sociedades estruturadas a partir de normas familiares, de

²⁷ Crespo (2009) discute a ética proposta por Aristóteles. No trabalho, apresenta o conceito de economia discutido pelo autor, bem como as tentativas de adaptá-la ao contexto atual. Ademais, pontua que não haveria uma relação, na obra daquele, entre economia – a *oikonomiké*, isto é, a administração da casa – e sua concepção de virtude, qual seja, a busca da felicidade, relacionada ao alcance do “bem” ao corpo e de outros externos a este. A razão disto seria que a administração do lar teria como fim apenas a satisfação de necessidades básicas, não possuindo relação entre esta atividade e o desenvolvimento de funções políticas na *polis*: “[...] *the house is not the right place for freedom and, consequently, there is no place in the house for moral life*” (ibid., p. 15). Os desenvolvimentos mais recentes, por sua vez, argumentam que haveria uma relação maior entre a administração da casa – “como viver bem?” – e a vida política, criando um vínculo entre o modo como a ação econômica é aplicada e o conceito de moralidade. De qualquer forma, em ambas as abordagens, a economia – ou política econômica – apresenta-se como um aspecto submisso a questões concernentes a vida política.

²⁸ Os pontos discutidos no parágrafo anterior, e nos subsequentes, associam o trabalho de Walzer aos preceitos da Ética das Virtudes.

comunidades menores e outros. Trazem à tona a discussão sobre os limites morais do mercado, que busca incorporar sua própria lógica de funcionamento a questões que não necessariamente devem se pautar em princípios utilitaristas, defendendo que determinados aspectos da vida social deveriam se pautar em outros fundamentos (STAVEREN, 2009a). Ainda, a própria noção de que a Ciência Econômica é uma linha de pensamento neutra de concepções morais ou que o uso destes em questões políticas ofuscaria a boa resolução de problemáticas sociais é criticada (SANDEL, 2010, p. 130). Como pontuado em Hausman e McPherson (1993; 2006) e discutido anteriormente, a regra de Pareto, ou mesmo a ferramenta de ACB, e a comparação de resultados sociais em termos das boas consequências associadas a determinado ato, incorpora uma noção moral na Ciência Econômica, uma vez que este conceito está associado a satisfação das preferências individuais e a uma definição do que sejam essas preferências.

Como pontuado por Staveren (2009a, p. 571), os Comunitaristas tratam o desenvolvimento de valores morais como resultado das interações humanas dentro de uma esfera social, na prática do dia-a-dia, em vez de apresentar um conjunto de normas morais que deveriam respaldar o comportamento humano. Dentro de uma abordagem crítica à teoria ligada ao liberalismo econômico, o comunitarismo fará apontamentos sobre a importância da tradição e do contexto social para a avaliação das razões moral e política; apontamentos sobre a natureza social do ser, em divergência de ideias que defendem a existência de princípios universalistas; e desenvolve suas avaliações normativas a partir de discussões sobre o papel que a comunidade possui na determinação do indivíduo (STAVEREN, 2009a, BELL, 2016).

Enquanto a teoria de justiça utilitarista aborda a questão de maneira universalista, os teóricos comunitaristas argumentam que os padrões de justiça devem ser encontrados em formas de vida e tradições de sociedades particulares. Este aspecto leva-os a defender que a moralidade varia de contexto em contexto e de tempo em tempo. A partir da hipótese de que fatores culturais afetam o que se define como direitos, suas justificativas morais, além do próprio modo que instituições se estabelecem, o julgamento moral e político dependerá de linguagens interpretativas, com as quais os agentes observam seus respectivos mundos. Deste modo, interpretações políticas derivadas de abstrações sobre o comportamento humano são tratadas como não-adequadas para o entendimento de problemáticas atuais (BELL, 2016).

Criticam os desdobramentos resultantes das obras de Kant e Rawls. Em primeiro lugar, questionam o modo como o indivíduo é tratado por ambas as teorias, como agentes que apenas realizam livres trocas, sem levar em consideração aspectos tais como lealdade e obrigações morais que antecederiam o ato da escolha. O segundo aspecto diz respeito à pressuposição de que os princípios de justiça podem ser definidos sem uma concepção prévia de “bem”. De

acordo com a crítica comunitarista, concepções de justiça e direitos não podem ser neutros a definições sobre “boa vida”. Esta, por sua vez, está intrinsicamente ligada ao ambiente em que a discussão está inserida (SANDEL, 2007 [1988]).

Em complemento, MacIntyre (2007 [1984]) e McCloskey (1996; 2006)²⁹ apresentam uma conceituação do indivíduo como perseguidor da construção de uma narrativa de vida. Isto é, apresentam uma abordagem que, ao levar em consideração os aspectos que influenciaram a formação do indivíduo desde o seu nascimento, dão destaque para a relevância que a história e o contexto de formação de determinado ser possuem no modo como este fará julgamentos diversos sobre o modo adequado de condução de sua vida. Pontua que a avaliação sobre a moralidade intrínseca sobre um ato é uma abstração não apropriada. Uma ação se apresenta dentro de um contexto de possibilidades ou dentro de um conjunto de histórias narrativas.

Todos estes aspectos sintetizados contribuem para a compreensão do porquê de alguns deveres serem amplamente aceitos ou algumas obrigações sociais serem voluntariamente assumidas pelos indivíduos. Segundo Sandel (2007 [1988]), a razão disto não é completamente empreendida pelas abordagens deontológica e utilitarista. Ambas falham em compreender as obrigações legais e responsabilidades morais que se desenvolvem em contextos como um ambiente familiar, uma estrutura municipal, estadual ou nacional, ou mesmo, em situações desenvolvidas a partir de laços históricos.

Vale destacar, por fim, algumas críticas elencadas a esta filosofia moral. Em primeiro lugar, aponta-se que sua abordagem pluralista, ou seja, a vinculação entre virtude e contexto, pode tornar difícil a definição de normas morais que possam servir como guia para a tomada de decisões individuais e sociais. Também, que a ênfase em virtudes e vícios, ao invés de normas ou consequências, pode levar a um relativismo cultural, isto é, permitir a defesa de determinados tipos de comportamento que são consensualmente errados, independente da base moral utilizada para avaliação (WIGHT, 2015; HURSTHOUSE, 2014). Por exemplo, defender que instituições como a escravidão são moralmente corretas pois foram construídas dentro de um momento histórico em que os hábitos e tradições vigentes a avaliavam desta forma. Estes pontos podem indicar que a moralidade de determinada sociedade não é composta, pura e exclusivamente, a partir da concepção de virtudes defendida por esta filosofia.

²⁹ Como ressaltado por Staveren (2009a), McCloskey (1996; 2006) traz contribuições relevantes para este campo da filosofia moral e a relacionam com a economia de mercado prevaiente na contemporaneidade. A autora elenca um conjunto de virtudes presentes na economia de mercado – amor, fé, esperança, coragem, dentre outros – e critica a tradição neoclássica de reduzir o conceito de moralidade a uma única dimensão – a prudência – e afirmar, a partir de seu pressuposto de racionalidade, que os indivíduos são puros agentes maximizadores de utilidade. Ademais, afirma que valores morais são necessários para o bom funcionamento de uma economia de mercado

4. ANÁLISE DE DISCURSO I: LITERATURA, METODOLOGIA E CONTEXTO DO OBJETO DE ESTUDO

Dois aspectos serão abordados neste capítulo. O primeiro consiste em apresentar a ferramenta utilizada para realizar a análise de discurso proposta, qual seja, o uso da Bibliometria e/ou Cienciometria, que configuram técnicas que aplicam métodos estatísticos e computacionais para analisar padrões e construir indicadores sobre determinada informação científica – como os Mapas de *Co-word*. Elas serão utilizadas para avaliar como o discurso econômico utiliza as filosofias morais discutidas no capítulo 2 para defender determinada abordagem e/ou propor soluções para alguma problemática quando discute temas relacionados à Economia da Saúde.

Em seguida, apresenta-se o objeto que será tomado como referência para tal análise, qual seja, o Sistema Único de Saúde brasileiro (conhecido como SUS). Discute-se, brevemente, como o SUS se consolidou. Depois, busca-se demonstrar que sua lógica, isto é, seu desenho estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em leis complementares e por meio de interpretações judiciais sobre o tema, possui uma abordagem moral vinculada à filosofia deontológica, em seu aspecto de garantia de um direito integral, universal e equânime, e também à abordagem das virtudes, pelo contexto histórico que, em parte, justifica seus fundamentos e demandas.

4.1 ANÁLISE DE ELEMENTOS TEXTUAIS: BIBLIOMETRIA E CIENCIOMETRIA

Com origem nos estudos de Filosofia da Linguagem, a Análise de Discurso (AD) busca entender o funcionamento da comunicação num sentido tal que, de maneira geral, a comunicação não seja tratada apenas como um processo mecânico e automático, por meio do qual se apreende e se aplica um simples código. Nas palavras de Azevedo (1998, p. 108), o objetivo central da AD é “salientar as formas em que a linguagem constrói, regula e controla o conhecimento, as relações sociais e as instituições, e de examinar as formas pelas quais as pessoas utilizam activamente [sic] a linguagem na construção do significado da vida quotidiana”. Dentro da AD, existem várias abordagens, técnicas, perspectivas e métodos.³⁰

³⁰ Laclau (2007) apresenta uma contextualização histórica do que hoje é tratado como AD e apresenta dois marcos, criados a partir dos escritos de Ferdinand de Saussure (1857-1913) e Michel Foucault (1926-1984). Em síntese, de acordo com o primeiro, a linguagem compõe um sistema no qual nenhuma palavra pode ser entendida de maneira independente de outra. Cada elemento deste sistema é definido pelas regras que ditam como eles se complementam ou são substituídos em conjunto com outros elementos do discurso. Esta abordagem apresenta relativo

Dentre as principais, destaca-se a Análise de Conteúdo (AC), cada vez mais aplicada por sua simplicidade e objetividade, além de ter se beneficiado dos avanços tecnológicos ligados aos softwares capazes de fazer análises de textos.

A AC, sistematizada primeiramente no trabalho de Bardin (1979), tem como objeto de análise o próprio registro de determinada informação – documento, fala ou vídeo – em determinado meio de comunicação – textos, livros e mídias de comunicação em geral. Azevedo (1998) a classifica como uma técnica que busca captar efeitos quantitativos e qualitativos de determinada estrutura de comunicação e, em função destas informações, buscar formas mais padronizadas de compreender a maneira como determinada mensagem é transmitida. Conforme o autor, a teoria da linguagem que lhe é subjacente – uma visão “representacionista” – considera que o uso de determinada palavra ou expressão é uma manifestação direta da mensagem que se busca transmitir, ou seja, tem como princípio que existe uma relação entre a palavra, ou outro elemento textual, e os conceitos que se almeja esclarecer ou defender.

Capelle et al (2001) colocam que a AC compreende explicar, sistematizar e esclarecer o conteúdo de determinada mensagem, com o objetivo de apresentar deduções e justificativas sobre sua origem, quem as emitiu, em que contexto, e quais as consequências que se procura obter com a sua enunciação para determinado interlocutor. Depois de apresentar uma contextualização histórica de seu surgimento, a qual as autoras vinculam a uma concepção positivista de se fazer ciência, comenta-se que, atualmente, a abordagem pode ser classificada entre dois polos, quais sejam: (i) a objetividade vinculada a uma metodologia quantitativa, como a análise de *Co-word*, apresentada abaixo; e, por outro lado, por meio de (ii) uma subjetividade intrínseca de uma abordagem qualitativa, como a busca de compreensão de significados através da leitura de um conjunto de textos (CAPELLE et al., 2001, p. 4) . Por

“isomorfismo” do discurso, uma vez que determinada expressão possui um significado único e objetivo. Em relação ao segundo autor, destaca-se a tentativa de isolar e compreender a totalidade em torno do qual determinado modo de pensar se estabelece, por meio de aspectos como o ambiente e as “condições de produção” de certo significado, o que impediria a redutibilidade presente em outras abordagens. O conceito de *episteme* – a unidade de análise básica do discurso e seu contexto – e sua aplicação a períodos históricos procura compreender as práticas discursivas e as consequentes figuras epistemológicas, científicas e outras existentes em um determinado contexto. Desenvolvimentos realizados a partir dos escritos de Foucault são as teorias de discurso que o relacionam com a estrutura de poder presente em determinada sociedade; com o ambiente sócio histórico em que este é proferido; com a concepção de ideologia e como aquele o molda; etc. Estas linhas são conhecidas como de “vertente francesa” (MUSSALIN, 2009). Outras abordagens existentes são as que destacam o aspecto da retórica no sentido grego clássico do termo, como feito por McCloskey (1983; 1988) para a economia, e no famoso trabalho de Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005 [1969]), que tratam o discurso a partir da perspectiva do ato de “convencer” o interlocutor. Há também a linha que chama atenção para a capacidade performativa dos discursos, isto é, que este faz mais que apenas descrever determinado objeto que existe no mundo real, mas busca moldar comportamentos sociais (CALLON, 1998; 2006; MACKENZIE, 2003; 2006; NERIS JR; FUCIDJI, 2016).

meio da combinação destas abordagens seria possível captar aspectos latentes e subentendidos na mensagem transmitida.

Rocha e Deusdará (2005), Caregnato e Mutti (2006) e Ferreira e Pereira (2014) apresentam uma distinção entre a AD e a AC. Segundo estes autores, a última se constituiria como uma disciplina isolada, uma vez que pauta sua análise em compreender o objeto de estudo através do conteúdo do texto analisado em si, privilegiando a “materialidade linguística através de condições empíricas” (FERREIRA; PEREIRA, 2014, p. 261). A AD teria um modo de observação focado em captar algo mais complexo, como o sentido e objetivos subliminares do texto, ou mesmo questões como o modo que a fala é realizada e o ambiente social em que se é pronunciado. Caregnato e Mutti (2006) acrescentam que, enquanto a AC possui tanto uma abordagem qualitativa e quantitativa, a AD diz respeito somente ao primeiro aspecto, em função de ter se desenvolvido num ambiente de crítica ao aspecto positivista que era predominante na AC.

Segundo Azevedo (1998), a AC pode ser vista como um componente da AD, esta última, então, constituindo uma espécie de “guarda-chuva”, abrangendo diferentes metodologias, onde a adequabilidade de cada uma – AD ou AC – está relacionada com o objetivo que se propõe alcançar. Ele defende, ainda, que os aspectos qualitativo e quantitativo da AC seriam capazes de superar as críticas apresentadas. Já na opinião de Capelle et al (2011), a parte quantitativa permite a organização e sistematização das informações selecionadas, enquanto a parte qualitativa, ou analítica, feita em momento posterior, permite que o pesquisador aborde a visão e contexto sociais que fazem parte dos sujeitos responsáveis pelo conteúdo – obra, artigos e outros – em estudo.

Partindo para aquilo que é o próprio objeto do estudo apresentado nessa dissertação, temos que Deslandes (2004), ao aplicar o método para a análise do discurso do Ministério da Saúde sobre o conceito de “humanização da assistência”, pontua que a ferramenta possui uma ligação com a concepção de hermenêutica desenvolvido pelo filósofo Hans-Georg Gadamer (1900-2002). De acordo com a famosa abordagem de Gadamer, qualquer apreensão de determinado conceito é um exercício de compreensão dos sentidos e significados que as palavras que o compõem possuem, e o estudo da linguagem é um caminho adequado para captá-los. A linguagem, de maneira geral, é o elemento que caracteriza o ser humano como um ser tipicamente voltado às relações sociais, isso é o que permite, na abordagem Gadameriana, a afirmação de que a linguagem e a realidade estão conectadas.

Alguns trabalhos aplicam este método no campo da Ciência Econômica e em áreas correlatas. Dammsky et al (2017), por exemplo, faz uso da abordagem cienciométrica, através

da ferramenta de Mapas de *Co-word*, para propor uma conceituação ao termo “pós-keynesianismo”. Para tanto, os autores utilizam como justificativa a noção de “finitismo de significados”, apresentada por Klaes (2004)³¹ e originada da filosofia da linguagem de Ludwig Wittgenstein (1889-1951). Nessa perspectiva, afirma-se que a compreensão de determinado termo, ou expressão, depende da acepção que a sociedade, ou seus subgrupos, lhe confere ao longo do tempo, uma vez que a linguagem é vista como uma construção social. Contudo, a significação de um determinado termo, mesmo que tenha a complexa origem social apontada pela filosofia de Wittgenstein, é finita, ou seja, comporta limites e tais limites devem ser descobertos pelo analista da linguagem.

Para encontrar esses significados finitos, Klaes (2004) cita o trabalho de Dachs et al (2001), que avalia o crescimento do uso do termo “evolucionária” dentro das publicações científicas em Economia, além de avaliar em quais contextos ele é utilizado através de Análise de *Co-word*. Deste modo, a análise quantitativa através do *Co-word* seria uma das técnicas que podem ser usadas para cumprir os objetivos da AC. Outros autores, como Muñoz-Leiva et al (2012) mapeiam pesquisas realizadas no campo do Comportamento do Consumidor, dentro da área mais ampla de Ciências Sociais, para visualizar temas frequentemente discutidos, relações entre eles e impacto que cada um possui dentro do campo como um todo. Já Cucurullo et al (2016) analisam publicações feitas em jornais (diários) para verificar os principais temas debatidos e relações existentes no campo de Performance Administrativa, nas subáreas de Administração Pública e de Negócios, este último vinculado ao setor privado, com o intuito de fornecer caminhos futuros para a literatura acadêmica. O que se constata é que a AC é um campo rico para aplicação em meta-análises, isto é, estudos que tentam captar as tendências gerais de um determinado campo do conhecimento. Isso é algo que se tenta nesse trabalho, a respeito da moralidade implícita – ou explícita – nas publicações de estudos em Economia da Saúde, em particular em relação ao nosso objeto do SUS e seu princípio de universalidade.

Agora, como toda abordagem científica, a AC e suas técnicas têm limitações. Azevedo (1998) comenta que esta abordagem não capta de maneira adequada aspectos da linguagem cotidiana que são comuns, para as quais o leitor é sensível, como contexto, ironia, duplo sentido, dentre outros. Ademais, alguns analistas citam que as perspectivas quantitativas da AC possuem dificuldade em estabelecer laços entre a unidade de análise micro – o texto em análise

³¹ Klaes (2004) discute diferentes maneiras de definir o significado de Economia Evolucionária. Além do próprio conceito de Finitismo de Significados, que trata seu sentido como uma instituição social, como apresentado em Dammsky et al (2017), também discute sua conceituação através do seu objeto de estudo; por meio de conceitos-chaves que definem o próprio significado de “evolucionário”; e tendo como referência abordagens que buscam dar definições definitivas e deterministas para a linha de pesquisa.

– e o macro – sua relação com o meio com que se comunica – uma vez que sua abordagem se estrutura na criação de categorias individuais, interpessoais e históricas relativamente estanques, não lidando com questões como processos ideológicos e retóricas. Não obstante, pontua que

[...] se nos centrarmos numa teoria da linguagem cuja significação depende dos seus aspectos pragmáticos, isto é, de contexto, colocamos em causa o isomorfismo linguagem/mundo e vêm ao de cima os aspectos da elocução que são indissociáveis da ideia de que a produção de sentido ocorre no âmbito da experiência interactiva [sic]. Em termos práticos, **isto implica que não podemos ter nenhuma técnica fixa e prescritiva que se possa seguir como uma receita** (AZEVEDO, 1998, p. 113).³²

Assim, diante da dificuldade inerente que qualquer metodologia de AD possui em compreender os diversos significados que determinado meio de comunicação possui e busca transmitir, mesmo que a AC possua limitações, ainda acreditamos que ela se apresenta como uma ferramenta satisfatória para captar, mapear e analisar o modo como determinado tema – no caso, as Filosofias Morais – é apresentado e discutido na literatura de uma área como a Economia da Saúde.

A análise aqui proposta, seguindo a vertente da AC, busca avaliar os componentes textuais a partir das ferramentas fornecidas pela Bibliometria e/ou Cienciometria. A análise bibliométrica pertence ao campo da Biblioteconomia e Ciência da Informação e se caracteriza como um estudo de aspectos quantitativos da produção científica, a partir do uso de determinada informação registrada e, por meio de métodos estatísticos, matemáticos e computacionais, analisa padrões e constrói indicadores sobre determinado tema em análise. A Cienciometria é uma área correlata à Bibliometria. Ligada aos ramos da Sociologia das Ciências e, como a anterior, da Ciência da Informação, em síntese, também se caracteriza pelo estudo de aspectos quantitativos da produção científica, mas, para uma disciplina científica em específico.

A literatura ora aponta que as duas abordagens se localizam em campos diversos da AD/AC; em outros momentos, que a Bibliometria se situa como um componente da abordagem cienciométrica; ou ainda, que ambas possuem aspectos concomitantes e divergentes (MACIAS-CHAPULA, 1998; VANTI, 2002). Não obstante, nota-se que as duas fornecem ferramentas úteis para a análise aqui proposta e, portanto, serão tratadas intercambiavelmente.

³² Grifo nosso.

No caso da Bibliometria, a utilizamos por permitir a construção de rankings e análise da frequência e distribuição de determinado elemento textual em análise. Em relação à Cienciometria, seu uso é de interesse por permitir avaliar fatores que se diferenciam entre disciplinas, além de identificar temas de interesses e concentração de assuntos dentro de determinada área.

O exercício que aqui será feito consiste na construção de Mapas de *Co-word*, com o intuito de identificar temas relacionados com a discussão de saúde no Brasil, e classificá-las de acordo com as Filosofias Morais discutidas no capítulo 2. Esta ferramenta permite estudar a co-ocorrência de termos dentro de determinado grupo de trabalhos analisados. Por meio da representação de imagens – os Mapas de *Co-word* –, é possível verificar a aparição conjunta de um número de palavras representativas de determinado tema. A hipótese de tal abordagem é que a co-ocorrência de determinadas palavras indica uma relação de proximidade e, em consequência disto, uma forte relação entre elas, de modo que seja possível captar informações relevantes sobre o contexto que determinada discussão se insere na literatura. Busca-se, deste modo, a identificação de *clusters* (agrupamentos) de expressões que caracterizam as filosofias morais discutidas.

Cada vez que um conjunto de palavras aparecem juntas num determinado trecho do artigo analisado (palavras-chaves, resumos, corpo do texto), este par é contabilizado como um “par de co-ocorrência”. O número de co-ocorrências para cada par é calculado para todos os artigos na base de dados. Uma matriz de co-ocorrência é construída, cujos eixos são compostos pelo número de “pares de co-ocorrências” detectados. Um mapa bidimensional é construído permitindo visualizar as posições que cada par de co-ocorrência possui, de acordo com um índice de força de associação pré-estabelecido, possibilitando, assim, a análise de *cluster*. Deste modo, consegue-se analisar as diferentes estruturas e contextos que compõem o trecho que se objetiva analisar. É possível introduzir índices, ou normalizações, que permitam ponderar a “força” que determinado par de co-ocorrência possui no texto analisado. Assim, delimita-se um ponto de referência a partir do qual determinado par de co-ocorrência é tratado como não significativo em relação a outros pares (KOSTOFF, 1993; QIN-HE, 1999).³³

³³ Os trabalhos de Kostoff (1993) e Qin-He (1999) apresentam uma pesquisa extensa sobre a história da análise de *Co-word*, principais propositores, trabalhos percursores em relação ao uso desta ferramenta, e diferentes métodos utilizados. Em síntese, a maioria dos trabalhos tinham como objetivo avaliar o “estado da arte” da pesquisa científica de determinado campo, em determinado momento. Callon et al (1983) discute a análise de *co-word* como uma ferramenta que permitiria verificar a relação entre atividade de pesquisa científica e o contexto sócio-político em que esta está embutida.

A análise será realizada por meio do programa VOSviewer,³⁴ com base no campo “resumo” dos artigos selecionados. A base de dados será composta pelos metadados disponibilizados pelo SCOPUS.³⁵ Foram selecionados um conjunto de artigos dos periódicos brasileiros da área de Economia, classificados como B1 segundo a métrica do sistema *Qualis* brasileiro,³⁶ disponibilizada na Plataforma Sucupira, organizada pela CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), submetido ao MEC (Ministério da Educação), que discutam temas relacionados à área da saúde, entre os anos de 1988 a 2017. Em função do acesso aos artigos estar limitado às informações disponibilizadas nesta base, complementa-se a análise com a revisão bibliográfica – que significa a leitura de cada um deles - de um conjunto de artigos científicos, também classificados como B1, neste mesmo período. Desta forma, crê-se superar possíveis restrições decorrentes do fato de que os mapas são construídos com base num pequeno elemento textual que compõe os artigos – os resumos – os quais, embora condensem objetivos, métodos e resultados principais, podem não captar nuances presentes no texto como um todo. Ademais, para fins de comparação, foram construídos Mapas de *Co-word* para os periódicos classificados como B2 e B3 no *Qualis* brasileiro, bem como para os 30 periódicos de Economia melhores ranqueados no mundo acadêmico desta área, conforme métrica de Combes e Linnemer (2010), e de dois periódicos especializados na discussão de Economia da Saúde, quais sejam o *Journal of Health Economics* e o *Health Economics*.

A metodologia aplicada pelo programa VOSviewer busca unificar a construção dos Mapas de *Co-word* com a visualização dos *clusters* aos quais cada palavra analisada pertence. Seu objetivo é permitir a visualização da maneira como objetos textuais se fazem presentes num conjunto de textos e criam significados, de maneira tal que a distância entre qualquer par de elementos reflita sua similaridade da maneira mais acurada possível. Os mapas são desenvolvidos a partir da construção de uma matriz de co-ocorrência de palavras. Tal construção segue três passos: em primeiro lugar, a partir da criação de um índice de força de associação entre os termos, uma matriz de similaridades é calculada; em seguida, o mapa é

³⁴ VOSviewer é um programa que permite a construção e visualização de mapas a partir de informações bibliométricas, retiradas de periódicos acadêmicos, jornais e outros. Permite, ainda, a visualização de *clusters* a partir de citações, co-ocorrências de referências bibliográficas, citações, co-autoria, além da própria co-ocorrência de palavras. O acesso ao programa é possível através do site <<http://www.vosviewer.com>>.

³⁵ Organizada pela Editora Elsevier, a bases de dados condensa um conjunto de elementos textuais sobre autores, periódicos, países dos pesquisadores, citações, bibliografias, resumo, palavras-chaves, dentre outros, sobre a literatura científica de diversas áreas. O acesso está disponível através do site <<https://www.scopus.com>>.

³⁶ Em CAPES (2017) é possível encontrar os critérios e as justificativas utilizadas para a classificação dos periódicos da área de Ciência Econômica. O trabalho de Combes e Linnemer (2010), por exemplo, apresenta a metodologia utilizada pelo *Qualis* brasileiro para tal classificação. Em síntese, o critério pouco se alterou ao longo dos anos e, em consequência, também seu ranqueamento.

desenvolvido a partir da técnica presente no programa chamada de Mapeamento por Visualização de Similaridades (*Visualization of Similarities* – VOS); e, por fim, o programa aplica três processos de transformação nos mapas criados: tradução, rotação e reflexão.

Em notação algébrica, a análise de *Co-word*, feita através do programa VOSviewer, pode ser descrita como se segue.³⁷ A força de associação entre dois elementos textuais – palavras –, i e j , em um conjunto de N documentos, é definida como na equação (1):

$$s_{ij} = \frac{c_{ij}}{w_i w_j} \quad (1)$$

Em que $c_{ij} = c_{ji} \geq 0$, $c_i = \sum_{i \neq j} c_{ij}$. Em (1), s_{ij} é a força de associação entre os elementos textuais em análise; c_{ij} é o número de pares de co-ocorrência de determinado elemento textual em todos os artigos analisados; w_i e w_j refletem o número de ocorrência dos itens i e j , respectivamente, no conjunto de textos observados. A similaridade entre os termos i e j , calculada a partir de (1), é equivalente a razão entre o número observado de co-ocorrências dos termos i e j , ou, de outra maneira, o número esperado de co-ocorrências dos termos i e j , sob a hipótese de que a co-ocorrência de ambos são estatisticamente independentes.³⁸

A partir da equação (1) é montada uma matriz de similaridades, na qual são inseridos os pares de co-ocorrência, conforme a equação (2):

$$S = (s_{ij}) \quad (2)$$

Onde, $S = S_{n \times n}$, representa a matriz de similaridades; e o elemento s_{ij} , como anteriormente colocado, representa a força de associação entre os termos i e j , ou, de outra forma, a similaridade entre estes objetivos. A equação (2) deve, ainda, satisfazer as seguintes restrições: $s_{ij} = s_{ji} > 0$ e $s_{ii} = s_{jj} = 0$, para todo $i, j \in \{1, \dots, n\}$. Assume-se que cada vetor correspondente a uma similaridade em S pode ser considerado como uma medida de proporção.

³⁷ As equações descritas se encontram em Dammski (2017). Estas, por sua vez, foram baseadas nos trabalhos de Van Eck e Waltman (2007; 2009; 2010; 2011; 2013) e Waltman et al (2010).

³⁸ Van Eck e Waltman (2009) discutem diferentes medidas de associação utilizadas para a normalização de dados e construção de uma matriz de co-ocorrência de palavras. Defendem o melhor ajuste aos dados dos índices probabilísticos, no qual se encaixa o índice pautado na força de associação por eles propostos, em oposição aos índices pautados em teoria dos conjuntos (Set-Theoretic Measures), como o índice Jaccard. Callon et al (1983), Callon et al (1991) e Coulter et al (1998) são exemplos de trabalhos que utilizam desta última métrica que, em síntese, encontra a similaridade e/ou diversidade em um conjunto finito de informações a partir da razão entre o tamanho da intersecção e união do conjunto de elementos textuais filtrados em determinado conjunto de textos analisados.

Como já colocado, a técnica apresentada pelo VOSviewer busca fornecer um mapa em dimensão igual a dois, plano, de modo que a distância entre os elementos i e j reflita da maneira mais adequada possível a similaridade s_{ij} que existe entre eles. Desta forma, objetos que possuem um alto nível de proximidade no conjunto de textos analisados serão alocados próximos uns aos outros, ao passo que elementos textuais que possuam baixo nível de proximidade são alocados mais distantes entre si. A partir da matriz S serão construídos os Mapas de *Co-word*. Dispõe-se os n elementos textuais em uma matriz $X_{n \times m}$, que contém as coordenadas dos elementos textuais de $[1, \dots, n]$ analisados, e onde m representa o número de dimensões que será utilizado para a visualização do mapa. O vetor $x_i = (x_{i1}, \dots, x_{im}) \in R^m$, representa a i -ésima linha de X e contém as coordenadas do elemento textual i no mapa de dimensão m ou ao *cluster* que pertence. Como o mapa que será apresentado neste trabalho é bidimensional, $m = 2$. Deste modo, a posição de cada palavra é representada por um vetor $x_i = (x_{i1}, x_{i2}) \in R^2$. O conjunto de todos os vetores compõe uma matriz $X_{n \times 2}$, com as coordenadas de todas os elementos textuais considerados.

O método utilizado pelo programa minimiza a soma ponderada do quadrado das distâncias euclidianas, conforme equação (3):

$$E(X; S) = \sum_{i < j} s_{ij} \|x_i - x_j\|^2 \quad (3)$$

Onde cada letra continua representando o que anteriormente foi apresentado. Quanto maior a similaridade entre dois objetos, maior o peso que a sua distância ao quadrado obtém na simulação. Com o objetivo de evitar que dois elementos textuais com pesos iguais assumam a mesma posição, uma restrição é imposta, de modo que a soma de todas as distâncias assuma valor igual a uma constante positiva, conforme equação (4):

$$\sum_{i < j} \|x_i - x_j\| = 1 \quad (4)$$

O processo de minimização de (3) sujeito a (4) pode ser escrito como segue:

$$E(X; S) = V(x_1, \dots, x_n) = \sum_{i < j} s_{ij} d_{ij}^2 - \sum_{i < j} d_{ij} \quad (5)$$

Onde d_{ij} representa a distância euclidiana entre dois pontos, sendo igual a equação (6), para a construção dos Mapas de *Co-word*, e igual a equação (7), para a alocação de cada

elemento em seu respectivo *cluster*. Pontua-se que a equação (5) pode ser entendida em termos de força de atração ou repulsão entre elementos textuais. O primeiro termo da segunda igualdade em (5) representa a força de atração, ao passo que o segundo termo, a força de repulsão. Deste modo, seu efeito líquido é tal que elementos textuais com maior força de associação possuem maior proximidade, ocorrendo o contrário com elementos com menor força de associação. Isso ocorre em função de estas forças que existem entre dois elementos serem independentes da existência de cada elemento textual isolado.

$$d_{ij} = \|x_i - x_j\| = \left(\sum_{k=1}^2 (x_{ik} - x_{jk})^2 \right)^{\frac{1}{2}} \quad (6)$$

$$d_{ij} = \begin{cases} 0 & \text{se } x_i = x_j \\ \frac{1}{y} & \text{se } x_i \neq x_j \end{cases} \quad (7)$$

Onde y – chamado de parâmetro de resolução – representa o número de *clusters* definidos. Quanto maior y , maior o número de *clusters* obtidos. Não há um critério objetivo para escolha do valor deste parâmetro e este será escolhido com base no critério que confira maior sentido analítico aos *clusters* obtidos (WALTMAN et al, 2010; VAN ECK; WALTMAN, 2013).

Espera-se que as coordenadas de cada elemento textual i assumam uma posição próxima à média ponderada das coordenadas de todos os outros elementos textuais – e elementos mais similares a i obtêm maior peso no computo da ponderação média. Estas seriam as coordenadas ideais deste elemento textual em específico, conforme a equação (8):³⁹

$$c_i(X; S) = \frac{\sum_j s_{ij} x_j}{\sum_j s_{ij}} \quad (8)$$

Van Eck e Waltman (2007) mencionam a dificuldade de alocar o termo i na sua coordenada ideal. Não obstante, colocam que a equação (3), ou seu desenvolvimento em (5), aloca cada objeto i próximo a esta coordenada ideal. Supondo que as coordenadas de todas as palavras, com exceção de uma única, i , estão fixadas, a função que seria minimizada, a partir de (3), assume a forma de (9):

³⁹ Este resultado é obtido através de processos computacionais, em duas etapas: primeiro, o problema de otimização com a restrição utilizada é transformado em um problema de otimização sem restrições; depois, este problema é resolvido através do uso de um algoritmo de majorização (majorization algorithm). Com o intuito de aumentar a probabilidade de o algoritmo encontrar uma solução global ótima, este pode ser executado múltiplas vezes, cada vez com uma solução inicial diferente, gerada de maneira aleatória (VAN ECK; WALTMAN, 2009).

$$E_i(x_i; X; S) = \sum_j s_{ij} \|x_i - x_j\|^2 = \sum_j s_{ij} (\sum_{k=1}^2 (x_{ik} - x_{jk})^2) \quad (9)$$

A minimização de (9) é desenvolvida analiticamente e tem como resultado forma similar a apresentada pela equação (8), $x_i = c_i(X; S)$. Se as coordenadas de todos os outros objetos, exceto de i , estão fixas, o programa aloca cada palavra exatamente em sua posição ideal. Como este pressuposto não é válido, cada elemento textual é alocado próximo a sua melhor colocação possível. Não obstante, como pontuam, este exercício é interessante para mostrar que o VOSviewer é capaz de construir mapas satisfatórios a partir da metodologia que propõe.

Por fim, a terceira etapa, mencionada anteriormente, consiste em aplicar três processos de transformação nos mapas criados, de modo a obter uma solução global para estes. O primeiro – translação – faz com que a solução obtida seja centrada em torno de um ponto de origem. O segundo passo – rotação – faz que a variância da dimensão horizontal do mapa seja maximizada. Por fim, o terceiro passo – reflexão – busca garantir que, se a média dos termos $x_{11}, x_{21}, \dots, x_{n1}$ for maior que zero, a solução seja refletida no eixo vertical do mapa, enquanto que se a média de $x_{12}, x_{22}, \dots, x_{n2}$ for maior que zero, sua solução seja refletida no eixo horizontal do mapa. Estes processos garantem que o VOSviewer produza resultados consistentes.

4.2 O SUS COMO EXPRESSÃO DAS ÉTICAS DEONTOLÓGICA E DA VIRTUDE

Alguns fatores históricos relevantes que antecedem a formação do sistema de saúde vigente no Brasil merecem ser comentados. Uma vez que o assunto da dissertação diz respeito a esse sistema, considera-se que o histórico de seu surgimento e evolução seja parte importante do delineamento do contexto que a AD sugere como essencial para a compreensão das ideias comunicadas nesse campo, sobre esse assunto.

A política de saúde existente no período anterior à normatização apresentada na Constituição Federal (doravante CF) de 1988 era estabelecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vigente entre os anos de 1974 a 1993, e vinculado ao Ministério da Previdência e da Assistência Social. Tal política era pautada por um esquema de seguridade social, ou sistema previdenciário, traçado com base numa lógica de assistência médico-sanitarista, e financiado por contribuições patronais e dos trabalhadores, ambas compulsórias. Nesta estrutura, apenas trabalhadores formalizados e seus dependentes possuíam acesso a cobertura de serviços do sistema de saúde estruturado em torno do INAMPS. O Ministério da Saúde intervinha no setor de maneira pontual, atendendo o conjunto de

trabalhadores excluídos do mercado de trabalho formal, com o foco em medidas fundamentalmente curativas. Dentre as atividades principais estavam ações como campanhas de vacinação e de controle de doenças endêmicas, além da gestão de hospitais especializados (SOUZA, 2002; OCKÉ-REIS, 2009; PIOLA et al, 2009; CANUT, 2012; SIMÃO; ORELLANO, 2015; KROTH, 2017).

Ao longo da década de 1970, uma agenda pública começa a fazer parte das políticas de saúde brasileiras, sintetizadas nas proposições voltadas para a atenção básica, seguindo diretrizes internacionais que destacavam a maior eficácia de políticas de saúde direcionadas a medidas preventivas, em oposição à aplicação de medidas apenas curativas, e também em função do maior reconhecimento da relevância de questões concernentes à saúde no debate público (PIOLA et al, 2009; KROTH, 2017). Por exemplo, este movimento levou à implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, em 1979, que objetivava a construção de postos de saúde na extensão dos territórios brasileiros, voltados a serviços básicos, com diretrizes básicas como o atendimento voltado a regiões com maior índice de pessoas pobres e desenvolvimento da regionalização dos serviços de saúde, como suporte às ações estaduais. Esta política foi aprimorada a partir de 1985, com a implementação das Ações Integradas de Saúde, que buscaram integrar os serviços públicos de saúde e intensificar o processo de descentralização dos serviços de assistência média voltados para a atenção básica e, ao mesmo tempo, superar a deterioração percebida nos serviços prestados pelo INAMPS (MARQUES; MENDES, 2005; KROTH, 2017).

Um movimento político relevante que contribuiu para a definição da configuração do SUS foi o protagonizado pela Reforma Sanitária que começou na década de 1960, e se intensificou nas décadas de 1970 e 1980. O movimento sistematizou críticas acerca da qualidade dos serviços de saúde e das políticas públicas vigentes, tendo relevância no debate sobre as reformas que ocorreriam no setor. Um momento que referenda esta interpretação é a presença deste movimento político na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 na cidade de Brasília-DF, com participação aberta à sociedade civil. Um resultado desta atuação foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que assume funções do INAMPS como órgão responsável pela execução direta de políticas de saúde, repassando-as para as gestões de governos estaduais e municipais. O relatório resultante formou a base da seção “Da Saúde” da Constituição Federal de 1988. Ademais, o debate apresentado neste evento coloca a saúde como um direito fundamental, destaca sua relação com questões epidemiológicas e de morbidade, faz pontuações sobre a relevância da participação social na formulação de suas diretrizes; e apresenta propostas de reformulação do sistema nacional de

saúde, bem como para o financiamento para o setor (BRASIL, 1986; PIOLA et al, 2009; CANUT, 2012; KROTH, 2017).

As diretrizes do sistema de saúde brasileiro são estabelecidas na CF de 1988, nos artigos 6º e nos artigos de 196 a 200. O sexto artigo da CF está alocado no capítulo de direitos sociais e define o acesso a saúde como item pertencente a esta categoria. Por sua vez, os artigos 196 a 200, posicionados dentro da seção II do capítulo de seguridade social da CF, tratam da saúde em específico. Dispõem, dentre outras coisas, que a saúde é **direito de todos** e o seu fornecimento é um **dever** do Estado, este com a obrigação de promover políticas sociais e econômicas que tenham como finalidade a redução do risco de contração de doenças e, mais, a garantia do acesso a este bem de maneira universal e igualitária. Além disso, instituem que são de relevância pública as questões concernentes a ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público regrá-las, e que o fornecimento de bens de saúde poderia ser fornecido de maneira direta pelo estado ou através de terceiros, incluindo a participação da iniciativa privada, mas essa, de maneira complementar. Por fim, ainda adicionam que os serviços públicos na saúde integrariam um Sistema Único (que seria o SUS), a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com base nos princípios de descentralização, atendimento integral, com prioridade para os serviços preventivos, e com a participação da comunidade na construção de suas diretrizes.

As leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 estabelecem os objetivos e as diretrizes para o funcionamento do SUS, no qual o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por todas as esferas governamentais, de maneira direta ou indireta, constituem o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Definem, dentre outros aspectos, as normas gerais que regem a distribuição deste bem social, que se pauta na integralidade da assistência, esta sendo entendida como o conjunto de serviços preventivos e curativos, voltados para unidades individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade do sistema. Os aspectos de descentralização e regionalização são reafirmados, bem como o caráter público da gestão dos serviços de saúde, em que a iniciativa privada assumiria participação fundamentalmente complementar.⁴⁰ Como pontuado por Machado (2010), o fornecimento de medicamentos

⁴⁰ Grau (2010) faz uma distinção entre serviços públicos privativos e não privativos. O primeiro tipo de serviço diz respeito a atividades exclusivas do Estado, permitindo a participação da iniciativa privada apenas mediante regime de concessão, permissão ou autorização, ao passo que no último tipo a participação da iniciativa privada é livre. O autor faz esta distinção para questionar a visão – errônea, em sua opinião – de que o que caracterizaria um tipo de serviço como público ou privado seria a situação deste ser prestado pelo Estado ou pelo setor privado: “Há, portanto, serviço público mesmo nas hipóteses de prestação dos serviços de educação e saúde pelo setor privado ... Não importa quem preste tais serviços – União, Estados-membros e Municípios ou particulares; em qualquer hipótese, haverá serviço público ... temos que serviços de educação e saúde, em qualquer hipótese, quer estejam

também é incluído dentre a amplitude de serviços prestados pelo SUS, em todos os níveis de complexidade considerados, de acordo com regramento estabelecido pelos gestores do SUS, que são responsáveis por fornecer a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), previamente testados e liberados para uso em território nacional, conforme Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001).⁴¹

Cabe mencionar que a literatura ressalta a relevância social e histórica da configuração estabelecida na CF de 1988, em seus princípios de universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e controle social, em função de propor um conceito de saúde abrangente e, além disso, abarcar aspectos sociais que determinam a qualidade da saúde de indivíduos, como o combate à pobreza e à desigualdade social, bem como por incorporar mecanismos de *accountability* em seu texto original (OCKÉ-REIS, 2009; PIOLA et al, 2009; KROTH, 2017). Haveria, ademais, uma convergência entre igualdade e equidade,⁴² em função da estrutura definida, e em consequência dessa configuração, qualificações ao tipo adequado de estratégia a ser adotada – universal ou focalizada – para a melhoria das condições de saúde da população (MEDEIROS, 1999; OCKÉ-REIS, 2009).

O período inicial de implementação do SUS foi concomitante a uma conjuntura econômica recessiva e com ajustes restritivos para o setor público, e teve como resultado o atraso da implementação de uma série de medidas estabelecidas pelo novo sistema de saúde estruturado. Outro resultado deste panorama recessivo foi a impossibilidade de levar a cabo, desde o início, o processo de descentralização da gestão almejado. Em consequência, os primeiros serviços foram fornecidos de maneira seletiva e centralizados nas figuras do Ministério da Saúde e do antigo INAMPS. Este processo se altera com a implementação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que a partir do ano de 1993 inicia o processo de municipalização da gestão do SUS, expandindo-se em maior magnitude no ano de 1996, para municípios de pequeno porte. Já as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e

sendo prestados pelo Estado, quer por particulares, configuram serviço público – serviço público não privativo” (ibid., p. 123).

⁴¹ Marcos legais posteriores definiram que caberia à União a gestão do sistema como um todo, bem como a transferência de recursos para os entes menores, de modo a complementar seus orçamentos. Aos estados caberia a oferta de serviços de média e alta complexidade, ao passo que aos municípios seria direcionada a responsabilidade pela gestão dos serviços de atenção básica, isto é, de baixa complexidade. Os princípios comentados de descentralização e regionalização são reafirmados (CANUT, 2012; KROTH, 2017). Os trabalhos de Souza (2002) e Kroth (2017, p. 245) apresentam quadros sínteses do arcabouço institucional e decisório do SUS.

⁴² Como pontuado em Medeiros (1999), o princípio da igualdade afirma que todos os indivíduos devem receber o mesmo tratamento perante diferentes princípios distributivos, isto é, que todos são equivalentes em termos de acesso a direitos, cidadania, recursos disponíveis e outros. O princípio da equidade, por sua vez, diz respeito às condições reais de acesso a esses princípios distributivos. Logo, reconhece que os indivíduos são diferentes entre si, ou seja, possuem diferentes dotações, habilidades, virtudes e disposições e, em função disso, merecem tratamentos diferenciados entre si, tais quais eliminem as desigualdades verificadas.

2002 têm sua atenção voltada ao processo de regionalização, com o intuito de estabelecer diretrizes para a hierarquização da oferta dos serviços de saúde. Menciona-se a Emenda Constitucional (doravante EC) n. 29, de 2000 (BRASIL, 2000c), que buscou regulamentar a garantia de recursos mínimos para o financiamento dos serviços prestados através da vinculação de percentual do Produto Interno Bruto (PIB) de cada ente federativo aos gastos em saúde. Em síntese, o conjunto de normas estabelecidas desde 1993 foram relevantes ao definir as atribuições a cada ente federativo no que tange a planejamento, financiamento e regulação das políticas de saúde; aos mecanismos que estabelecem compromissos entre os entes; e as responsabilidades e as estruturas de transferências vinculadas a cada tipo de serviço fornecido (SOUZA, 2002; MARQUES; MENDES, 2005; SERVO et al 2011; PIOLA et al, 2009; 2013; KROTH, 2017).

Menciona-se a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nas regiões Norte e Nordeste, no ano de 1991, em caráter emergencial e voltado para a área de atenção básica, como educação familiar e imunização, e o Programa Saúde da Família, em 1993, atualmente Estratégia Saúde da Família, também sendo regida pelo princípio de atividades preventivas. Estas propostas foram realizadas dentro do contexto de reorganização do modelo de atenção à saúde, voltada para serviços básicos e, além disso, como o intuito de descentralizar as atividades realizadas. Este último teve sua diretriz alterada a partir do ano de 1997, de uma normatividade voltada para intervenção vertical e concomitante a outros serviços fornecidos, isto é, pautado numa noção de tratamento igualitário a diferentes necessidades e demandas por saúde, para uma estratégia que estabelece o norte fundamental de ação do SUS como direcionada à atenção básica, que considera as especificidades locais que condicionam essas necessidades e demandas por bens e serviços de saúde (SOUZA, 2002; PIOLA et al, 2009; POLITI, 2014; KROTH, 2017).

Algumas das últimas medidas implementadas pelo SUS foram a instituição do programa Farmácia Popular, no ano de 2004, com o intuito de fornecer à população o acesso a medicamentos a baixo custo, em primeiro lugar às pessoas atendidas pela rede privada de saúde com dificuldades de arcar com estes custos (posteriormente, com foco em grupos com determinados perfis epidemiológicos); a definição do Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, ambas iniciadas em 2006, e a última atualizada em 2011, com atualizações e incorporação de novas estratégias e diretrizes à concepção de assistência voltada à atenção básica, e tendo como exemplo a criação do Programa Saúde na Escola, em 2007 e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008 (MACHADO, 2010; DOMINGUES et al, 2015; KROTH, 2017).

Uma discussão proeminente diz respeito a adequação do que foi proposto na CF de 1988 sobre o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, em seu caráter de fornecimento de um bem social de maneira universal, tratando-o como um direito básico, com a realidade atualmente verificada, em especial no campo do financiamento das políticas públicas e do setor público brasileiro como um todo. Diante de problemáticas enfrentadas pelo SUS, a literatura argumenta que não há, efetivamente, um sistema de saúde público, universal e integral no país (OCKÉ-REIS, 2009). Dentre as questões apontadas, estão a existência de um sistema público e privado coexistindo de maneira conturbada; a falta de democratização das instituições que regulamentam determinados serviços privados, bem como do acesso a serviços sanitários. Ao mesmo tempo, alega-se que como a saúde está estruturada no Brasil, seu modelo de financiamento favorece a existência de *lobbies* e a consequente sobreposição de outros valores aos que regem o SUS;⁴³ além de um sistema de financiamento problemático que resulta num baixo nível de investimentos direcionados ao setor, em comparação com um conjunto de países desenvolvidos e outros com estrutura econômica similar à brasileira – este último fator, certas vezes, ganha maior destaque na literatura frente a questões como eficiência do gasto público (FERRAZ; VIEIRA, 2009; OCKÉ-REIS, 2009; SERVO et al, 2011; PIOLA et al 2009; 2013; KROTH, 2017). Estes fatores têm como resultado a restrição dos serviços à disposição da população e ineficiência daqueles prestados, excluindo percentual significativo de pessoas do acesso ao direito básico à saúde.

A literatura ressalta que a rede pública se constitui como o único meio de acesso a tratamentos ou medicamentos para percentual significativo da população brasileira, problemática que se acentua em situações cujo tratamento médico possui custos elevados em comparação com a remuneração de determinada família, ou em casos que um indivíduo é acometido por uma doença rara. Nesta situação, as questões colocadas no parágrafo anterior se acentuam e se apresentam como preocupantes, frente aos objetivos estabelecidos na normatividade do sistema de saúde existente no país. Em decorrência deste cenário, muitos pacientes têm recorrido ao sistema judiciário, contra os órgãos governamentais, com o objetivo

⁴³ Medeiros (1999), Menicucci (2007) e Ócke-Reis (2009) destacam estes pontos e comentam a dualidade existente entre serviços oferecidos, por um lado, pelo sistema público e, por outro, estruturados em torno do sistema privado de provisão. Ademais, discutem as problemáticas envolvidas em um arranjo que ambos os setores fornecem o mesmo tipo de serviço, num sistema de concorrência, de maneira diferente da prevista pela CF de 1988. Caminha e Leal (2010), por sua vez, ao discutirem o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência e sua relação com o mercado de saúde suplementar, comentam a disparidade existente entre o tipo de legislação brasileira, pautada na tradição jurídica romano-germânico, segundo a qual busca-se o cumprimento de um critério de justiça previamente estabelecido, e as diretrizes que regem uma economia de mercado, na qual o critério de eficiência econômica deve normatizar o funcionamento da sociedade como um todo. Os autores ainda sintetizam as críticas tradicionalmente feitas a esta última abordagem, que a tratam, de maneira geral, como simplista e incapaz de lidar com a complexidade das relações sociais, inclusive aquelas tuteladas pelo Direito, enquanto disciplina e norma.

de fazer valer o direito estabelecido à saúde. Estas questões são tratadas pela literatura em torno da terminologia de Judicialização – ou Juridicização – da Saúde, que se refere ao número crescente de ações judiciais e administrativas contra o Estado – em relação a todos seus entes federativos – na tentativa de obter o custeio de determinado procedimento médico, e a pontuações sobre o significativo montante financeiro dispendido para arcar com esta demanda,⁴⁴ pautada no direito constitucional à saúde (MARQUES; DALLARI, 2007; FERRAZ; VIEIRA, 2009; CONCEIÇÃO FILHO et al, 2011; AITH et al, 2014; WANG, et al, 2014).⁴⁵

Santos Neto e Heinen (2012) discutem como são julgados os requerimentos por distribuição de medicamentos e tratamentos ao Estado, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Têm como base que o SUS não fornece todo e qualquer tipo de medicação e procedimentos à população, em função tanto de limitação de recursos quanto pelo fato de o uso de determinado remédio ou procedimento não ser autorizado no país.⁴⁶ Em consequência, pessoas que não obtêm acesso a determinado remédio ou tratamento que necessitam recorrem à instância do judiciário com a exigência de que o direito à saúde lhes sejam assegurados. De maneira geral, o STJ tem decidido de modo a garantir a obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos, procedimentos, ou mesmo o custeio de processos que os acompanham, aos processos individuais que chegam a tal instância.

Em voto proferido no ano de 2002, a Segunda Turma do STJ deu parecer favorável à Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, em contraposição à Secretaria da Saúde do estado do Paraná, contra a justificativa deste último de não fornecer tratamento para a doença pois os

⁴⁴ Estimativas de auditoria realizada no ano de 2017 pelo Tribunal de Contas da União apontam gastos da União com processos judiciais referentes à saúde superiores à R\$ 1 bilhão, no ano de 2015, um aumento de mais de 1300%, por exemplo, em relação ao ano de 2008, cujos gastos estavam em torno de R\$ 70 milhões. O total de processos recebidos pela Justiça Federal no ano de 2014 é superior a 11 mil, ao passo que a Justiça Estadual recebeu pouco mais de 75 mil processos. A maior parte deste recurso é direcionada ao custeio de medicamentos – 80% dos casos versam sobre o tema – que não constam no RENAME ou mesmo possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, principalmente daqueles com alto custo no mercado. Os governos estaduais também são afetados por esse crescimento de gastos, principalmente São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina – nos anos de 2013 e 2014, juntos gastaram cerca de R\$ 1,5 bilhão, frente a um gasto do Ministério da Saúde de cerca de R\$ 1,1 bilhão, no mesmo período. O relatório ainda afirma que a maior parte dos recursos dizem respeito à procedimentos curativos, em vez de preventivos, e que um dos fatores para o alto percentual de sucesso das demandas judiciais é justificada pelo fato de solicitarem serviços que já deveriam constar no rol de atividades do SUS (BRASIL, 2017b; FABRINI; FORMENTI, 2017).

⁴⁵ Este processo se inicia na década de 1990, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) reconhece como constitucional e obriga ao Estado a inclusão de medicamentos antirretrovirais para tratamento de portadores do vírus HIV/AIDS dentre o rol de remédios fornecidos pelo SUS.

⁴⁶ A lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), por exemplo, limita a quantidade de medicamentos fornecidos aos que constam na RENAME, elaborada pelos gestores do SUS e atualizada periodicamente (BRASIL, 2001). Aith et al (2014) discute, além disso, a falta de uma institucionalidade que regule e fiscalize o fornecimento de medicamentos que tratem de doenças raras. Em consequência da baixa incidência destas enfermidades sobre a população, tais medicamentos não são inclusos na lista de produtos fornecidos pelo SUS.

associados não estariam cadastrados no SUS e, em razão disto, deveriam recorrer à iniciativa privada para obter o tratamento. Os ministros fundamentaram esta decisão apontando que a ausência deste quesito burocrático não deve impedir o fornecimento de medicamento para o tratamento de doença grave, que impõe riscos a manutenção de uma vida saudável, com o agravante de acometer indivíduos com limitados recursos financeiros (BRASIL, 2002b). Em outra situação, a Primeira Turma do STJ votou favoravelmente a recurso que demandava o fornecimento de medicação gratuita para o tratamento de doenças de uma requerente – retardo mental e agravantes, como hemiatrofia, epilepsia e outros – contra o estado de Minas Gerais, sob a justificativa do apresentado pelos artigos 6º e 196 da CF de 1988, de acordo com os quais é dever do Estado assegurar aos seus cidadãos serviços de saúde e criar políticas sociais e econômicas que reduzam o risco à obtenção de doenças e que permitam o acesso igualitário a medicamentos e procedimentos (BRASIL, 2002c).

Em julgamento sobre o ressarcimento de custos incorridos por determinada família para o tratamento da doença de leucemia de sua filha recém-nascida – que posteriormente veio a óbito – realizada fora do Brasil em função da extensa lista de espera para que tal procedimento fosse aqui realizado, a Segunda Turma votou contra a União, que alegava que no momento do requerimento a concessão deste tipo de auxílio estava suspensa. O voto teve como justificativa de que se era ausente no país medidas para o tratamento, na situação de urgência em que se encontrava, não seria necessário autorização prévia para tal ação. Ademais, que negar este custeio seria equivalente a negar o direito fundamental à saúde e à vida, sentenciando os acometidos por doenças graves à morte. Por fim, julgou-se que a União foi omissa no caso e que, diante do direito fundamental à saúde, nenhuma outra justificativa de natureza técnica ou burocrática far-se-ia suficiente (BRASIL, 2002a). Noutra situação, a Primeira Turma do STJ deu parecer favorável a um requeinte da gratuidade do fornecimento de medicamento para tratamento da hepatite C, em contraposição ao estado de São Paulo, que alegava que o indivíduo possuía o cargo de Delegado de Política e, em razão disto, rendimento suficiente para arcar com os custos dos remédios. O tribunal manteve a presunção do requeinte de incapacidade de suportar o custo do tratamento e acrescenta que o regramento não faz este tipo de distinção e exige que o tratamento seja garantido a todos de maneira equânime (BRASIL, 2003).

Outras situações são a garantia de pagamento de medicamentos que não constam no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, mas que foi comprovada a doença e a necessidade de medicamento específico (BRASIL, 2010b). Em outros casos ilustrativos referentes à garantia do direito à saúde, vale citar, o julgamento de manutenção de indenização contra empresa privada fornecedora de planos de saúde que se recusou a custear o

tratamento de um cliente sob a alegação de que o período de carência havia se esgotado, no qual o STJ julgou que na situação de urgência que abrangia o caso, tal aspecto não se valia (BRASIL, 2010a); a garantia de mudança de regime prisional – de fechado para domiciliar – concedida a indivíduo que necessitava de tratamento específico e cumpria pena em uma penitenciária que não fornecia condições adequadas para a sua sobrevivência (BRASIL, 2011a); e julgamento favorável à atuação do Ministério Público como órgão que possui legitimidade para impor embargos financeiros aos entes federativos – bloqueio de verbas públicas – como medida coercitiva para que estes forneçam o medicamento ou outro tratamento para determinado paciente, na situação em que a lentidão no cumprimento desta exigência acarrete em riscos à vida do indivíduo em tratamento (BRASIL, 2014). Esse último julgado tem significado relevante para a dissertação aqui apresentada.

Em relação a este último julgamento, comenta-se que, na medida em que determina que uma inação, recusa ou negligência na esfera de saúde tenha repercussão sobre outras esferas da Administração Pública, essa decisão mostra a importância que adquire esse direito no mundo jurídico brasileiro. Este aspecto pode ser avaliado a partir do que foi discutido no capítulo 1, sobre a concepção de Esferas de Justiça de Michael Walzer, e o modo como a estrutura de distribuição de determinados bens sociais toma forma. Todo um regramento é estabelecido para a garantia de uma necessidade reconhecida como social, como o é o caso da saúde, assumindo, por exemplo, contornos coercitivos àqueles que em um primeiro momento, minoritariamente, discordam dos princípios que foram socialmente estabelecidos.

Cabe mencionar que as recusas aos recursos interpostos ao STJ ocorrem, em sua maioria, por falta de comprovação da eficácia e imprescindibilidade de determinado tratamento ou por questões outras, como a não comprovação de que o requerente não possui recursos suficientes para custeio de determinado medicamento ou procedimento, isto é, por questões processuais que fogem ao escopo da garantia do direito à saúde (CONCEIÇÃO FILHO et al, 2011; SANTOS NETO; HEINEN, 2012).

De maneira similar, a discussão sobre a judicialização do sistema de saúde e questionamentos sobre se o Estado deveria arcar com os custos de medicamentos e procedimentos não ofertados pelo SUS também alcançou o STF – tribunal que restringe seus julgamentos a questões constitucionais. No Recurso Extraordinário (doravante RE) 566.471/RN, cuja discussão se inicia no ano de 2006, o STF avalia a validade da interpelação feita pelo estado do Rio Grande do Norte, que afirmava que a obrigatoriedade estabelecida em fornecer o custeio de determinado medicamento para situações particulares poderia causar prejuízos às finanças públicas do ente federativo. Assim, ao elencar o princípio da Reserva do

Possível,⁴⁷ coloca que diante da limitação de recursos que enfrenta – como qualquer outra esfera – a obrigatoriedade de beneficiar uma única pessoa poderia colocar em risco sua estrutura financeira e prejudicar um número maior de indivíduos. O ministro Marco Aurélio Mello vota em contrário ao recurso posto pelo estado, justificando que o alto custo alegado pelo ente não se apresenta como motivo suficiente para a recusa de seu fornecimento e, somado a questões como incapacidade do paciente em custear o medicamento e em função do direito à saúde, advoga que a Administração Pública possui a obrigatoriedade em fornecê-lo (BRASIL, 2007).

Em acréscimo a esta decisão, retoma o RE 195.192/RS, no qual coloca que “o Estado deve assumir as funções que lhe são próprias, sendo certo, ainda, que problemas orçamentários não podem obstaculizar o implemento do que previsto constitucionalmente” (BRASIL, 2000c, p. 7). Ainda, coloca que não possui motivos para alterar sua visão sobre o caso, uma vez que se vê defendendo “a máxima efetividade dos direitos sociais fundamentais, incluído o direito à saúde, particularmente se estiver em jogo a dimensão do mínimo existencial” (BRASIL, 2007, p. 9). Neste mesmo documento o ministro defende a interferência do Judiciário em questões que envolvam a garantia de um mínimo possível, em casos em que o Estado se apresenta como incapaz de cumprir as exigências constitucionais. No campo do fornecimento de medicamentos que não constam entre os previamente liberados pelo SUS, a interferência deve ocorrer desde que seja comprovada a imprescindibilidade do medicamento à sobrevivência do paciente e a incapacidade de o indivíduo arcar com os custos financeiros de tal produto. Em relação ao primeiro ponto, cabe ao Estado a prova do contrário, isto é, que o medicamento é ineficaz para o tratamento necessário, não produz resultados confiáveis ou que pode ser substituído por outro com menor custo. Novamente, se vê um grande privilégio concedido à esfera da saúde.

No que diz respeito à capacidade financeira do paciente, o documento reconhece a existência de métodos para a avaliação deste quesito, mas pontua que questionamentos devem surgir sobre qual unidade avaliar: o indivíduo de maneira isolada ou outra instância. Sob a possibilidade de a unidade familiar arcar com os custos de medicamentos, faz apontamentos sobre os deveres concernentes à “solidariedade familiar”, a relação deste com os deveres e direitos estabelecidos no regramento social vigente, e a obrigatoriedade consequente do Estado em se responsabilizar por determinados gastos sociais. O direito à saúde é visto dentro da esfera

⁴⁷ O princípio diz respeito às limitações orçamentárias do Estado frente ao conjunto de encargos sociais com que este deve arcar. Advoga o equilíbrio financeiro do ente federativo em questão, de modo que este possa cumprir suas responsabilidades financeiras. Em síntese, subordina o cumprimento e efetivação de direitos sociais a existência de recursos disponíveis para tanto (WANG et al, 2014). Logo, a discussão se estabelece entre a obrigatoriedade da garantia de um mínimo existencial para os cidadãos e o preceito proposto pela reserva do possível.

de justiça distributiva, na qual toda a sociedade é responsável pela sua manutenção – através do pagamento de impostos – e o financia para indivíduos em vulnerabilidade econômica – o que configura a noção de solidariedade social. No entanto, o dever estatal de fornecimento de medicamentos excepcionais é visto como “subsidiário” ao dever legal de garantia destes bens ao indivíduo pertencente a este grupo e necessitado de cuidados médicos, isto é, o conceito de “solidariedade familiar” possui força constitucional, disciplinado no Código Civil, e precede a instância estatal e a solidariedade social na obrigatoriedade da manutenção de seus membros.⁴⁸ O Estado atua, portanto, de maneira subsidiária e complementar, de acordo com a estrutura financeira da família em análise. Este quesito, por sua vez, estabelece o limite da independência do ente familiar na manutenção de um nível mínimo de qualidade de vida de seus membros, sempre que este limite mínimo estiver sob o risco de esvair-se, o Estado atua da maneira comentada, portanto, fornecendo subsídios ou complementando os gastos necessários.

No RE 657.718/MG, também de relatoria do ministro Marco Aurélio Mello, o tema é retomado, no qual o estado de Minas Gerais questiona o direito que o judiciário possui em obrigar entes federativos a arcar com o custo de determinado medicamento e, além disso, defendem o não cumprimento da norma em prol do princípio, de novo, da Reserva do Possível. Novamente, o recurso é indeferido, em função do dever do Estado em garantir saúde aos seus cidadãos; por julgar que a ausência de registro do medicamento e a responsabilidade do ente federativo serem matérias divergentes; pela possibilidade de importação do medicamento, que constitui matéria diferente do registro deste; e pelo fato do argumento da Reserva do Possível não o eximir da responsabilidade que possui (BRASIL, 2011b). No Recurso Extraordinário 979.742/AM, de relatoria do ministro Roberto Barroso, o STF julgou constitucional o pedido de custeamento, por parte do Estado, de procedimento médico não existente na rede pública, em função de as convicções religiosas do paciente não permitirem que este seguisse os procedimentos médicos disponíveis na rede pública (BRASIL, 2017a).

Verifica-se, portanto, uma linha clara e comum em ambas as esferas máximas do judiciário brasileiro no que diz respeito às decisões e fundamentações para lidar com as contendas judiciais decorrentes da dicotomia existente entre a garantia de um direito, estabelecido na CF de 1988, e a incapacidade do Estado em levar a cabo o seu cumprimento.⁴⁹

⁴⁸ Este aspecto também se faz presente na lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990) que apresenta as regras para o funcionamento do SUS, em seu Título I – Das Disposições Gerais, quando afirma que o dever do Estado de prover serviços de saúde não exclui os deveres das pessoas, da família e outras entidades sociais.

⁴⁹ Durante o 3º Evento Latino-americano sobre Direito à Saúde e Sistemas de Saúde, realizado no ano de 2013, na cidade de Brasília – DF, o até então ministro do STF, Joaquim Barbosa, concedeu entrevista sobre a temática e afirmou a relevância das discussões sobre judicialização da saúde e posicionou-se favorável a atuação do judiciário na questão. Afirmou que esta “interferência” é necessária em função das disparidades existentes neste campo no

Nesta situação, as decisões tomadas no STJ e no STF são tais que, quando comprovada a necessidade por determinado procedimento de saúde, a contenda é resolvida em favor da ação que cumpra o princípio de garantia de vida digna ao indivíduo afetado.⁵⁰ A esfera da saúde, nesse contexto, e da forma como determinou o constituinte brasileiro, recebe tratamento que demonstra sua elevadíssima importância no contexto do país e entre suas instituições jurisdicionais.

Não obstante, há literatura que, de maneira geral, tem criticado este tipo de decisão tomada pelos órgãos do judiciário brasileiro. Em síntese, pontuam que as decisões do Poder Judiciário são tomadas sem o devido conhecimento da realidade econômica dos entes federativos e de questões como o custo-efetividade das medidas contestadas. Ademais, são realizadas em um contexto de recursos escassos e demandas por serviços de saúde que estão longe de alcançar sua finitude, de modo que a garantia do custeio de medicamento ou tratamento específico para um único ou pequeno grupo de pacientes coloca em risco a saúde financeira do órgão, frente ao grande e diferenciado rol de obrigações dos entes federativos. Retomam o argumento de que a exigência posta coloca em risco o princípio da Reserva do Possível e, em consequência, a gestão orçamentária da política de saúde como um todo, bem como as condições para a garantia financeira deste direito para toda a sociedade. Estes aspectos, advogam, possuem efeitos distributivos negativos, pois privilegiariam os interesses de uma pequena parcela da população já socialmente favorecida em termos econômicos, exacerbando uma dicotomia e acentuando a desigualdade econômica entre aqueles que possuem acesso a instâncias superiores do judiciário *versus* aqueles que tem limitada as suas ações ao acesso ao SUS. Assim, escolhas entre o fornecimento de serviços para o todo social ou a grupos com demandas específicas devem ser feitas e a racionalidade obriga que a tomada de decisão política favoreça a primeira opção (MARQUES; DALLARI, 2007; FERRAZ; VEIRA, 2009; WANG, 2009; CONCEIÇÃO FILHO et al, 2011; MACHADO et al, 2011; BOING et al, 2013; WANG et al, 2014).

país e que a atuação do judiciário neste âmbito poderia contribuir para sua redução. Ainda, mesmo reconhecendo as limitações financeiras do Estado, defendeu que argumentos como o da Reserva do Possível ou a incapacidade técnica do órgão em avaliar questões financeiras não são justificativas suficientes para o não custeio de medicamentos e procedimentos médicos, em função do estabelecido na CF de 1988, que garante o acesso à saúde como um direito fundamental e define o cumprimento deste direito como de responsabilidade do Estado (BALIARDO, 2013).

⁵⁰ Este aspecto, vale mencionar, também é verificado nos trabalhos de Marques e Dallari (2007), Conceição Filho et al (2011), Machado et al (2011), Boing et al (2013); Wang et al (2014) e Silva et al (2017), que analisam processos judiciais e administrativos para a obtenção de medicamentos no estado de São Paulo, entre os anos 1997 e 2004, no município de Salvador – BA, no ano de 2006, no estado de Minas Gerais, entre os anos 2005 e 2006, no estado de Santa Catarina, entre os anos 2000 e 2006, no município de São Paulo – SP, no ano de 2011, e no Distrito Federal, entre os anos 2014 e 2016, respectivamente.

Evidentemente, essas alegações guardam afinidade com a visão moral utilitarista/consequencialista. Mesmo quando as decisões do judiciário são avaliadas de maneira tal que privilegiassem poucos em detrimento do que seria um bem maior para um conjunto superior de pessoas, os critérios para esta avaliação se pautam na moral utilitarista/consequencialista ao não considerar, por exemplo, que todos os indivíduos possuem o direito aos requerimentos apresentados ao judiciário. Da mesma forma, não se discute medidas tais que condições sejam criadas para que o acesso a esses direitos seja possível, diferentemente, pontuam que métricas como a reserva do possível e custo-benefício (e variações desta) dos gastos devam pautar a razoabilidade do processo de tomada de decisão.

Consequentemente, outra forma de tratar esta questão é visualizar a recorrência ao sistema judiciário como uma alternativa para a garantia do cumprimento ao direito fundamental à saúde, frente a situações extremas, como a necessidade de tratamento de doenças raras, cujos procedimentos são custosos (AITH et al 2014). Dentro disso, são propostas medidas que busquem transformar o acesso ao sistema judiciário mais democrático, criando um arcabouço institucional que facilite o usufruto de seus recursos à indivíduos desfavorecidos economicamente e, também, incrementando mecanismos de *accountability*, isto é, de participação social na decisão de alocação dos recursos (WANG, 2009). Apesar das interpretações divergentes existentes, e coerentes dentro do contexto que propõem, há um consenso de que a judicialização das questões relativas à saúde pública é decorrente de falhas dos entes federativos de implementar o estabelecido na CF de 1988 (MACHADO et al, 2011).

5. ANÁLISE DE DISCURSO II: A MORALIDADE DA ECONOMIA DA SAÚDE

O objetivo deste capítulo é avaliar as filosofias morais presentes na literatura sobre Economia da Saúde. Para tanto, na próxima seção emprega-se a análise de *Co-word* ao campo “resumo” dos artigos selecionados nos periódicos classificados como B1 no *Qualis* brasileiro de Economia. Os artigos foram selecionados de acordo com a presença da palavra “saúde” nos campos “título”, “resumo” ou “palavras-chave”, sob o pressuposto de que estes campos apresentam de maneira objetiva o tema a ser discutido nos trabalhos filtrados. Além destes, apresentam-se os Mapas de *Co-word* para os artigos de periódicos classificados como B2, B3; além dos 30 melhores ranqueados na área de Economia (internacionalmente), conforme métrica apresentada em Combes e Linnemer (2010); e, finalmente, para os periódicos específicos do campo, a saber, o *Journal of Health Economics* e o *Health Economics*. A mesma regra de seleção de artigos é utilizada para esses quatro últimos casos.

Apesar de existir quantidade considerável de artigos que discutam o tema saúde para os dois primeiros casos (brasileiros), verifica-se que estes possuem vinculação a outras áreas de conhecimento, como as Ciências Sociais em geral, o que reduz a chance de serem foco de publicação de pesquisadores da área específica de economia. Vale assinalar, adicionalmente, que os dois últimos grupos são internacionais e, portanto, a discussão voltada para questões de saúde não tem como foco o Brasil e o SUS. Em função disso, são apresentados os seus respectivos mapas para comparação com a discussão feita nos periódicos classificados como B1 no Brasil. Acrescenta-se que não se discute o grau de relevância de cada artigo ou periódico selecionado, pois toma-se como princípio que os mesmos abrangem e refletem de maneira adequada a discussão sobre saúde nos ambientes que alcançam, no período considerado. Assume-se que o *Qualis* é uma classificação razoável para os economistas brasileiros daquilo que os mesmos consideram importante, assim como o mesmo vale para os periódicos dos critérios de Combes e Linnemer (2010) e, da mesma forma, para os especializados em Economia da Saúde.

Em seguida, empreende-se uma leitura artigo a artigo de um conjunto de trabalhos que discutem o tema saúde, dos periódicos classificados no *Qualis* como B1. Pontua-se que tal revisão não é exaustiva. O critério para seleção destes foi observar os artigos já selecionados pela métrica utilizada para construção dos Mapas de *Co-word* e complementar com artigos publicados em anos não disponibilizados pela base utilizada (conforme Quadro 1, localizado no Apêndice B). Isto é feito com o intuito de superar as possíveis limitações resultantes do fato de o acesso aos artigos ser limitado às informações disponibilizadas na base de dados utilizada

(SCOPUS) e, conseqüentemente, os mapas serem construídos sobre o campo “resumo” dos artigos. Espera-se, portanto, captar nuances presentes nos textos que permitam classificá-los dentro de determinada filosofia moral ou mesmo perceber o uso conjunto de aspectos pertencentes a mais de uma abordagem moral.⁵¹

5.1 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA E CIENCIOMÉTRICA: MAPAS DE CO-WORD

A Figura 1 apresenta o mapa de Co-word para os periódicos classificados como B1, conforme a métrica descrita. A técnica agrupou as palavras em torno de seis *clusters*, caracterizados cada um com uma cor característica. Em primeiro lugar, pontua-se que a quantidade de *clusters* indica a dificuldade da ferramenta utilizada em condensar a discussão em torno de um pequeno agrupamento. Isso se deve, analisando o resultado frente à metodologia apresentada no capítulo anterior, em função da baixa quantidade de artigos disponíveis, conforme Gráfico 1 e Quadro 1 (localizados nos apêndices A e B, respectivamente). O *cluster* azul escuro indica a preocupação da literatura com a avaliação de questões relacionadas à área da saúde, observado por meio da presença de palavras e expressões como “mensuração”, “metodologia” e “Dados em Paineis” (metodologia frequentemente utilizada para estimação de relações econométricas na área). No *cluster* verde está a palavra “entrevista”, que também representa ferramenta comum para a avaliação da disposição a pagar dos indivíduos por melhorias de serviços de uso público, bem como identifica as preferências dos indivíduos pelos chamados estados de saúde (ver Andrade et al, 2013b e Reis et al, 2016).

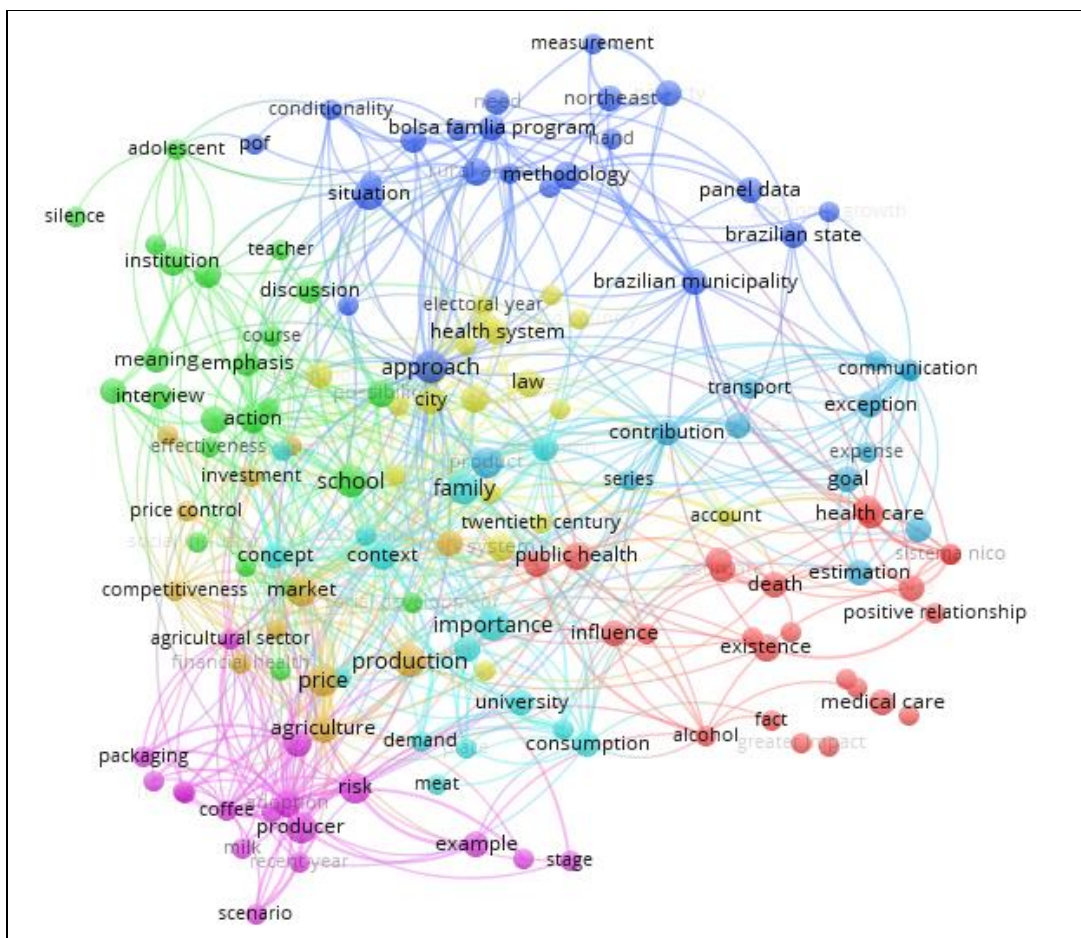
Retornando ao *cluster* azul escuro, nele estão presentes também termos que indicam a localidade foco de análise, como a região “Nordeste”, “municípios” e “estados brasileiros”. O *cluster* vermelho apresenta os termos “álcool” e “morte”. O primeiro se relaciona com hábitos prejudiciais à saúde e o último configura resultado do uso dos serviços de saúde. Os *clusters* verde, amarelo, azul claro e roxo se sobrepõem, demonstrando que a metodologia do VOSviewer não conseguiu determinar a conteúdo separação entre esses termos em relação a agrupamentos. Neles se encontram termos com os quais a temática da saúde é conjuntamente discutida, como “setor agrícola” (roxo), cenário “educacional” (azul claro e verde), formação do indivíduo – termo “adolescente” – (verde), aspecto “familiar” (azul claro) e aspectos

⁵¹ O Gráfico 1, localizado no Apêndice A, apresenta a quantidade de artigos por ano selecionados de acordo com as classificações comentadas. Por sua vez, os Quadros 1 a 5, localizados no Apêndice B, apresentam os periódicos e as respectivas quantidades de artigos selecionados. O Quadro 6, localizado no Apêndice C, apresenta de maneira conjunta todos os artigos selecionados discutidos na seção 4.2, bem como informações sobre método aplicado, base de dados utilizada e principais resultados encontrados.

“eleitorais” (amarelo). Importante marcar que essas determinações sobre esses *clusters*, são, em boa medida, impressionistas, uma vez que o próprio software não conseguiu separar devidamente o agrupamento de palavras.

O *cluster* azul claro apresenta termos como “demanda” e “consumo”, ao passo que o *cluster* amarelo apresenta as palavras “mercado” e “competitividade”, além das expressões “controle de preços”, “preço”, “produção”, “investimento” e “efetividade”, entre outras. Estes indicam, provavelmente, que a saúde é tratada como um produto transacionado na esfera do mercado em alguns dos artigos selecionados. Essa caracterização permitiria a associação da discussão desta literatura com a abordagem utilitarista (em especial quando se fala em “preço”, “investimento” e “efetividade”). É preciso marcar que os artigos podem ser críticos dessa abordagem, mas os outros resultados apresentados devem apontar na direção da adoção dessa perspectiva pelos autores que publicam nesses periódicos brasileiros. Ainda, não se identifica a existência de palavras que possam ligar as análises às outras abordagens da filosofia moral – deontológica e das virtudes - no mapa em foco. Já a análise a partir da Figura 2 busca obter avanços em relação a esta possível vagueza de significados morais.

FIGURA 1: Mapa de Co-word para os periódicos classificados como B1



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

A Figura 2 difere-se da anterior por utilizar como métrica para seleção dos artigos a presença da palavra “saúde” em qualquer parte do texto. Esta métrica é utilizada apenas para este mapa de *Co-word*, a título de comparação. Este procedimento aumenta a quantidade de artigos filtrados, conforme Gráfico 1 e Quadro 1 (localizados nos apêndices A e B, respectivamente). Acrescenta-se que, com esta métrica, pode ocorrer a situação que o tema principal tratado por determinado artigo selecionado não seja especificamente a saúde. No entanto, a inclusão destes trabalhos no rol de artigos analisados pode ser justificada pelo fato de a discussão empreendida ser tal que faça parte do contexto da área da saúde.

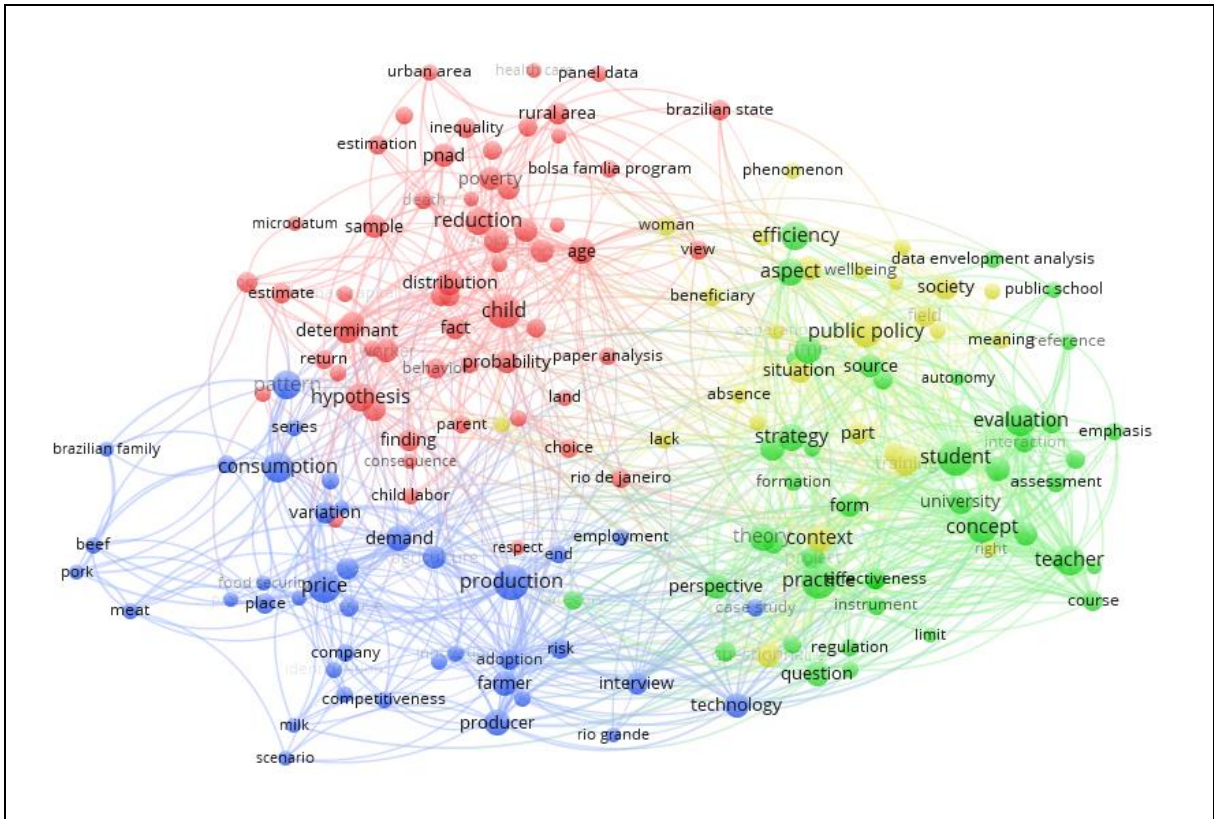
O Mapa de *Co-word* apresentado na Figura 2 possui quatro *clusters* e maior clareza quanto aos temas debatidos. Em primeiro lugar, os *clusters* verde e amarelo, próximos entre si, apresentam palavras que permitem classificar a literatura selecionada próxima a abordagem utilitarista, novamente. Termos como “eficiência” (agora ao invés de somente “efetividade”), “bem-estar” e “efetividade” estão presentes e fazem parte da discussão sobre “políticas públicas”, bem como “autonomia” (provavelmente administrativa e/ou financeira) e “regulação” dos serviços públicos. O *cluster* verde, além disso, possui palavras que relacionam saúde e educação, como “estudantes”, “universidade”, “professores” e “escola pública”.

Novamente estão presentes termos como “estimação” (vermelho) e “avaliação” (verde), sinalizando a preocupação com mensuração de aspectos relacionados à saúde. Além destes, está presente a expressão “Análise Envoltória de Dados” (verde), metodologia comumente utilizada para análise da eficiência do uso de recursos públicos (avalia a relação entre insumos utilizados para prover determinado bem ou serviço e o produto resultante, normalmente analisado por meio de indicadores de qualidade). No *cluster* azul está presente a palavra “entrevista” e no *cluster* vermelho encontra-se a expressão “Dados em Painel”, metodologias também comuns na área.⁵² Ainda neste, encontra-se palavras como “demanda”, “produção”, “consumo”, “preço”, “competitividade”, que apontam uma relação do tema saúde em torno de uma abordagem mercadológica.

A expressão “família brasileira” (azul) aponta o objeto de pesquisa desta literatura, bem como suas desagregações, como “criança”, “mulher”, “pais” (vermelho). No *cluster* vermelho há palavras que indicam as unidades de análise, como “estado brasileiro” e “área rural” e “urbana”. Por fim, demonstra-se também a preocupação da literatura com temas como a “distribuição” de recursos, por meio, por exemplo, da “redução” de “pobreza” e “desigualdade”. Menciona-se, ainda, a relação entre saúde o “Programa Bolsa Família” (vermelho).

⁵² O uso da metodologia de Análise Envoltória de Dados e a aplicação de entrevistas em pesquisas para captar a disposição a pagar dos agentes são descritas na seção 4.2.2 deste trabalho.

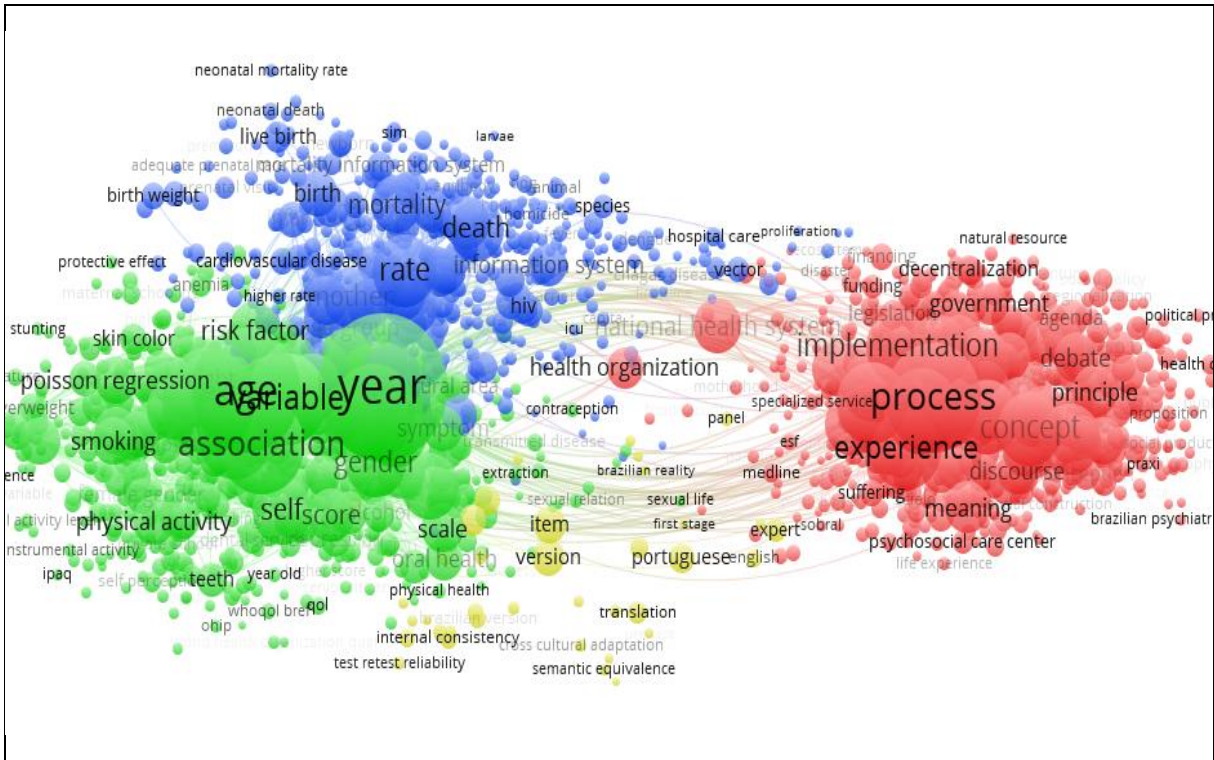
FIGURA 2: Mapa de Co-word para os periódicos brasileiros classificados como B1, que contêm a palavra “saúde” em qualquer parte do texto



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

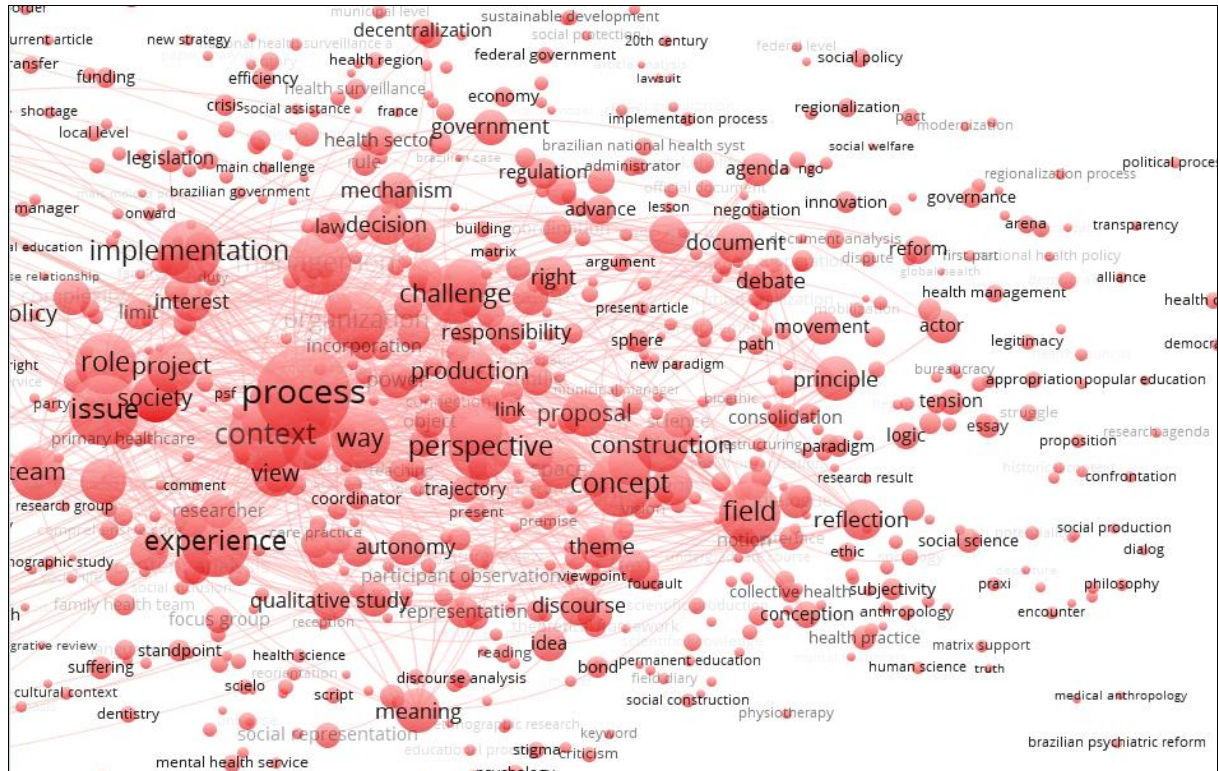
O Mapa de *Co-word* apresentado na Figura 3 refere-se aos artigos de periódicos classificados no *Qualis B2*. O *cluster* azul apresenta as questões tratadas pela literatura, como “cuidados hospitalares”, medidas de qualidade de vida infantil, como “peso” no momento de “nascimento” e “taxa de mortalidade neonatal”, doenças como “HIV”, problemas “cardiovasculares” e “anemia”. O *cluster* verde apresenta medidas de análise, como a “regressão de Poisson” (regressão comumente utilizada para modelar contagem de dados que seguem distribuição com números inteiros não negativos e também variáveis qualitativas independentes e aleatórias), e variáveis que comumente são utilizadas para realizar análises sobre o sistema de saúde, como “fatores de risco”, hábito de “fumar”, impacto de “atividade física”. O *cluster* amarelo, com menor proporção de palavras, traz que a “realidade brasileira” é o foco principal de análise. Outro ponto captado é a preocupação com fatores culturais que, apesar de menor destaque, sublinha a discussão realizada – visto na expressão “adaptação entre culturas”. Seguindo esta última linha, o *cluster* vermelho possui termos que indicam que essa literatura possui uma abordagem próxima às éticas deontológica e das virtudes. Termos como “governo”, “descentralização”, “legislação”, “experiência”, “processo” e “debate” sugerem isso. Este *cluster* é ampliado, para maior detalhamento, na Figura 4.

FIGURA 3: Mapa de Co-word para periódicos classificados como B2



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

FIGURA 4: Ampliação do cluster vermelho do Mapa de Co-word dos periódicos classificados como B2



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

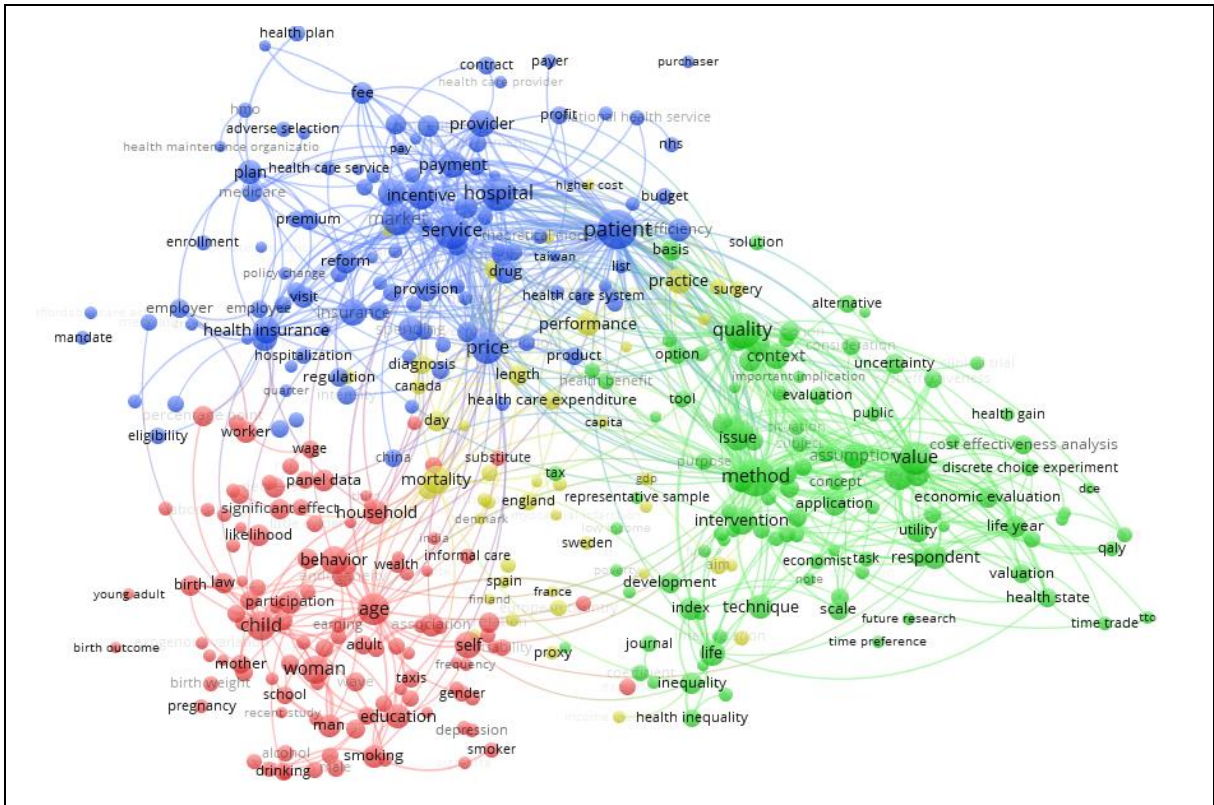
A ampliação do *cluster* vermelho, na Figura 4, permite confirmar a impressão apresentada anteriormente, de que esta literatura possui maior proximidade com as éticas deontológica e das virtudes. Mesmo que o termo “eficiência” esteja presente, o campo de pesquisa utiliza frequentemente termos como “contexto”, “experiência”, “trajetória”, “papel” e “questão social”. Além desses, os termos “direito” e “legislação” (“law” e “legislation”) aparecem em destaque. Pontua-se, por fim, que a discussão empreendida debate questões como “ética”, “antropologia” e “filosofia”. Termos como “construção social”, “política social”, “democracia”, “bem-estar social”, processo de “regionalização”, “desenvolvimento sustentável” e outros associados aparecem. Não obstante, possuem pequena conexão com o restante dos termos que formam o cluster. A mudança em relação aos periódicos mais prestigiados da área de economia fica bastante evidente. Isso pode estar acontecendo porque nesse conjunto (*Qualis* B2) encontram-se as publicações em que economistas costumam publicar, mas que são periódicos de outras áreas, em especial da grande área das ciências sociais (termo que também aparece no *cluster* vermelho).

A Figura 5 apresenta o Mapa de *Co-word* para os artigos de periódicos classificados no *Qualis* como B3. Neste mapa é possível verificar a preocupação com a questão de avaliação e análise (vermelho) das questões relativas à saúde. O uso de técnicas de estimação, como estudos com dados em “cross-section” e com a aplicação de “questionários” (verde), e que envolvem objetos de estudo como “pacientes”, “maternidade” e “grávidas”, “crianças”, “estudantes” e a “população” em geral (*clusters* azul e verde), por meio do uso de variáveis como “peso”, “mortalidade”, “escolaridade”, “sexo”, localidade e outros. Não obstante, o mapa resultante não permite classificar a discussão realizada por esta literatura dentre de algum quadro moral, em função da ausência de termos que lhes sejam correspondentes.

É importante, portanto, considerar que os periódicos mais prestigiados apresentam sim uma inclinação às abordagens utilitaristas, que estariam associadas aos instrumentais de análise de custo-benefício ou mesmo de custo-efetividade.

“adultos” e suas relações com “gravidez”, “escolaridade”, “rendimentos”, hábitos de “bebida” e “fumo”. Por fim, comenta-se que o *cluster* amarelo no mapa indica localidades para as quais as pesquisas são direcionadas como “Suécia”, “Espanha”, “França”, “Inglaterra”, “China” e “Taiwan” (azul).

FIGURA 6: Mapa de Co-word para os periódicos Health Economics e Journal of Health Economics

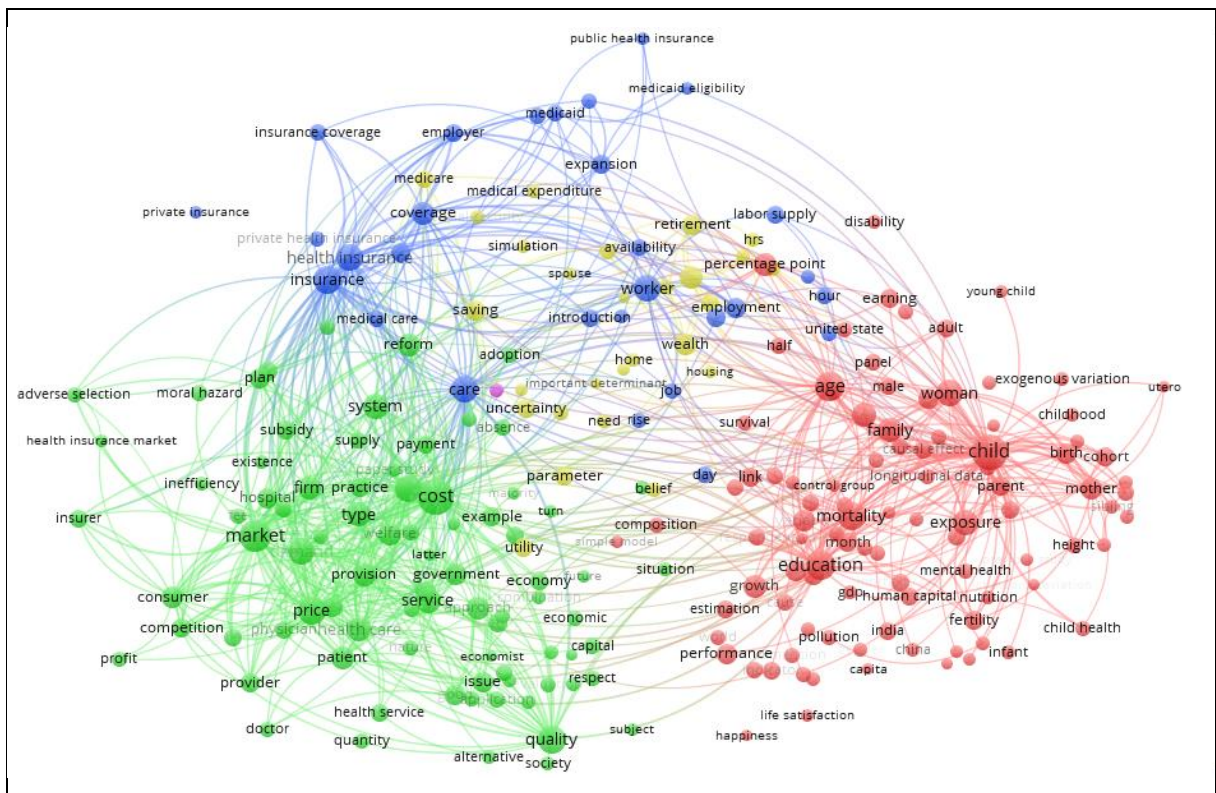


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

Por fim, a Figura 7 permite visualizar os principais temas discutidos pela literatura de Economia da Saúde dos 30 periódicos melhores ranqueados na área de Economia. Neste mapa de *Co-word*, percebem-se a formação de quatro *clusters*. Os termos condensados em torno do *cluster* verde demonstram que a discussão sobre Economia da Saúde feita nestes periódicos possui sentido utilitarista. A discussão é feita em torno de questões como “mercado”, “consumo”, “competição”, “lucro”, “custo”, “seleção adversa” e “risco moral” (problemas de assimetria de informação), os quais recebem destaque nos trabalhos filtrados. O termo “bem-estar” (*cluster* verde) e “utilidade” (*cluster* amarelo) aparecem de maneira menos destacada no mapa criado, mas subsidiam estas discussões. Acrescenta-se, ademais, que o papel do “governo” (verde) neste ambiente de fornecimento de serviços de saúde é destacado. Crê-se que este seja tratado num contexto de avaliação da eficiência dos serviços providos. O *cluster* vermelho apresenta um conjunto de variáveis utilizadas pelos artigos, indicando que a maioria

destes têm como perfil a avaliação de questões relacionadas a saúde a grupos como “família”, “mulheres”, “homens”, “crianças”, “mães”, seguindo o perfil dos outros mapas construídos, com base em variáveis como “idade”, “educação”, “taxa de mortalidade”, “crescimento” e outros. Os *clusters* amarelo e azul apresentam maior proximidade e demonstram que temas como “seguros de saúde”, “gasto hospitalar”, “mercado de trabalho”, “emprego” e outros acompanham a discussão sobre saúde nos artigos selecionados.

FIGURA 7: Mapa de Co-word para os 30 periódicos melhores ranqueados na área de Economia



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS e por meio do programa VOSviewer

É importante notar, aqui, como a análise para o grupo de periódicos *Qualis* B1 aproxima-se mais dos mapas dos periódicos internacionais. Isso pode ocorrer porque os autores que publicam nos periódicos mais prestigiados estariam utilizando a metodologia (e em consequência a perspectiva moral) predominante nos periódicos internacionais. É comum, na área de economia, se considerar que a fronteira do conhecimento da área tem origem no exterior, portanto, de certo modo, pode-se dizer que os autores que publicam nos periódicos mais prestigiados nacionais adotam metodologias (e perspectivas) que estariam mais na fronteira da ciência econômica relacionada à saúde.⁵³ Avaliações de custo-eficiência e custo-efetividade

⁵³ Isto é referendado, por exemplo, em ranqueamentos diversos (de fator de impacto), como o de Combes e Linnemer (2010), nos quais os periódicos brasileiros estão bastante longes das primeiras posições. Exceção pode

aparecem com maior destaque do que quaisquer palavras que tenham relação com a perspectiva de filosofia moral não-utilitaristas. Ilustrativo, em nossa opinião, é que a palavra “direito”, como na expressão direito social/fundamental não aparece no mapa da Figura 1. Nossa conclusão, até aqui, é de que em termos de filosofia moral, pode-se dizer que os economistas tendem a avaliar a saúde, nos periódicos mais prestigiados no Brasil e que são nacionais, a partir de uma visão utilitarista.

5.2 A ECONOMIA DA SAÚDE E SUAS NUANCES MORAIS

Esta seção complementa a análise iniciada na seção anterior, a partir da leitura propriamente de um conjunto de artigos que discutem o tema saúde, nos periódicos classificados no *Qualis* como B1. A atenção é direcionada a aspectos tratados nos artigos selecionados que permitam classificá-los dentro de cada filosofia moral discutida no capítulo 2. Os principais tópicos considerados serão os objetivos do trabalho, a metodologia aplicada e as proposições normativas de políticas públicas (ajustes, reformas, mudanças radicais). O Quadro 6, localizado no Apêndice C, fornece informações extras dos artigos discutidos nesta seção, como a metodologia detalhada, as bases de dados utilizadas e seus principais resultados. Marque-se enfaticamente que esta seção tem como objetivo robustecer a conclusão obtida com a análise de Mapas de *Co-word*. Em geral, a análise de *Co-word* teria o intuito de mostrar um resultado sem que a leitura do material analisado fosse necessária, mas optou-se por fazer essa leitura porque essa metodologia é um tanto nova para objetivos como o dessa dissertação: desnudar as concepções morais por detrás das análises técnicas em economia (especificamente em economia da saúde).

Dado o acima, esta parte do trabalho é dividida em duas subseções. A primeira apresenta a literatura revista que apresenta bases morais predominantemente calcadas na abordagem deontológica e na ética das virtudes. A segunda subseção, por sua vez, apresenta os trabalhos de caráter predominantemente utilitarista. Essas inclinações morais são verificadas tanto na justificativa apontada pelos autores para a realização de seus respectivos trabalhos, pela metodologia empregada na pesquisa, quanto nas proposições normativas realizadas.

ser feita à classificação proposta por Lee et al (2010), que apresenta metodologia particular para diferenciar o fator de impacto de periódicos considerados ortodoxos daqueles tratados como heterodoxos pela comunidade científica da Economia. De acordo com esta metodologia, o periódico brasileiro *Revista de Economia Política*, considerado heterodoxo, aparece melhor ranqueado. Nesta também é visto, em pior colocação, o periódico brasileiro *Revista de Economia Aplicada*, considerado ortodoxo.

5.2.1 Direitos e aspectos culturais nos artigos econômicos sobre o sistema de saúde

Vamos comentar, portanto, cada um dos trabalhos lidos no que segue.

O trabalho de Marques (1996) (*Estudos Econômicos*) traça uma relação entre mudanças verificadas no mercado de trabalho (sua flexibilização) e a estrutura de bem-estar social estabelecida no mundo contemporâneo. Discute, então, se as propostas de garantia de renda mínima constituem soluções adequadas para as problemáticas sociais verificadas no mercado de trabalho e na sociedade. Para tanto, resgata o processo histórico de criação destes sistemas de seguridade, bem como o contexto econômico que permitiu sua consolidação, retomando o caso da Europa Ocidental nos séculos XIX e XX. Destaca, assim, o papel de trabalhadores organizados na origem e ampliação dos sistemas de proteção e ressalta que o Estado assume tal responsabilidade em função de organizações independentes de trabalhadores (movimentos sociais), num momento de gestão taylorista do trabalho social. Ademais, demonstra que sistemas de proteção sociais foram criados no mundo pós-Segunda Guerra Mundial, quando o processo de produção fordista era hegemônico, a partir do reconhecimento do Estado – agora Estado de Bem-Estar Social – de que questões como invalidez, velhice, saúde, desemprego, etc., são questões que constituem, ou podem constituir, direitos sociais.

Em função da percepção desses novos direitos, o Estado assume a responsabilidade de fornecer mecanismos de assistência e/ou seguridade, em alguns casos de maneira universal. Os pontos discutidos refletem, de certa maneira, o modo como a estrutura de direitos sociais foi estabelecida no Brasil. Como exemplos, estão as organizações sociais que se fizeram presentes na normatização de direitos sociais da CF de 1988 e a vinculação entre o mercado de trabalho formal e o acesso ao sistema de saúde, predominante no período anterior à institucionalização do SUS, mas ainda prevalente nos dias atuais em virtude de percentual significativo de planos de saúde serem vinculados às relações patronais. Em um sentido Walzeriano, uma análise como a de Marques (1996) indica que vários novos direitos passam a ser importantes em um novo contexto da sociedade capitalista (ou de mercado). Entre eles, estaria o direito à saúde. A normatividade da esfera de justiça relativa à saúde muda, no novo contexto ela passa a ser percebida como algo que deve ser garantido aos cidadãos de determinada nação. É claro que outras esferas de justiça relacionadas, como a grande área da seguridade social, também ganham importância, mas a saúde passa, sem dúvida, a constituir uma dessas esferas de justiça valorizadas.

O trabalho de Scussel (1998) (*Análise Econômica*) tem como tema principal o processo de criação de novos municípios e o seu impacto na oferta de equipamentos de consumo coletivo,

serviços e infraestrutura nas áreas urbanas que adquirem esse status. De maneira específica, avalia a variação ocorrida na oferta de equipamentos de saúde, educação, abastecimento de água e sistema viário em municípios criados no estado do Rio Grande do Sul. O contexto apresentado pela autora é a intensificação das discussões sobre descentralização política e a demanda por autonomia administrativa, em nível municipal. Neste ambiente, as defesas por emancipação municipal, conforme pontua a autora, se pautam num argumento enaltecido “das forças e vontades locais”, em contraposição a uma situação de concentração de renda e de poder em torno do Estado, capaz de direcionar a cidade em prol de “matrizes históricas de suas respectivas culturas” (ibid., p. 114); e também a possibilidade de maior eficiência na administração pública, obtida através de máquinas administrativas mais “enxutas”. Argumentos contrários ressaltam o custo econômico envolto no processo de emancipação municipal e a possibilidade de os movimentos políticos envolvidos com a demanda emancipatória serem manipulados por elites políticas e econômicas. O trabalho encontra resultados favoráveis da emancipação sobre a oferta de infraestrutura, equipamentos e serviços urbanos nos locais observados, e justifica este resultado por fatores econômicos, políticos e culturais. Destaca-se, aqui, a fundamentação teórica e a justificativa utilizada para os resultados encontrados, calcada na relevância de fatores sociais e históricos (políticos e culturais).

Dain (2001) (*Economia e Sociedade*) discute a relação entre as necessidades de financiamento do setor público, orçamento fiscal e políticas públicas, num contexto de elevada dívida pública e as propostas de contração fiscal para o Estado brasileiro. É pontuada a relação político-econômica que estava estabelecida entre entes federativos por meio do princípio de descentralização administrativa dos serviços públicos, presente na CF de 1988. Neste último ponto, a autora critica a política econômica levada a cabo para lidar com a problemática da dívida pública e argumenta que esta tem dado à “política social [aos direitos sociais, portanto] um tratamento residual no contexto das decisões sobre alocação de recursos públicos” (ibid., p. 140).

Acrescenta a autora que “priorizar o pagamento de juros e cortar gastos sociais exprime uma hierarquização das decisões de gasto [...]. Se pudéssemos alterar tais hierarquias e **declarar inadiáveis os direitos sociais**⁵⁴ [...] a leitura da problemática do financiamento público seria construída de outra maneira [...]” (ibid., p. 114). O trabalho ainda dá destaque ao fato de a saúde obter um *status* similar ao da previdência na categoria de direitos sociais. Além disso, faz críticas à Emenda Constitucional (EC) 29/2000 em função da instabilidade dos valores

⁵⁴ Grifo nosso.

vinculados, do “esvaziamento” verificado no Orçamento da Seguridade Social, principalmente por causa da desvinculação das contribuições federais ao orçamento destinado à saúde. Neste cenário, defende políticas que complementem a EC n. 29/2000, garantindo fontes de receitas estáveis e duradouras tanto para o sistema de saúde quanto para o orçamento de seguridade, com o objetivo de “criar uma instância de financiamento capaz de dar materialidade aos direitos sociais do segmento mais vulnerável da população brasileira” (ibid., p. 139). Novamente, os direitos sociais são mencionados, agora, ainda mais, referidos como “inadiáveis”, pois percebidos como essenciais, necessários tanto quanto os direitos negativos, tal como o direito à opinião e à expressão.

Marques e Mendes (2005) (*Economia e Sociedade*) discutem o processo que resultou na institucionalização da EC n. 29/2000, com enfoque nas tensões existentes com a área econômica do Governo Federal da época, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao próprio conceito de saúde. Na visão dos autores, as tensões comentadas⁵⁵ indicam que não há consenso sobre a saúde ser um dever do Estado e um direito do cidadão, nos termos definidos na CF de 1988. Retomam princípios que norteiam a CF, como a ampliação da cobertura de seguridade para seguimentos anteriormente desprotegidos, a gestão descentralizada, a participação social no processo decisório e no controle da execução das políticas e a garantia de recursos mínimos para a implementação das políticas. Estes aspectos destacariam o caráter progressista dos constituintes e demonstrariam uma “clareza quanto à necessidade de serem dados passos concretos em relação ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar” (ibid., p. 160), garantindo direitos básicos e universais de cidadania. No que diz respeito a este último aspecto, argumentam em favor de uma solidariedade entre saúde, previdência e assistência social, uma vez que todos esses fatores fariam parte de um programa de Seguridade Social mais abrangente. Não obstante, pontuam que a Seguridade Social, tratada como o conjunto de proteção social instituído na CF de 1988 ainda não havia sido implantado, do ponto de vista organizacional e financeiro, em função das tensões debatidas. Mas, acrescentam, “seus princípios permanecem importantes para os movimentos e lutas sociais, enquanto inspiradores e norteadores dos **direitos sociais**

⁵⁵ Entre essas “tensões”, estão: a vinculação dos recursos oriundos do Ministério da Saúde no momento inicial de funcionamento das NOBs de 1993 e 1996; o uso de recursos do SUS em serviços outros da grande área de Seguridade Social, especialmente nos anos de 1989 e 1990; o não cumprimento do repasse de 15,5% do PIB para a área da saúde por parte do Executivo Federal, descumprindo a Lei de Diretrizes Orçamentárias do ano de 1993; a criação do Fundo Social de Emergência (atualmente Desvinculação das Receitas da União, DRUs); a interpretação divergente dos Ministérios da Saúde e Fazenda sobre o ano-base de aplicação da EC n. 29; dentre outros.

universais” (ibid., p. 162).⁵⁶ Por fim, tecem comentários sobre o desdobramento que o cenário econômico possui no tratamento da saúde e do programa de seguridade em geral, e alerta que políticas de austeridade fiscal, quando alçadas de maneira prioritária pelo governo, podem colocar em risco o princípio de universalidade do sistema. Além disso, demonstram preocupação pelo desmanche do SUS, primeiramente direcionando-o a atendimento da parcela mais carente da população, em função da escassez de recursos e, posteriormente, com propostas de modelos alternativos de gestão de saúde. Se vê, no artigo em comento, uma inclinação à ideia de que o direito universal à saúde se sobrepõe às considerações orçamentárias contingenciais ou contextuais. Há uma hierarquização de valores em que considerações sobre as finanças públicas devem ser secundárias em relação àquilo que constitui um direito.

Já Ocké-Reis et al (2006) (*Revista de Economia Contemporânea*) avaliam a dependência da formação do mercado de planos de saúde privados no Brasil com o padrão de financiamento público, isto é, com base num conjunto diverso de incentivos governamentais. Este processo ocorreu em função de fatores particulares tocantes ao mercado de saúde privado, como a baixa mobilidade dos fatores de produção, custos de insumos referentes à inovação tecnológica crescente, custos de transação, entre outros. Estes demandaram do Estado apoio para a garantia de sua estruturação e expansão, principalmente na ausência de serviços públicos satisfatórios.⁵⁷ Os autores argumentam que a assistência à saúde se apresenta, então, como um bem de consumo, desde a década de 1960, quando cresce a contratação de planos de saúde por parte de trabalhadores formais, por meio de contratos individuais ou da adesão a um contrato corporativo ou associativo.

Esperava-se que o SUS revertesse esse padrão, dado o princípio de universalidade de acesso. No entanto, o sistema não foi capaz de abranger o “núcleo dinâmico” de trabalhadores formais da economia, criando o fenômeno conhecido como “universalização excludente”, diante de fatores como a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços fornecidos pelo sistema público. O papel do Estado na formação e sustentação do mercado de planos de saúde explicaria os conflitos políticos que resultaram na estrutura do sistema de saúde vigente. Este processo, por sua vez, dá embasamento para “refutar a política de privatização e o controle indiscriminado de custos propostos ao SUS” (ibid., p. 160). Atualmente, o mecanismo de financiamento se mantém por meio de dedução do Imposto de Renda, tanto para pessoa física

⁵⁶ Grifo nosso.

⁵⁷ Na década de 1960 a 1980, via incentivos governamentais diretos (financiamento a juros reais negativos para construção de instalações e compra de equipamentos, com longo prazo de carência, por exemplo) e indiretos (permissão às firmas para devolver ou descontar parte da contribuição previdenciária; estabelecimento de normas jurídicas que abriam espaço à expansão do setor).

quanto para pessoa jurídica. Os autores questionam a validade da existência destas deduções, uma vez que estes recursos seriam direcionados a um mercado já sustentável, bem como pela presença de escassez de recursos no âmbito público, para sustentar o sistema público. O Estado continuaria agindo de modo favorável às “condições de rentabilidade dos planos de saúde” (ibid., p. 180), como se verificou até a década de 1990. Por fim, defendem que o caminho para a consolidação do SUS é a promoção da universalização, incorporando os indivíduos pertencentes às classes baixa e médias, por meio do aumento do gasto público em saúde e aumento da qualidade do gasto realizado. Estes aspectos, por sua vez, dependem “de coalizações políticas entre classes e grupos heterogêneos” (ibid., p. 181).

O artigo trata, essencialmente, da relação entre a consolidação do mercado privado de saúde e sua dependência do papel do Estado brasileiro para alcançar este patamar, e a consequente criação de “dilemas” entre intensificação da estrutura pública de saúde (a fim de solucionar os problemas existentes e efetivar os princípios do SUS) ou consolidar a assistência ao setor privado (acrescentando funcionalidades a mais que um serviço do tipo complementar). Embora este caráter, permite uma interpretação a partir de incentivos malconduzidos e implementados que estariam nas raízes dos problemas do sistema universal público. Neste contexto, não se pode dizer peremptoriamente que os autores façam uma defesa implicitamente deontológica do sistema. Uma das interpretações possíveis seria: uma vez que se deseja um sistema universal público, políticas públicas de incentivo à formação de um mercado privado de saúde estariam contra a política inicialmente desejada. É apenas de maneira mais abstrata que colocamos esses autores no campo da defesa da saúde universal como direito – é necessária essa ressalva na análise desse artigo.

Marinho e Cardoso (2007) (*Economia Aplicada*) analisam os tempos de espera em serviços de internações relacionadas a gravidez, parto e puerpério, bem como seus determinantes, no SUS. É pontuado a relação entre tempo de espera, nos quesitos avaliados, e o impacto na saúde de gestantes, mães e de recém-nascidos. Advogam que os problemas das filas estão relacionados a discrepâncias entre demanda e oferta, ocasionadas pela ausência de um mecanismo de preços como determinante da produção e consumo de bens e serviços de saúde. Este aspecto choca-se com o direito dado a pacientes de receber atendimento em qualquer unidade de saúde, em momentos anterior, durante e posterior ao parto. Para estimar o tempo de espera, os autores utilizam o modelo de teorias das filas (*queueing theory*) que, em síntese, considera o intervalo de tempo ocorrido entre a chegada do paciente e a duração média do tratamento por ele recebido, computado por meio de procedimentos estatísticos. Os seus determinantes são estimados por modelos multinível, em função do compartilhamento de

serviços entre municípios. Aqui, não há uma defesa clara sobre determinado aspecto que poderia se classificar de acordo com uma abordagem moral específica, mas há a ressalva do direito resguardado ao acesso aos serviços de saúde. Por esta razão, o artigo é aqui classificado.

Caliari et al (2009) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) analisam a estrutura dos gastos com saúde nos municípios, buscando captar influência no direcionamento dos gastos por pressões políticas (direcionamento partidário) e pressões institucionais (advindas do governo federal). A discussão é apresentada no contexto de efetivação da EC 29/2000 e da redução na autonomia municipal na gestão dos serviços de saúde que lhe competiam, em vista do estabelecimento do piso de gastos no setor. Esse piso criou um mecanismo de “alocação forçada”, que possuiria impactos nas diretrizes de políticas de saúde definidas em nível municipal. Dois fatores, então, caracterizariam as pressões institucionais.

Em primeiro lugar, a dependência de recursos da União, principalmente nas regiões norte e nordeste. Isto ocorreria porque o repasse depende do nível de complexidade dos serviços prestados pela prefeitura, uma vez que os serviços podem ser direcionados à gestão básica ou plena do sistema. Caso a opção seja pelo último, há a existência de serviços de alta complexidade, com perfil de baixa demanda e alto custo, aspecto que definirá, portanto, o modelo de gestão municipal da saúde. Verificam uma redução das receitas oriundas do SUS para os municípios após os anos 2000, e buscam analisar se este comportamento está relacionado ao percentual mínimo vinculado aos impostos municipais que devem ser gastos com a saúde. O outro fator que teria relevância para explicar a alocação dos gastos seria a influência partidária, sob a hipótese de que partidos políticos, no poder, possuem diferentes orientações para a alocação destes recursos. Novamente, a inclinação moral não fica tão explícita nesse trabalho. Contudo, pode-se argumentar que uma hipótese implícita dos autores seja a de que uma vez insculpido o direito universal à saúde na CF de 1988, as pressões políticas por usos diversos dos recursos que deveriam ser destinados à saúde estariam em desconformidade com a garantia de um direito social constitucional. A discussão, então, passaria pela questão de ser (ou não) legítima a luta política que se instala sobre os recursos públicos que deveriam ser destinados à garantia de um direito social, presumivelmente inalienável.

Politi (2014) (*Economia Aplicada*) estima a desigualdade no uso de serviços de saúde, para a rede pública e privada, e avalia quais fatores são mais relevantes para contribuir ou amenizar as desigualdades verificadas. É ressaltado que o princípio de “equidade horizontal” rege o modo de funcionamento das políticas de saúde de uma gama de países, dentro os quais está o Brasil. De acordo com este, “individuais com necessidades iguais de saúde devem ter

possibilidades iguais de encontrar e obter tratamento” (ibid., p. 118). Não obstante, também ressalta que a garantia deste princípio é desafiadora, frente à situação de demandas crescentes por bens de saúde, tornando a condição de igualdade exceção e não a regra de funcionamento dos sistemas de saúde existentes, mesmo em economias mais desenvolvidas. A metodologia para computo da desigualdade horizontal e os seus fatores explicativos, segue procedimento desenvolvido por O’Donnell et al (2008), segundo a qual o acesso aos serviços de saúde é avaliado segundo a distribuição de seu uso de acordo com as classes socioeconômicas. Estima a distribuição esperada de acesso aos serviços de acordo com o estado de saúde observado (necessidade prevista) e calcula a distribuição de acesso relativo a fatores demográficos (necessidade padronizada). Este último considera a diferença entre o nível de uso verificado e a estimativa da necessidade prevista. A estimativa final captaria de maneira adequada as diferenças de distribuição existentes entre as classes econômicas. Por fim, calcula-se o índice de concentração e a decomposição dos fatores que o explicam. Comenta-se, aqui, que apesar de ser reconhecido no trabalho a dificuldade de se efetivar o acesso equânime aos serviços de saúde para toda a população, há uma defesa, pode-se dizer explícita, da garantia deste princípio de maneira abrangente. A preocupação com a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pode ser associada à concepção de necessidade social trazida por Michael Walzer, aspecto que se reafirma quando se analisa os princípios norteadores do sistema de saúde brasileiro.

Nos artigos acima, os autores discutem, em sua maioria, os defeitos do sistema de financiamento do sistema universal de saúde, bem como incentivos que trariam prejuízo à manutenção do mesmo e, também, como a visão econômica do orçamento impacta a concessão de um direito que teria raízes no mundo com a ascensão dos estados de bem-estar a partir de meados do século XX e, no Brasil, com a Carta Magna de 1988. É preciso dizer que a explicitação da defesa da saúde como direito social irrevogável varia em questão de grau entre as análises apresentadas. Por vezes essa defesa fica mais implícita, mas em outras ela é mostrada de maneira bastante clara, como princípio normativo que está insculpido no ordenamento jurídico. As tensões tanto da área econômica do Executivo da União, como também entre os agentes políticos é analisada como se sobrepondo a algo que deveria estar garantido (o direito à saúde universal). Por fim, é mister dizer que a interpretação apresentada aqui é passível de discussão, mas reputa-se razoável a conclusão de que os artigos acima adotam em nível principiológico, mais ou menos implicitamente, o direito à saúde como direito essencial a ser garantido pelo Estado. Isso fica mais claro ainda no contraste com os artigos que são elencados e analisados na próxima subseção.

5.2.2 As abordagens utilitarista e consequencialista nos artigos econômicos sobre o sistema de saúde

Da mesma forma que realizado na subseção anterior, cada um dos trabalhos lidos que julgou-se possuir abordagem predominantemente utilitarista e/ou consequencialista, é comentado em seguida.

De começo, para a análise de artigos com inclinação utilitarista, tome-se os trabalhos de Kassouf (1993; 1994; 1995; 1997) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*). Nestes trabalhos, são estimadas funções de produção de saúde com o objetivo de avaliar a demanda por saúde de crianças em diferentes idades, para os três primeiros artigos, e a demanda por saúde para trabalhadores adultos, no último. Discutem os seguintes aspectos: como a saúde da criança é afetada pelo tempo dedicado pela mãe aos seus cuidados, em oposição ao aumento do tempo da mulher despendido no mercado de trabalho, no primeiro trabalho; como o consumo de “insumos” afeta a “produção de saúde” de crianças, nos três primeiros trabalhos; qual o impacto que a educação materna e condições de saneamento básico possuem sobre a saúde das crianças, a interação entre essas duas variáveis (substituibilidade ou complementariedade) e suas relações com a saúde infantil, no terceiro trabalho; e qual a importância da saúde para a produtividade do trabalhador, no último.

Para as análises, todos os trabalhos utilizam o modelo econômico familiar apresentado por Gary Becker (1965; 1981) moldado para avaliar as questões relativas à saúde das crianças. Os desenvolvimentos feitos por Grossman (1972) são incorporados para observar a relação entre saúde e mercado de trabalho. O modelo de Becker (1985; 1981) considera que os indivíduos administram seus recursos (tempo e bens de mercado) para obter bens que não são propriamente do mercado, como a saúde. Grossman (1972) trata a saúde como um componente endógeno à estrutura de decisões familiares, no qual a sua procura cresce com o aumento da renda familiar e um melhor nível de saúde aumenta a produtividade do trabalho, bem como o rendimento familiar. Para os três primeiros trabalhos, a saúde das crianças é incorporada em uma função de utilidade dos pais, junto a outro conjunto de bens de consumo. A saúde infantil dependerá dos métodos de alimentação; insumos de saúde; gastos médicos; saúde e educação da mãe; tempo de lazer do adulto; entre outros fatores. A função é maximizada observando restrição orçamentária e uma função de produção de saúde, tendo como resultado uma função de demanda por saúde das crianças. O desenvolvimento feito pelo último artigo tem como resultado uma equação que relaciona saúde, rendimento e horas de trabalho.

Em função dos resultados encontrados, como conclusão normativa (indicação de política), a autora pontua que seria necessário um conjunto de políticas públicas para lidar com a mudança do perfil do mercado de trabalho brasileiro, aspecto que subsidia a discussão realizada nos três primeiros artigos, e a criação de programas de saúde de boa qualidade e acessíveis a toda a população, dada a relação positiva entre melhoria da saúde e aumento da produtividade do trabalho, tema discutido no quarto artigo. Mesmo que as proposições estejam voltadas ao realce da relevância da atuação do Estado na esfera da saúde, esses trabalhos podem ser tomados como utilitaristas em função de suas metodologias e conclusões. Nisso, é importante enfatizar que o utilitarismo não tem como princípio derivado a proposição de medidas tendentes à diminuição da ação do Estado. O princípio é provocar o maior bem líquido ao maior número de pessoas, seja pela maior ou menor intervenção estatal no domínio econômico. Assim, mostrar que a manutenção de boa saúde da população é de interesse porque há impactos positivos na produtividade do trabalhador justifica os programas de saúde através de suas consequências. Ao contrário, abordagens cuja filosofia moral implícita é calcada na garantia de direitos, essencialmente não dependem de argumentos sobre resultados (i.e. consequências) para advogar em favor de participação mais decisiva do Estado na provisão de saúde.

Motta et al (1994) e Motta e Mendes (1995) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*), discutem o custo do uso de bens e serviços ambientais.⁵⁸ O primeiro trabalho estima os custos ambientais referentes ao uso da água nas áreas urbanas brasileiras, a partir de sua relação com medidas de consumo das famílias, ao passo que o segundo trabalho busca avaliar a relação de causa-efeito entre poluição do ar e a mortalidade por doenças respiratórias para a cidade de São Paulo – SP, bem como os custos de saúde desta poluição para os municípios de São Paulo – SP, Cubatão – SP e Rio de Janeiro – RJ. Estes custos são estimados da seguinte forma: encontra-se os valores ambientais a partir de uma associação dos custos de saúde (gastos médicos e preventivos) envolvidos com a degradação da qualidade da água (riscos de contaminação) e por meio do cálculo dos gastos de investimento necessários para evitar tais perdas ambientais (expansão de serviços de coleta e tratamento de água).

⁵⁸ Bens e serviços ambientais, neste contexto, referem-se aos recursos destinados ao tratamento de determinada problemática ambiental, em particular, que envolvem tratamento de água, esgoto, qualidade do ar, etc., e que, aqui, possuem impactos diretos na saúde de determinada população. Olivia e Miranda (2005) e Almeida e Presser (2006), por exemplo, discutem as tentativas da literatura em definir conceituações para estes produtos que, em síntese, surgem a partir de esforços da Organização Mundial do Comércio (OMC) em estabelecer critérios claros e objetivos para negociação internacional destes bens e serviços.

Os trabalhos tratam do conceito de “renda sustentável”, que incorpora a noção de “custo de uso” dos recursos ambientais. Este conceito traz à tona a possibilidade de esgotamento dos recursos naturais – destacando sua escassez – e faz apontamentos sobre a conseqüente redução do nível de utilidade ou de produtividade dos agentes econômicos, presentes e futuros, em razão das externalidades negativas geradas pela degradação deste meio. O meio ambiente, portanto, é suposto como um “agente privado” que deveria ser recompensado pelo mercado de maneira equivalente ao que fornece à sociedade. Haveria, então, a necessidade de as gerações presentes incorporarem estes aspectos nos cálculos tradicionais de custo, de modo a fundamentar adequadamente decisões de alocação de recursos, isto é, de consumo final, que deveriam ser sustentáveis.

O modelo empírico utilizado permite o cálculo do custo para a saúde destas condições ambientais, inclusive, com o computo de um indicador de “custo estatístico da vida por óbito” registrado. Estes destacam as relações entre saúde e questões ambientais e como estes aspectos podem afetar indivíduos com menores níveis de renda, uma vez que estão mais expostos e possuem menos mecanismos de proteção a tais problemáticas. Em ambos trabalhos os autores concluem que políticas preventivas à poluição do meio ambiente deveriam ter prioridade, dados os altos custos impostos à sociedade – incluindo custos com saúde - resultantes do consumo que degrada o meio-ambiente.

Poucas hipóteses são tão utilitaristas em ciências sociais como a medição de custos dos mais variados contra vidas humanas. Isso nos remete a problemas clássicos do utilitarismo como o apresentado no artigo de Judith Jarvis Thompsom, “*The Trolley Problem*” (THOMPSON, 1985), já comentado na seção 2.1 deste trabalho. O chamado “problema do bonde” expõe o caráter essencialmente quantitativista do utilitarismo moral – “matar apenas uma pessoa é melhor que matar duas ou mais”. Ao mesmo tempo, a suposição de que as reparações ao meio-ambiente devem ser equivalentes aos bens que ele fornece é grandemente calcada na mensuração das conseqüências (resultados) advindos das atividades econômicas. Diferentemente, uma abordagem advinda de outra vertente da filosofia moral poderia encarar o meio-ambiente como “possuindo valor em si mesmo”. Embora esse último exemplo tome caminho radicalmente diverso do utilitarismo, isto é, ele é radicalmente oposto, apenas a mensuração da vida humana e a ideia de que o meio-ambiente deva ser compensado na medida dos resultados positivos que fornece, fazem do artigo em comento um exemplar do pensamento utilitarista dentro da economia. A relação do meio-ambiente com a saúde, deve-se dizer, fica bastante clara também no artigo em foco, por isso considera-se o mesmo como relacionado com a área de Economia da Saúde.

No mesmo tema relativo ao meio-ambiente, Aguirre e Faria (1996) (*Estudos Econômicos*) apresentam uma medida de avaliação dos benefícios ou custos de projetos de investimentos ambientais, através da chamada “avaliação contingente”. Por meio de questionamentos a um conjunto de beneficiários potenciais de um projeto específico, o método busca captar quanto os indivíduos estariam dispostos a pagar por melhorias ambientais. O método, portanto, busca estimar o valor que determinado bem ambiental, de uso coletivo, possui para um indivíduo, em função da ausência de um mercado onde bens como o valor de uma cachoeira com águas límpidas ou o valor de uma espécie animal quase extinta, possam ser precificados – conceito de “valor de não-uso” dos bens. A partir destas informações, são feitas estimativas de benefícios para a população. Se a sociedade decide exaurir ou proteger determinado bem ou recurso ambiental necessitaria de meios adequados de valoração destes produtos do meio ambiente, de modo a ter condições de tomar decisões de maneira racional. Uma utilidade do método, apontado pelos autores, seria a sua aplicação por cortes judiciais que julgam o valor de penalizações a empresas que degradam o meio ambiente. Acrescenta-se que o artigo é incorporado no rol de trabalhos sobre Economia da Saúde pela mesma razão dos trabalhos anteriormente comentados, em função da associação entre as questões ambientais tratadas (despoluição de praias: construção de sistemas de esgoto sanitário e tratamento de efluentes) e saúde (benefícios indiretos por uso de recursos não poluídos).

Novamente, tem-se que a estimativa de valores para bens que comumente não são apreciados em termos de valor inclinam-se a conferir um grau de “utilidade” ou “satisfação” para o bem em questão. Os bens ambientais, então, não são protegidos de maneira absoluta, mas na medida em que os agentes envolvidos avaliam esse bem. Admite-se, ao menos implicitamente, que na avaliação da preservação do meio-ambiente insere-se a avaliação do impacto da degradação do mesmo para a saúde. Como assinala-se acima, quantificações desse tipo são típicas de trabalhos com base moral utilitarista. Mais especificamente, esse tipo de abordagem é ligada ao utilitarismo de preferências, onde a avaliação utilitária está ligada àquilo que os indivíduos “preferem”. No campo da filosofia moral, o principal expoente dessa abordagem é o famoso filósofo da Universidade de Princeton, Peter Singer.

Soares et al (2005) (*Revista de Economia e Sociologia Rural*) avaliam o impacto que o uso de agrotóxicos possui sobre a saúde de trabalhadores rurais que os aplicam. Este aspecto se acentua em função do despreparo da mão de obra em lidar com os novos produtos disponíveis, num contexto que incentivou o uso de defensores agrícolas – através, por exemplo, da Política Nacional de Defensivos Agrícolas, de 1975 – mas ignorou a capacitação técnica dos seus aplicadores. Os autores pontuam que, em função deste cenário, o prejuízo do uso de agrotóxicos

fugiu do campo econômico e atingiu uma dimensão social, “uma vez que, ao prejudicar a saúde humana, demandam verbas públicas e privadas para o atendimento médico-hospitalar” (ibid., p. 687). Ademais, existe a possibilidade de criação de externalidades negativas, dos agricultores para os consumidores dos produtos agrícolas. O cálculo do agricultor da quantidade de agrotóxico a utilizar, observando produtividade e custo marginais relacionados, pode ser divergente do benefício marginal calculado pela sociedade como um todo, pois não inclui danos ao meio ambiente e à saúde humana, criando um resultado diferente daquele que maximizaria o bem-estar social. Defendem que mecanismos de regulação cumpririam papel eficaz neste ambiente, pela capacidade de equilibrar benefício privado e custo ou benefício social.

Silva e Lima (2006) discutem a relação entre a resultante qualidade do ar, dado as queimadas, e o custo econômico desta para a saúde da população. Para tanto, buscam determinar quanto a população do estado do Acre estaria disposta a pagar pela redução dos prejuízos causados pela prática da queimada e, também, comparar o valor encontrado com o custo da saúde, nas variáveis de morbidades respiratórias. Da mesma forma que o uso de agrotóxicos em plantações, o uso de queimadas para o preparo do solo faz com que a produção agrícola seja maior que o ótimo social, uma vez que o agricultor não incorpora os custos relacionados à poluição ambiental na sua função de produção. Este processo cria externalidades negativas, absorvidas pela população consumidora. Utilizam o método de Avaliação Contingente para o cálculo da disposição a pagar da população acreana pela redução da prática avaliada. O método aplica o que é chamado de *Referendum with Follow-up*, primeiramente proposto por Carson et al (1986), que apresenta para cada entrevistado dois lances sobre o valor possível a ser pago para a redução da poluição ambiental, no qual o segundo lance é circunstancial à resposta dada ao primeiro, de modo que quanto maior for o lance oferecido, menor será a chance do entrevistado se dispor a aceitá-lo. Pontuam que o valor máximo que a sociedade estaria disposta a pagar pela melhoria da qualidade do ar poderia ser utilizado para o financiamento de projetos que possibilitassem condições alternativas aos produtores rurais à prática de queimada para o preparo do solo.

Nos dois estudos acima – Silva e Lima (2006) e Soares et al (2005) -, entram em cena as chamadas externalidades. Novamente, assim como o conjunto de modelos que formam o que alguns economistas chamam de Economia da Informação, o conceito de externalidade é um tipo clássico das chamadas “falhas de mercado”. A existência dessas falhas de mercado – nos casos acima, informação incompleta e externalidades – resultam em um resultado de maximização da utilidade que seria menor do que o hipotético ótimo que seria obtido no caso de um mercado que funcionasse sem essas restrições. Nesses casos, por óbvio, existe a

avaliação dessa eficiência comparativa à situação hipotética em termos de algum tipo de função de bem-estar que, na maior parte das vezes, é derivada de algum tipo de agregação de funções de utilidade individuais. Em Silva e Lima (2006), há a avaliação das preferências utilitárias em termos monetários – “disposição a pagar” – um tipo de modelo em que subjaz, fortemente, a moralidade do tipo utilitarista.⁵⁹

Seguindo linha similar de Motta et al (1994), Motta e Mendes (1995) e Aguirre e Faria (1996), discutidos acima, Souza et al (2013) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) avaliam o impacto de mudanças climáticas sobre o nível de bem-estar, por meio do impacto direto daquelas sobre a saúde dos indivíduos e o custo econômico resultante (aumento de consumo de energia e disposição a pagar da população pelas mudanças climáticas). Os efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde podem ocorrer de maneira direta, por meio dos determinantes da saúde (produção agrícola e recursos hídricos, por exemplo), e sobre os processos sociais (secas prolongadas podem resultar em migrações populacionais do meio rural para o urbano, alterando a infraestrutura deste último). O trabalho foca no primeiro aspecto mencionado, de efeitos sobre a fisiologia humana. O modelo utilizado segue a derivação proposta por Deschênes e Greenstone (2007), que define uma função de produção de saúde capaz de captar a não linearidade e efeitos dinâmicos que caracterizam suas relações com o clima, além de estratégias adaptativas dos agentes. O indivíduo deverá escolher uma cesta de consumo alternativa e gasto privado com medidas atenuantes das mudanças climáticas, de modo a maximizar sua utilidade, restrita a uma função de produção de “taxa de sobrevivência” e restrição orçamentária. O nível de consumo ótimo do indivíduo para os bens considerados será função dos preços destes, de sua renda e da temperatura observada. As disposições a pagar por uma variação na temperatura são obtidas pela utilidade marginal da taxa de sobrevivência e do gasto privado em relação a variações na temperatura.

Neste último, a relação entre mudanças climáticas e saúde são tratadas a partir de seu impacto em questões econômicas, isto é, não são abordadas como um “fim em si mesmo”. Além disso, a metodologia utilizada tem como princípio um processo de maximização de utilidade, a partir de ferramenta que permite captar preferências individuais e disposições a pagar por diferentes estados disponíveis, agora por meio de variáveis agregadas, diferentemente do que foi feito, por exemplo, em Aguirre e Faria (1998), que utiliza de pesquisas de campo. Estes aspectos configuram ferramentas tradicionais da moralidade utilitarista.

⁵⁹ A associação entre o computo da disposição a pagar dos indivíduos e o utilitarismo é feito no capítulo 2 do trabalho. Os trabalhos de Anderson (1993), Staveren (2009b) e Wight (2015) apresentam algumas críticas à mensuração da utilidade em termos monetários.

Nunes (2000) (*Revista Brasileira de Economia*) desenvolve um modelo teórico que busca estabelecer relação entre crescimento econômico, gasto individual em saúde e taxa de crescimento populacional, para lidar com o problema de endogeneidade presente em variáveis como mortalidade e fertilidade, quando se analisa modelos e determinantes do crescimento populacional – este último associado ao processo de crescimento econômico. No modelo é considerado um horizonte de tempo infinito, onde a mortalidade depende dos gastos em saúde e a fertilidade é determinada endogenamente. Cada unidade familiar toma suas decisões de modo a maximizar seu nível de utilidade e o de gerações futuras, através da consideração do uso dos recursos disponíveis a seus descendentes atuais e futuros – tratado isso como um comportamento altruísta –, o que maximizaria o nível de bem-estar social. Este processo de tomada de decisão determina a evolução da taxa de crescimento populacional e a taxa de evolução da renda *per capita*.

Alguns fatores permitem classificar este último trabalho, de caráter teórico, como utilitarista. Em primeiro lugar, o tratamento dado à saúde, e seus componentes (mortalidade e fertilidade), ocorre de maneira instrumental, como componentes de crescimento econômico e aumento do nível de bem-estar, isto é, não possuem um valor intrínseco – como pontuado, este último aspecto permitiria sua classificação próxima às abordagens deontológica e/ou da ética das virtudes. Além disso, e talvez o aspecto mais relevante, há a associação entre utilitarismo e consequencialismo. O processo de tomada de decisão familiar considerado leva em conta a noção tradicional de bem-estar social, tratada no capítulo 2. Retomando o que foi lá discutido, Hausman e McPherson (2006) advogam que a Economia do Bem-Estar possui vinculação clara com a abordagem consequencialista. Neste contexto, o utilitarismo defende, mesmo que de maneira implícita, que boas consequências estão relacionadas ao nível de bem-estar alcançado ou resultante de determinada ação tomada. Este é o único fator relevante para o processo de tomada de decisão e, além disso, incorpora os pressupostos de racionalidade e eficiência econômica já tratados. Acrescenta-se, ainda, o papel normativo que o trabalho se propõe a ter, qual seja, lidar com problemas de endogeneidade comumente presentes em proposições de relações entre variáveis como mortalidade e fertilidade.

O trabalho de Castiñeira e Nunes (2000) (*Estudos Econômicos*) retoma o tema do efeito do gasto público em saúde, consumo e investimento, sobre a produtividade. Utilizam os autores, para tanto, o desenvolvimento do modelo de crescimento econômico desenvolvido por Mankiw, Romer e Weil (1992), originalmente proposto por Robert M. Solow, para incorporar educação e saúde na teoria de capital humano como determinantes do crescimento econômico e da produtividade. A discussão que embasa o trabalho é o tamanho do Estado e sua capacidade de

influenciar o nível de bem-estar econômico quando age de maneira ativa ou passiva em questões sociais (tal como provisão de saúde).

Os autores pontuam que os gastos públicos em bens de saúde podem ora aumentar o nível de crescimento econômico, pois incrementam o nível de capital humano da sociedade, ora reduzi-lo, em função do redirecionamento de recursos inicialmente voltados a investimentos produtivos. Mesmo que o trabalho tenha como foco de análise os países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ele permite uma compreensão do modo como o gasto em saúde estava sendo visto, na época, por parte da literatura nacional. A evidente inclinação utilitarista - que de modo nenhum pode ser reputada como de um utilitarismo radical - reside no fato de que os gastos em saúde são avaliados em termos de seus resultados econômicos. Como já foi dito acima a respeito de outro artigo, há justificativa para os gastos em saúde advindos de seus benefícios, e não de algo como o “valor da saúde em si mesma”.

Andrade e Lisboa (2000) (*Nova Economia*) analisam o desenho institucional do sistema de saúde canadense, inglês e norte-americano e avaliam quais são seus respectivos impactos sobre o fornecimento de serviços médicos.⁶⁰ Os autores têm como pergunta central qual sistema – predominantemente público ou privado – é mais eficiente em garantir o acesso a toda a população aos bens de saúde. Neste contexto, discutem problemas no mercado de saúde resultantes de assimetria de informações entre os agentes. Por exemplo, um contrato de seguro-saúde pode envolver problemas de risco moral,⁶¹ tanto na relação entre paciente e seguradora, quanto entre seguradora e agente financiador dos serviços de saúde. Além desse, o problema de seleção adversa⁶² pode se fazer presente. Estes problemas podem ocorrer tanto no sistema de financiamento público, quanto no privado. Em função destas questões, argumentam que a eficiência – no sentido de Pareto – de determinado desenho de sistema de saúde dependerá da existência de incentivos adequados, que se traduzirão em contratos satisfatórios entre provedores e consumidores. As evidências apontadas pelos autores indicam que em sistemas

⁶⁰ Em síntese, o modelo canadense se configura por serviços financiados pelo setor público, mas com maior provimento realizado pelo setor privado; o inglês, com financiamento e provimento pelo setor público; e o norte-americano, com o setor privado responsável pela maior parte do financiamento e provimento.

⁶¹ Ocorre porque a seguradora (principal) não possui mecanismos para monitorar as medidas de precauções em relação à cuidados de saúde tomadas pelo contratante (agente). Este, na presença de seguro pleno, perderia o incentivo a tomar medidas precaucionais, o que não ocorreria na ausência do seguro. Desta forma, utilizariam em demasia os serviços fornecidos pelo seguro, dado que o custo marginal de cada produto à disposição é zero.

⁶² Seleção adversa configura a dificuldade da seguradora em identificar o estado de saúde de um indivíduo, isto é, o risco de adoecimento do contratante, e precificar de maneira adequada o contrato estabelecido. Nesta situação, tende a cobrar um preço médio para todos os contratos. Este comportamento tem como resultado a sobreprecificação dos contratos daqueles com baixo risco de adoecimento e subprecificação do contrato daqueles com alto risco de adoecimento.

de saúde regidos predominantemente pela ótica do provimento público não há a preocupação com o problema de risco moral e, portanto, os contratos predominantes neste regime impedem o uso racional dos recursos.

Andrade e Lisboa (2001) (*Estudos Econômicos*), por sua vez, avaliam a qualidade do sistema de saúde brasileiro por meio da evolução de indicadores de mortalidade e morbidade, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Os indicadores observados de mortalidade permitem observar seus fatores causadores e também a estrutura etária associada. Os autores empreendem esta análise, principalmente, por meio do indicador calculado de anos médios de vida perdidos. Este seria sinalizador da evolução do nível de bem-estar da sociedade, além de permitir avaliar o impacto que óbitos, em sua maioria evitáveis, possuem sobre a atividade econômica, uma vez que reduzem o tamanho da força de trabalho disponível.

Enquanto no primeiro artigo (ANDRADE; LISBOA, 2000) não demonstram inclinação de base utilitarista bem explícita, senão apenas no sentido de garantir a eficiência do sistema, no segundo desses artigos (ANDRADE; LISBOA, 2001), os autores já fazem uma análise que se vê comumente nesses artigos: avaliar os gastos de saúde em termos dos resultados econômicos – nesse caso, a atividade econômica. Adicionalmente, vale comentar que a questão das inclinações utilitaristas dos diversos artigos deve ser vista como uma questão de grau. Um artigo que apenas avalie custos diferentes de alternativas de políticas não é necessariamente utilitarista. No entanto, quando se avalia uma política de acordo com suas consequências, em especial quando medidas de acordo com alguma métrica derivada de “propensões a pagar” ou revelações de preferências, fica bem claro a base moral utilitarista por detrás da avaliação técnica.

Teixeira et al (2002; 2003) (*Estudos Econômicos e Revista Brasileira de Economia*) analisam a formação e sustentabilidade dos chamados Consórcios Intermunicipais de Saúde.⁶³ O primeiro trabalho propõe três formas de atuação do Estado para incentivar a garantir a sustentabilidade destes consórcios, no qual os mecanismos propostos são transferências financeiras diretas para os municípios membros; atuação puramente reguladora do Estado; e um híbrido dos dois primeiros, com o Estado também assumindo a função de garantidor de investimentos para aquisição de novas tecnologias, mais eficientes e produtivas, para o consórcio. O segundo trabalho, por sua vez, avalia apenas a sustentabilidade destes consórcios.

⁶³ Associação entre municípios vizinhos para prover e gerir, de maneira conjunta, bens e serviços de saúde, possibilitando, por exemplo, que um conjunto de municípios utilizem de serviços que apenas outro município tenha a disposição, mediante repasse de recursos daqueles para este. Este processo de articulação e integração beneficiaria seus participantes por meio, por exemplo, de economias de escala e escopo de serviços especializados de mais alta complexidade.

Ambos os trabalhos utilizam um modelo de jogo dinâmico com informação imperfeita, em que o comportamento dos prefeitos – tomadores de decisão – é modelado de tal forma que decidam entre aderir e permanecer no consórcio, de acordo com incentivos disponíveis.

Os modelos propostos utilizados em ambos artigos buscam lidar com o problema do *free rider*, isto é, com a possibilidade de municípios não cumprirem com o contrato durante o período do consórcio e mesmo assim usufruírem do serviço, diante do custo político do bloqueio de fornecimento de serviços de saúde e de punição ao município descumpridor da norma. Logo, contratos devem ser construídos com os incentivos adequados para a manutenção desse tipo de associação. O modelo busca maximizar a utilidade dos gestores municipais (prefeitos), sujeita a uma restrição orçamentária, levando em consideração que estes buscam maximizar seus interesses políticos (chances de reeleição). No primeiro trabalho, a utilidade do prefeito reflete as preferências de um eleitor mediano. Já no segundo, a função de utilidade do eleitor leva em consideração gastos com saúde e com outros projetos sociais e, além disso, incorpora a incerteza sobre o cenário econômico, o qual, na situação que o ambiente econômico é estável, há preferência por gastos em saúde, pelos seus efeitos de médio e longo prazo, enquanto que em situações de instabilidade econômica, há preferência por outros tipos de gasto sociais, com efeitos de curto prazo. O modelo é composto por dois períodos de tempo, sendo que no primeiro os agentes decidem se participam ou não do consórcio e, no segundo, se decidirem por permanecer, se contribuem com a quantia financeira estabelecida. Se participar do consórcio e decidir não contribuir com a quota de manutenção, a relação se enfraquece.

Andrade e Pôrto (2004) (*Análise Econômica*) analisam a relação entre os agentes atuantes no mercado de assistência média suplementar brasileiro e o problema de risco moral. Busca identificar como o problema de risco moral afetou o mercado, com ênfase no comportamento das operadoras e seguradoras e a sua conseqüente influência nos consumidores. Esta análise permitiria “observar os principais impactos da assimetria de informação para o bem-estar dos agentes envolvidos” (ibid., p. 243). Para tanto, fazem uma revisão das principais propostas feitas pela literatura para lidar com o problema de risco moral, bem como uma análise dos contratos de algumas das principais operadoras de planos e seguros de saúde brasileiros, antes e depois da Lei n. 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), a qual regulamenta o setor.⁶⁴ As principais propostas apontadas pela literatura, e tomadas pelas seguradoras, são a criação de

⁶⁴ Conforme destacam, a regra estabelece, dentre outras coisas, categorias de serviços mínimos fornecidos por planos específicos; obrigatoriedade de atendimento de pessoas com deficiência e idosos, com estabelecimento de faixas etárias em que cada indivíduo se encaixaria e imposição de preços limites dentro de cada faixa de idade; proibição de limitação de quantidade consultas e internações pelos planos de saúde, a proibição de não-cobertura de doenças e lesões pré-existentes, se não fosse do conhecimento do paciente.

contratos de seguro com cobertura parcial e de contratos de co-participações ou co-seguros, onde faz-se com que as seguradoras compartilhem o risco, ou parte dele, com os contratantes, exigindo que estes paguem ao menos parte do custo de consultas, exames e procedimentos médicos em geral.

Alves (2004) (*Revista Economia*) verifica se existe seleção adversa no mercado de saúde suplementar brasileiro, sob a hipótese de que a Lei n. 9.656/1998, acima referida, poderia ter como resultado a criação de um “trade-off entre garantia de acesso e eficiência econômica quando a regulação obriga o oferecimento de coberturas mínimas” (ibid., p. 253). É ressaltado os cultos envolvidos para a identificação adequada do risco de cada paciente e a possibilidade do mercado instituído atuar de maneira ineficiente se o problema de informação imperfeita for generalizado entre as seguradoras. A metodologia segue a proposta de Chiappori e Salanie (2000), que sugere um teste para averiguar a presença de seleção adversa com base no pressuposto de que os indivíduos com maior risco escolheriam os contratos com maior preço e cobertura de serviços. Esta hipótese advém do trabalho de Rothschild e Stiglitz (1976), cujo modelo para um mercado de seguros, com a presença de risco moral, encontra seu nível de equilíbrio num ponto desagregador, onde maximiza-se o bem-estar por meio da oferta de dois tipos de seguros, um completo – para os indivíduos com alto risco – e outro parcial – para indivíduos com baixo risco. Estes últimos ficariam “subsegurados”, caracterizando a existência de uma externalidade negativa dos indivíduos de alto risco, transferida para os de baixo risco.

Os quatro últimos trabalhos descritos acima permitem uma discussão da percepção dos fundamentos morais utilitaristas como uma questão de grau, de acordo com o sugerido acima. Nos artigos de Alves (2004), Andrade e Porto (2004) e Teixeira et al. (2002; 2003) temos considerações e modelos baseados no que se chamou acima de Economia da Informação, referente às variadas formas de modelos de risco moral, seleção adversa e sinalização (este último tipo de modelo não entra nas considerações dos artigos mencionados). Em Alves (2004), mostra-se um clássico resultado onde o máximo de utilidade (ótimo) não é atingido devido às características do mercado de seguros de saúde – similares, nesse artigo, às condições do mercado de empréstimos. Por conseguinte, esse tipo de modelo é a demonstração de que as condições ótimas em termos de maior bem para o maior número de indivíduos não são (automaticamente) atingidas em mercados com determinadas características, no caso, principalmente características de informação incompleta. Andrade e Porto (2004) vão na mesma direção, mostrando que devido, novamente, às características de informação incompleta em relação aos atributos e comportamento dos agentes, o mercado não consegue atingir o ponto ótimo, em termos da maximização da utilidade dos agentes. Comportamentos oportunistas,

como o de esconder informações, resultam em uma utilidade social menor do que no caso, hipotético, em que se tivessem disponível todas as informações relevantes. Finalmente, os trabalhos de Teixeira et al (2002; 2003) também consideram a falta de informações sobre o comportamento dos agentes como fator fundamental para que não se atinja o ponto ótimo, dada a institucionalidade do programa foco do artigo – Consórcios Intermunicipais de Saúde. Todos esses quatro artigos apresentam problemas, portanto, de maximização de algum tipo de utilidade. Disso é simples derivar que os estudos assumem que a maximização de algum tipo de utilidade seria o objetivo de um sistema de saúde, de sua institucionalidade ou de seu mercado.

Marinho (2003) (*Revista Brasileira de Economia*) avalia a eficiência dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados em municípios do estado do Rio de Janeiro. Pontua que o setor de saúde é um dos principais recebedores de recursos públicos e tem a finalidade de “cuidar do mais precioso valor humano: a vida” (ibid., p. 515), o que justifica a realização do trabalho, pois fornece embasamento para formulação de políticas públicas, em função de discutir qualidade e eficiência do gasto de recursos escassos. Com o objetivo de avaliar a capacidade de atendimento, analisa a rede de serviços por meio de *inputs* (recursos materiais e financeiros) e *outputs* (indicador de qualidade do serviço, como a taxa de mortalidade). O método utilizado é a Análise Envoltória de Dados. De acordo com a proposta, definem-se fronteiras de eficiência de produção para os municípios analisados em que quanto maior a distância destas, maior o desperdício de recursos ou menos efetivos os municípios são na produção de saúde. As unidades tomadoras de decisão (os municípios) têm seus resultados relativos avaliados por meio da comparação de seu nível de produção (quantidades geradas de produtos) e dos seus consumos (recursos que utilizam) com as produções e consumos de outras unidades da amostra. Os municípios são ditos ineficientes quando produzem menor quantidade de produto com o consumo de mesma quantidade de insumos que outros municípios ou, de outra forma, produzem igual quantidade de produto consumindo maior quantidade de insumos.

Gasparini e Ramos (2004) (*Brazilian Review of Econometrics*) utilizam da Análise Envoltória de Dados para avaliar a distribuição de serviços de saúde no Brasil, nos setores público e privado, por estados e regiões, com base num indicador de déficit de serviços fornecidos, considerando indicadores de oferta (número de profissionais, leitos, hospitais, dentre outros) e de demanda (morbidade e mortalidade, além de fatores econômicos e demográficos). A metodologia busca apenas ranquear as unidades de análise com melhor serviço, dado o uso de determinado nível de insumos, na fronteira de eficiência. A partir disso, déficits são computados como a distância de cada unidade de análise desta fronteira. Verifica,

dentre outros aspectos, a disparidade na qualidade de serviços entre as regiões sul, com melhor resultado, e as norte, nordeste e sudeste, com piores. Ressalta a discrepância entre as disparidades observadas e o estabelecido na CF de 1988 que exige o fornecimento universal dos serviços de saúde. Pontua, ainda, que o guia da universalidade possui relações estreitas com os conceitos de igualdade e equidade, que demandam a não discriminação no acesso e que se busque reduzir disparidades existentes no uso destes bens e serviços, aspectos não verificados sob qualquer conceito de igualdade e equidade utilizados. Por fim, faz apontamentos sobre a relevância do trabalho, por sua capacidade de apontar déficits na saúde e permitir qualificar políticas públicas compensatórias, dado a obrigatoriedade direcionada ao Estado ao fornecimento deste serviço.

Mattos et al (2009) (*Revista Economia*) avaliam os efeitos do processo de descentralização do SUS, por meio de indicadores de escala e de eficiência dos serviços públicos ofertados. Buscam avaliar, portanto, se o pressuposto de que estruturas governamentais mais próximas da população possuem maior conhecimento das preferências da população, permite-lhes melhor desenho e resultado do programa de saúde implementado. Este aspecto justificaria a responsabilização dos municípios pelo fornecimento de bens públicos e deveria aumentar o nível de bem-estar social. Caso esta hipótese não seja verificada, a descentralização pode resultar em deseconomias de escala, o que reduziria a viabilidade de municípios pequenos, por exemplo, ofertarem serviços com elevado nível de complexidade. Utilizam para a construção das Fronteiras de Eficiência a técnica *Free Disposable Hull*, que se define um *score* para o município mais eficiente e, para os outros, se estabelece *scores* em termos do produto do primeiro.

Marinho et al (2012) (*Revista Brasileira de Economia*) avaliam a eficiência do fornecimento de serviços de saúde no Brasil, em comparação com países pertencentes à OCDE. De outra forma, buscam avaliar como o gasto *per capita* (insumo) seria eficiente em maximizar o resultado de indicadores – ou minimizar custos – como esperança de vida ao nascer, mortalidade e sobrevivência infantil (produtos). Utilizam, para a análise, os modelos de Fronteiras de Eficiência, calculadas por meio de modelos de fronteiras estocásticas. O modelo segue a fundamentação apresentada anteriormente em Marinho (2003), Gasparini e Ramos (2004) e Mattos et al (2009), já comentados. Dentre os resultados encontrados para o Brasil, está a presença de indicadores em piores níveis que a média de países considerados e baixo gasto *per capita* em saúde. Não obstante, possuiu o melhor desempenho em termos de eficiência técnica relativa, indicando que obtém resultados satisfatórios com o pouco recurso empregado no setor. Pontuam, no entanto, que o resultado não indica que os serviços prestados no país

apresentam algum padrão de excelência, mas sim que há espaço para consideráveis ganhos de custo-efetividade dos serviços fornecidos.

Benegas e Silva (2014) (*Revista Brasileira de Economia*) avaliam a eficiência técnica do SUS. Têm como objetivo, além disso, apresentar novas técnicas de estimação para o problema, qual seja, o uso de modelos de Fronteira Estocástica de Produção e o modelo de Análise Envoltória de Dados levando em consideração retornos constantes e variáveis de escala, com insumos não-discriminatórios e seleção de variáveis de acordo com base em técnicas de estatística multivariada. O primeiro permitiria identificar a forma como determinadas características locais impactam as estimativas de eficiência (efeito ambiental), ao passo que o segundo utiliza medida de correlação matricial (Coeficiente de Determinação Generalizado de *Yanai*) com a finalidade de reduzir o conjunto inicial de variáveis (insumos, produtos e variáveis de controle) de modo que haja uma melhora no poder discriminatório do modelo, sem perda considerável de informações, em termos estatísticos. Pontuam que a quantidade de estudos que se preocupam com a avaliação da eficiência técnica do SUS se justifica pela abrangência de serviços prestados pelo SUS e a conseqüente responsabilidade que recai sobre o Estado no atendimento de um serviço que “constitui um dos componentes essenciais no cômputo do bem-estar social e do crescimento econômico de longo prazo” (ibid., p. 172). Ademais, pontuam que a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), estabelece os princípios de eficiência e eficácia como diretrizes que devem reger o SUS ou, de outra forma, que a “saúde pública deve ser gerida de modo a alocar racionalmente os recursos e gerar responsividade no atendimento à saúde” (ibid., p. 172).

Em relação aos cinco últimos trabalhos – Marinho (2003), Gasparini e Ramos (2004), Mattos et al (2009), Marinho et al (2012) e Benegas e Silva (2014) –, cabe pontuar que a definição de eficiência como proximidade de uma fronteira de possibilidades de produção não implica, em si mesma, uma concepção moral utilitarista subjacente. Isso dependeria da forma como o analista escolhe formar a fronteira de possibilidades de produção. Caso essa fronteira seja desenhada levando em consideração algum tipo de função de bem-estar social, em especial se envolver agregação de preferências, deste modo é possível sim imputar o utilitarismo como abordagem moral subjacente. Nesse caso, se se optar pela crítica às avaliações de eficiência com base utilitarista, cabem as pontuações, por exemplo, feitas por Stavereen (2009b).

Não obstante, em complemento, a inclinação utilitarista destes trabalhos pode ser defendida como algo subjacente nestes trabalhos, por meio da relação entre eficiência e a relevância dada ao resultado ou conseqüências das decisões de uso de recursos avaliados. Nestes artigos, a metodologia utilizada analisa e ranqueia as localidades consideradas de acordo

com o melhor uso de recursos (insumos) disponíveis: eficiência dos serviços ambulatoriais e hospitalares, frente ao conjunto de insumos utilizados, em Marinho (2003); eficiência na alocação de serviços de saúde, a partir de indicadores de oferta e de demanda, em Gasparini e Ramos (2004); eficácia do processo de descentralização do SUS, a partir de variáveis de escala e de eficiência de serviços públicos, em Mattos et al (2009); eficiência de serviços de saúde fornecidos no Brasil, em comparação com países da OCDE, em Marinho et al (2012); e qualidade dos serviços fornecidos pelos SUS, em Benegas e Silva (2014). Quando o melhor uso possível não é alcançado, o ponto de “ótimo social” não é atingido, logo os agentes envolvidos nestas relações não alcançam o maior nível de utilidade e bem-estar possível. Aqui também se faz presente a relação entre boas consequências, isto é, boa gestão de recursos, e bem-estar. Acrescenta-se, neste ponto, que o uso eficiente de bens e serviços se associa à concepção de racionalidade predominante no campo da Economia e considerações divergentes à essa não são levadas em consideração, além de receber uma conotação moralmente negativa. Ademais, não se encontra nos trabalhos preocupação explícita com a relevância de direitos e aspectos sócio históricos que envolvem a temática de saúde, aspectos que poderiam aproximá-los das outras vertentes morais consideradas.

Kassouf (2005) (*Revista de Economia e Sociologia Rural*) avalia os fatores determinantes da procura por atendimento à saúde em função de adoecimento, nas áreas urbanas e rurais brasileiras. Para tanto, estima equação de demanda por saúde com base no modelo teórico proposto por Grossman (1972). São feitas ressalvas do impacto econômico que a saúde possui, em função das perdas para a sociedade ocasionadas por faltas ao trabalho e quedas de produtividade, fatores que devem ser minimizados. Ressalta-se o destaque dado para a possibilidade dos resultados encontrados contribuir para a formulação de políticas públicas, objetivando a melhoria de indicadores de saúde da população e criação de condições para maior equidade no acesso a estes serviços. É evidente aqui, a volta do tema da saúde como elemento que impacta nos resultados econômicos, uma das formas mais claras de inclinação utilitarista que se encontra entre os artigos aqui analisados.

Kassouf (2007) (*Nova Economia*) revisa a literatura que discute a problemática do trabalho infantil e aponta sua relação com questões como educação, saúde e salário esperado dos indivíduos afetados. O interesse pelo tema surge num momento de ênfase, por parte da literatura, de temas como redução de pobreza e acumulação de capital humano, como incentivadores do desenvolvimento, e por parte da sociedade, com o crescimento de políticas nacionais e internacionais de combate ao trabalho infantil. Dentre os principais modelos utilizados pela literatura para estudar o tema, estão aqueles que observam o processo de tomada

de decisão familiar para explicar o modo como é alocado o tempo entre trabalho, escolaridade e lazer das crianças. Nestes, a utilidade deriva-se de consumo de bens, serviços e lazer. Este último é preferível ao trabalho, mas o desejo de sempre obter o máximo de bens possível e a restrição de tempo e renda disponíveis exigem que os indivíduos trabalhem. A escola é vista pela ótica de um investimento, com custos e benefícios nos curto e longo prazos. Logo, o trabalho infantil e o tempo na escola são determinados de acordo com alocação do tempo dos membros da família, e o desejo por educação, consumo corrente e benefícios futuros.

Modelos similares a este comentado partem do pressuposto de que todos os membros da família possuem a mesma função utilidade ou que haveria um único agente responsável pela tomada de decisão familiar. Outros partem do pressuposto de que haveria um processo de “barganha” entre os membros da família, ao decidirem questões que dizem respeito ao trabalho infantil e ao bem-estar das crianças. Nestes últimos, são incorporadas ponderações nas funções de utilidade de cada membro familiar, para a análise da preferência familiar. Outros modelos incorporam os axiomas da “luxúria” e “substituição”. No primeiro caso, o tempo das crianças é tratado como um bem de luxo, indisponível para as famílias mais pobres, o que levaria os pais a colocarem seus filhos em trabalhos, ao passo que o segundo tipo de modelo discute a substituíbilidade entre trabalhos de crianças e adultos. Por fim, comenta-se que há modelos que relacionam a existência do trabalho infantil à pobreza e a ausência de crédito, bem como os resultados sobre a economia da proibição legal do trabalho infantil. Defende, por fim, o uso de políticas públicas para mitigar o problema, desde aquelas que incrementem a renda familiar e premiem as famílias que colocam suas crianças em escolas, àquelas que impõem penalizações sobre empregadores de trabalho infantil – mesmo que os resultados para esta última não sejam consensuais. Fica claro, novamente, que o utilitarismo não é necessariamente, e talvez nem na maioria das vezes, uma abordagem antiintervencionista por excelência.

O trabalho de Nicolella et al (2008) (*Revista de Economia e Sociologia Rural*), por sua vez, avalia os impactos do trabalho infantil no setor agrícola e não-agrícola sobre a saúde das crianças. Os aspectos que permitem a classificação do trabalho de Kassouf (2007) como utilitarista se repetem aqui: é apontado que o trabalho infantil pode impactar no nível de capital humano por meio da educação e da saúde; e em relação a este último, a saúde é tratada como um estoque de capital durável, que resulta em “tempo de vida saudável”. Complementando, o referencial utilizado trata que a criança nasce com um estoque próprio de saúde, que se deprecia ou se fortalece ao longo do tempo, de acordo com gastos em capitais físico, social e fisiológico. Estes fatores têm impacto no nível de saúde individual e social nos curto, médio e longo prazos. Os resultados do trabalho indicam que o trabalho agrícola não impacta negativamente na saúde

das crianças, situação diferente do trabalho não-agrícola. Em função disso, os autores advogam pela atuação do governo em nível setorial, com o fim de facilitar o acesso ao sistema de saúde, em específico, a medicamentos e educação materna em relação à saúde (fator relevante no modelo). Em conclusão a abordagem moral deste trabalho, retoma-se que o utilitarismo não necessariamente defende a ausência do Estado como intermediador das relações econômicas. Ademais, a consideração de medidas – mesmo que não calculadas diretamente – como “tempo de vida saudável”, e do tratamento dado à saúde como um estoque de capital humano retomam o que já foi comentado sobre suas associações com a filosofia moral considerada nesta seção.

Andrade et al (2006) (*Revista Economia*) avaliam a estrutura dos gastos pessoais privados com saúde e o seu consequente impacto no estado de saúde individuais, das famílias brasileiras. É apontado no trabalho que a preocupação com a questão da saúde pode ser abordada como um fim em si mesma e por sua relevância como componente do nível de bem-estar, que afeta diretamente e indiretamente o nível de qualidade de vida individual. Em relação ao primeiro, porque uma boa condição de saúde permite o bom “desfrute da vida”, e em relação ao último, pelas conexões com a capacidade produtiva e de renda individuais, com base nas teorias de capital humano. Aqui ressalta-se a possibilidade de abordar o acesso a saúde por meio da ótica não-instrumental, como um “fim em si mesmo”, e a partir de um viés que relaciona sua relevância com o impacto em outras questões. Nenhum destes se sobressai no trabalho, uma vez que apresenta uma avaliação objetiva da alocação de gastos privados com saúde. A sua alocação nesta seção ocorre pela maior similaridade aos temas já tratadas.

Andrade e Maia (2009) (*Estudos Econômicos*) estimam os diferenciais no uso de serviços (consultas médicas e dias de internação) entre o sistema suplementar (planos de saúde privado) e o sistema público de saúde (planos privados vinculados ao funcionalismo público). Os autores defendem que a medida computada de diferencial de acesso aos serviços analisados, entre os setores público e privado, serviria como um indicador de risco moral, sob a hipótese de que este diferencial indicasse sobreutilização dos serviços em ambos os setores e que o custo de uso do sistema público correspondesse ao que seria arcado na ausência de um sistema de seguro. De outra forma, serviria também como um indicador da dificuldade de acesso ao serviço público, quando se toma como padrão ótimo de uso dos serviços o desempenho verificado no setor privado. Os resultados encontrados advogam pela existência de risco moral no setor privado de saúde, indicando que os contratos não apresentam o melhor desenho possível, o que reduziria o nível de bem-estar social. Nesta situação, as seguradoras têm o incentivo de exigir maior prêmio pelo risco de assimetria de informação, repassando-o ao consumidor, o que impede que indivíduos com menor renda adquiram estes contratos privados.

Nishijima et al (2010) (*Economia e Sociedade*) analisam a interação entre setores público e privado de saúde e se esta relação teve como resultado piora no acesso a bens e serviços por parte dos brasileiros de baixa renda, considerando aspectos como a estrutura produtiva e o aparato legal vigente no período anterior à regulamentação trazida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – criada pela lei n. 9.961 de 2000 (BRASIL, 2000b). Para tanto, testam se os consumidores de planos de saúde privados tiveram maior probabilidade de acesso aos serviços ofertados pela rede pública que os indivíduos que não os possuem. Neste contexto, discute como o “arranjo produtivo do setor de saúde no país se constitui em emaranhado de inter-relações entre o setor público e privado” (ibid., p. 591). Este fenômeno é observado no uso por parte do SUS da infraestrutura privada de fornecimento de serviços de saúde, bem como no uso do setor privado do SUS para o atendimento de seus pacientes. Neste último aspecto, comenta-se a dificuldade de ressarcimento das operadoras de seguros ao SUS até a criação da ANS, em função da ausência de um aparato legal que regulamentasse a obrigatoriedade desse ressarcimento. Os autores pontuam que o arranjo existente até então permitia que consumidores de seguros privados chegassem à fila de espera do SUS antes dos usuários do sistema público, isso ocorria em função do diagnóstico de doenças do setor privado ser mais rápido que o do setor público. Ademais, é discutido como este padrão tinha implicações sobre o nível de bem-estar de todos os usuários do sistema de saúde brasileiro: o não-ressarcimento por parte das seguradoras gerava um custo social, arcado pelo setor público; o SUS, por sua vez, não se beneficiava da redução da demanda referente aos usuários do sistema privado.

A análise utiliza o modelo de escolha entre saúde pública e privada desenvolvido por Hoel e Sæther (2003). Consiste num modelo estocástico de maximização de bem-estar, que considera uma interação existente na oferta de serviços médicos nos setores público e privado, por meio de dois aspectos: custo monetário do serviço e tempo de espera. Na rede pública, o custo é zero, mas o tempo de espera é positivo, ao passo que na rede privada a relação é inversa. Considera que quanto maior o tempo de espera, pior a qualidade do serviço, uma vez resulta em piora da saúde do paciente. Ademais, que o serviço público é totalmente custeado pelo governo, enquanto o privado pode ser tributado ou subsidiado. A partir disso, num modelo de equilíbrio geral, maximiza-se uma função de utilidade social. O resultado do modelo indica um ótimo social tal que o tempo de espera para usuários da rede pública seja maior que a da rede privada, o que incentivaria indivíduos com maior renda a buscarem os serviços do sistema privado, o que resultaria em redução do tempo de espera para usuários da rede pública.

Tanto em Nishijima et al (2010), como em Andrade e Maia (2009), se vê a aplicação de funções de bem-estar social. Como foi comentado acima, a essas funções – e mesmo à evolução da chamada Economia de Bem-Estar Social – subjaz a filosofia moral utilitarista. É relevante comentar que o intento desse trabalho não é criticar propriamente a abordagem utilitarista em economia, mas primordialmente desnudar as bases morais dos modelos, contrastando-os com as outras abordagens da filosofia moral que podem embasar tratamentos das políticas públicas de saúde. Para críticas à abordagem utilitarista da Economia de Bem-Estar Social, uma boa síntese encontra-se em Wight (2015). Da mesma forma, não é objetivo desse trabalho apresentar posições alternativas às medidas de eficiência dos sistemas de saúde, mas trabalhos sob a perspectiva da “Ética do Cuidado” (*Ethics of Care*) apresentam alternativas às medidas tradicionalmente usadas na disciplina de economia (ver Wærness, 2009).

Novaes e Mattos (2010) (*Revista de Economia Política*) analisam o efeito que incentivos eleitorais possuem na alocação de gastos públicos em saúde. Em específico, avaliam como a busca por reputação altera o padrão de gastos municipais com saúde em anos eleitorais. Neste contexto, é ressaltado o papel que as eleições possuem como ferramenta de controle político num regime democrático. Em consequência, a atuação dos políticos se foca em convencer os eleitores de sua capacidade de governar e atender as suas expectativas, e possui, portanto, papel relevante na formulação de políticas públicas. O político, ao tomar decisões sobre alocação de gastos, buscará maximizar a probabilidade de ser eleito, com incentivos de alinhar sua função de utilidade à de seus eleitores, em detrimento de suas próprias convicções. Na literatura sobre ciclos eleitorais, destacam-se duas abordagens. Segundo a primeira, em função da assimetria de informações sobre as reais crenças do governante, este tem incentivo a direcionar gastos para questões de curto prazo, em detrimento de itens de longo prazo, como investimento, fazendo com que ciclos econômicos, ou orçamentários, coincidam com ciclos eleitorais.

A segunda linha, com base em Besley e Case (1995), pautada no modelo de reputação seguido no trabalho, analisa processos de reeleição. Assim, a função de utilidade do político é avaliada em dois períodos. O componente de informação assimétrica e comportamento racional dos agentes está presente e o processo de reeleição funciona como um mecanismo de repreensão a tipos de comportamentos oportunistas e incentiva o político a manter uma relação estreita com seu eleitorado. No primeiro período, o governante escolhe o nível de esforço que resultará em maiores benefícios observáveis para os eleitores neste mesmo período, de modo que estes tomem decisões que aumentem sua chance de ser reeleito no segundo período. Portanto, a utilidade do governante no segundo período dependerá do desempenho, ou reputação, observado no primeiro período. Os eleitores tomam decisões de voto que maximizam suas

utilidades de acordo com o acesso a bens públicos. Políticos que não buscam a reeleição tomam decisões de modo a maximizarem sua função de utilidade de curto prazo. A hipótese do trabalho, então, seria de que os políticos que buscassem a reeleição aumentariam gastos em saúde, com o intuito de prover bens públicos aos eleitores e tentar construir uma reputação que aumente suas chances de reeleição. Para os prefeitos que não tentassem a reeleição não haveria alteração significativa dos gastos, em função da ausência de incentivos em criar reputação com eleitores.

Videira e Mattos (2011) (*Economia Aplicada*) investigam a possível interação espacial nos gastos municipais em saúde, educação e investimento, com base em modelo de ciclos políticos eleitorais. Aqui também é pontuado que os agentes políticos tomam decisões de alocação de recursos de modo a maximizar suas chances eleitorais, ora expandindo os gastos, ora tomando ações que elevem o superávit de sua administração, de acordo com as preferências de seus eleitores por determinado bem público. Em relação ao último trabalho, busca incorporar à discussão sobre ciclos políticos eleitorais a interação entre os agentes econômicos que ocorre por meio de entes federativos, como estados e municípios. O modelo utilizado incorpora na função de utilidade dos eleitores a possibilidade de comparar e avaliar o desempenho dos prefeitos de regiões vizinhas, quando analisam o desempenho do seu próprio governante, no que diz respeito ao padrão de gastos de ambas as localidades comparadas. O processo espacial, desta forma, busca inferir qual a relação do padrão de gasto dos municípios de fronteira com o processo eleitoral do município alvo. Na literatura considerada, os eleitores possuem o incentivo de revelar menor preferência por determinado bem público, com o intuito de pagar menos impostos. Além disso, há um processo de disputa entre governantes que teriam incentivos a oferecer maiores benefícios aos contribuintes com a menor alíquota de impostos possível, em comparação com a cidade rival. Quando os pagadores de impostos estiverem descontentes com o nível de serviços públicos oferecidos, frente a quantidade paga, teriam a opção de mudar para a cidade com estrutura de serviços e tributação mais adequada às suas preferências. Nesse último trabalho e também em Novaes e Matos (2010), as utilidades dos políticos são contrastadas com as utilidades dos cidadãos em geral. É uma análise utilitarista porque, de novo, assume que há um conjunto de preferências por saúde e que o ideal social seria atingir um ótimo em relação a esse tipo de serviço.

Gonçalves et al (2011) (*Nova Economia*) tratam da temática do suicídio. Destacam que este problema deve ser tratado como tema de saúde pública, principalmente em função do elevado número de sua incidência entre adolescentes e jovens adultos. Avaliam, então, os determinantes socioeconômicos das taxas de suicídio em microrregiões brasileiras, observando

aspectos espaciais da problemática, sob a hipótese de que existiria um “efeito contágio” espacial do fenômeno, isto é, a taxa de suicídio de uma microrregião é um fator explicativo desta taxa em outras microrregiões. Caso a hipótese fosse confirmada, políticas públicas deveriam tomar uma escala maior que as que seriam apenas aplicadas em nível local.

Os autores ressaltam o custo econômico dos suicídios, bem como de suas tentativas falhas, pela possibilidade de alocar os recursos utilizados de formas alternativas, bem como pela perda de capital humano resultante.⁶⁵ Ao discutir como o suicídio é tratado ao longo da história, mostram que na Grécia antiga, por exemplo, um indivíduo poderia se matar apenas com consenso da comunidade, por ser tratado como um atentado à estrutura comunitária. Em Roma e em Atenas o ato era “legitimado” apenas para aqueles pertencentes aos mais elevados níveis sociais. Já na Idade Média, o suicídio era condenado pela Igreja e pelo Estado, igualando seus praticantes a ladrões e assassinos. Nos dias atuais, ora assume caráter clandestino ou patológico, principalmente quando se observa o método utilizado em ataques terroristas, ora como uma questão de saúde pública, como tratado pelo artigo em comento. O trabalho se ampara nas justificativas dadas ao suicídio por Émile Durkheim (1858-1917) (DURKHEIM, 2003 [1897]) em um dos trabalhos mais clássicos das ciências sociais, cuja abordagem os classifica os cometimentos de suicídios de acordo com suas “causas sociais”, propondo que existiriam diferentes tipos e justificativas para o ato, conforme a sociedade que o indivíduo é integrante. Fatores como família, escola, amigos, grupos que participa, e outros, são relevantes para a formação do indivíduo, bem como para a decisão de encerrar a própria vida. Possui justificativas como o isolamento social e depressão, a lealdade a uma causa, e o provocado por paixões individuais, bem como o próprio “efeito contágio”, tomado como hipótese do trabalho.

Uma vez que este último artigo faz uma avaliação do custo do suicídio, é essencialmente utilitarista, mesmo que utilize de uma fundamentação contextual. Particularmente, indica que os custos de políticas preventivas seriam menores que os custos do suicídio cometido. Nesse tocante, portanto, os autores tomam o cometimento do suicídio como algo que pode implicar custos sociais, prejudicando a coletividade (embora o suicídio em si seja um ato fundamentalmente individual). Ao tratarem dos custos dos suicídios para a comunidade como um todo, os autores indicam que, apesar do fato de que o direito à manutenção de sua própria vida possa ser encarado como escolha (direito) crucialmente individual, seus impactos para a

⁶⁵ Citando o trabalho de Cerqueira et al (2007), pontuam que a problemática ocasionou em prejuízo de cerca de R\$ 1,3 bilhão no ano de 2001, ao passo que resultou em perda de capital humano da ordem de R\$ 163 mil por vítima, valor inferior ao verificado para homicídios e acidentes de trânsito, com médias iguais a R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente.

sociedade como um todo – através do contágio, que provoca mais suicídios, e de seus custos em termos de capital humano – devem ser considerados na elaboração de políticas públicas de prevenção à prática

Alves (2001) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) discute o impacto do envelhecimento populacional nos gastos públicos com saúde, sob a hipótese de que quanto mais velha a população, maior a demanda pelo sistema público. Os autores argumentam que existe no Brasil um sistema de saúde dual, no qual famílias com renda elevada utilizam do sistema privado para consumir os serviços de saúde, ao passo que famílias com baixa renda são dependentes de um sistema público falho. Soma-se a este aspecto o crescimento de famílias, principalmente mais pobres, bem como o envelhecimento populacional, aspectos que poderiam sobrecarregar o sistema público de saúde, levando a questionamentos sobre a sua capacidade de atender a demanda futura. O modelo empírico estimado pelos autores, de regressão censurada, busca contornar o problema em que uma unidade observada da amostra reporta que o gasto com saúde foi igual a zero – cenário ideal uma vez que se espera que os indivíduos não gastem com saúde em razão da ausência de necessidade ou pela possibilidade de acesso ao serviço público. O modelo, portanto, procura uma solução de canto no problema de maximização da utilidade do processo de decisão sobre alocação de gastos familiares ou individuais.

Rodrigues e Afonso (2012) (*Estudos Econômicos*) analisam a magnitude e fazem projeções dos gastos com internações hospitalares realizadas no setor público de saúde brasileiro por *status* de sobrevivência, isto é, que resultam em liberação hospitalar por cura ou por óbito do paciente. Além disso, verificam se existe uma relação positiva entre despesas com internações para indivíduos próximos à morte e a idade de morte destes. Neste contexto, é pontuado a preocupação com a sustentabilidade financeira do SUS que, caso não se mantenha, pode resultar em consequências sobre a quantidade e qualidade dos bens e serviços colocados à disposição da população. O aspecto da sustentabilidade financeira engloba tanto questões de demanda, como o envelhecimento populacional, quanto de oferta, que incluem custos de progresso tecnológico, inflação do setor, políticas que buscam a extensão do acesso aos produtos fornecidos, dentre outros. No que diz respeito às preocupações com o impacto do envelhecimento populacional, os autores ponderam e buscam demonstrar que a idade não é o fator predominante na explicação dos elevados gastos públicos em saúde, mas sim o padrão de concentração e uso de serviços de saúde no fim da vida, isto é, o aumento de gastos estaria relacionado à tentativa de prolongar a vida, que resulta em uso de procedimentos intensivos em tecnologia e, portanto, mais caros que os bens e serviços tradicionalmente utilizados.

O envelhecimento populacional pode, portanto, não resultar em aumento nos gastos totais com saúde, em função destes gastos estarem concentrados no fim da vida, independentemente da idade de morte do indivíduo. A melhoria das condições de saúde de uma sociedade resulta em redução do número de pessoas em idade próximas à morte. Ademais, há a substituição, por parte dos idosos, dos gastos no fim da vida pelos cuidados ao longo dela, ou seja, de longa duração. Logo, projeções consistentes de gastos com saúde deveriam incorporar aspectos como a “proximidade à morte”, que por meio de estimativas de *status* de sobrevivência, comparam o gasto com serviços de saúde entre grupos que sobrevivem aos procedimentos médico-hospitalares e entre aqueles que chegam ao estado de óbito. Este procedimento é chamado de “custo da morte”. Outra abordagem é fornecida pelo computo do “tempo até a morte”, que observa o gasto de acordo com o tempo restante de vida, ou seja, o gasto realizado até o momento do óbito do indivíduo. A distinção destes aspectos seria relevante pelo fato de que as projeções que observam apenas gastos médios totais por grupo etário superestimarem suas estimativas, ao passo que a literatura aponta que a análise dos gastos médios por *status* de sobrevivência consegue captar, por exemplo, a redução na diferença do gasto *per capita* de sobreviventes e não sobreviventes, por meio da razão gastos óbitos/sobreviventes.

Os trabalhos de Alves (2001) e Rodrigues e Afonso (2012) têm como tema comum o envelhecimento populacional. O primeiro discute o papel que este aspecto possui sobre a sustentabilidade financeira do SUS, ao passo que o segundo critica os tipos de projeção realizadas como no primeiro trabalho e propõe considerações sobre “status de sobrevivência”, defendendo que a idade não é o principal responsável pelo crescimento esperado de gastos com saúde. O aspecto que permitiria a associação do trabalho de Alves (2001) à abordagem utilitarista é sua metodologia, que se pauta na maximização de utilidade do processo de decisão sobre alocação de gasto da unidade tomadora de decisão. Já as propostas feitas no trabalho de Rodrigues e Afonso (2012), de uso métricas como “*status* de sobrevivência”, “custo da morte” e “tempo até a morte”, quantificam e dão caráter instrumental à saúde e à vida, de maneira similar a feita pela ferramenta de Análise de Custo-Benefício, dando-o caráter utilitarista.

Ocké-Reis e Cardoso (2011) (*Revista de Economia Política*) comparam a taxa de inflação geral da economia, a verificada no setor de saúde e de planos privados individuais de saúde, entre os anos 2001 e 2005, com os reajustes aplicados pela ANS aos planos privados individuais de saúde. Dão destaque às falhas de mercado presentes nos serviços tradicionais de saúde e o conseqüente impacto destas no padrão de atividade regulatória do setor, em aspectos como o seu desenho institucional. O mercado de saúde apresentaria características

particulares⁶⁶ que tornariam seu padrão de competição bastante peculiar, com um sistema de concorrência predominantemente imperfeito, resultando em preços setoriais mais elevados que a média da economia, com os produtores de saúde alcançando maiores níveis de lucro, prejudicando o nível de bem-estar social dos consumidores. Pontua que a regulamentação de preços exercida pela ANS – estabelecimento de um piso e demarcação de um teto para os reajustes – surge, então, como forma de impedir lucros de monopólio no setor, mesmo que estejam restritos à serviços fornecidos vinculados ao mercado de trabalho formal e de funcionários públicos, não compreendendo planos coletivos, empresariais ou por adesão particular.

Santos et al (2012) (*Estudos Econômicos*) analisam a relação de causalidade entre renda e saúde, controlando por aspectos territoriais brasileiros. É ressaltado que ambos os aspectos estão relacionados ao nível de bem-estar social, o que justificaria a análise de qual fator possui “precedência temporal” ao determinar o outro. Não há consenso, na literatura, em relação ao ponto. Ora defende a relação na direção renda-saúde, uma vez que maiores rendimentos implicam em maior aquisição e uso de bens e serviços de saúde, bem como em aspectos relacionados à moradia adequada, maior nível de instrução e reconhecimento da necessidade de gastos com estes bens, o que resulta em “melhor status de saúde”. Outras vezes aponta que a causalidade ocorre em sentido contrário, uma vez que melhor condição de saúde resulta em maior nível de capital humano, insumo relevante para explicar o nível de educação e do capital físico disponível, bem como o nível de produtividade do trabalhador. Por fim, há estudos que apontam que a relação entre estes dois aspectos ocorreria de maneira simultânea: um nível de saúde precário reduziria a produtividade do trabalho, implicando em níveis baixos de rendimento e estes, por sua vez, impossibilitariam investimentos em bens e serviços de saúde, criando um círculo vicioso, conhecido como armadilha de saúde-pobreza; o contrário se mantém. Independente da precedência na explicação desta relação, os autores mencionam o papel que o SUS possui em mitigar as desigualdades do acesso à saúde no país.

Domingues et al (2015) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) analisam os impactos setoriais do programa Farmácia Popular, a partir da realocação de gastos da família resultantes da transferência indireta de renda (dada a distribuição gratuita ou subsidiada de medicamentos

⁶⁶ Existência de demanda inelástica, em função de trabalhar com bens e serviços de necessidade social; condição de oferta criar a sua própria demanda; existência de informação assimétrica e custos elevados para contornar este problema; sujeição a taxa de câmbio, em função da necessidade e importação de equipamentos; estrutura de concentração e diferenciação dos produtos, que criam barreiras à entrada e comportamento de seleção de pacientes de baixo risco; rigidez dos fatores de produção, dado o alto grau de especialização e baixa substituição de fatores de produção; externalidades resultantes dos bens públicos que não contribuem para o predomínio da lógica de mercado na alocação de recursos; dentre outros.

pelo programa) ou, de outra forma, o aumento de demanda por bens em geral, resultante do aumento de renda ocasionado pela redução de gastos com medicamentos. Os autores discutem as peculiaridades do mercado de medicamentos e seu impacto no orçamento familiar. Os medicamentos curativos possuem baixa elasticidade-preço da demanda, diante da situação que um indivíduo doente não pode privar-se do consumo de determinado medicamento, reduzindo o seu consumo; ademais, a condição de assimetria de informação entre médico e paciente impede que este último tenha informação suficiente para avaliar a prescrição médica e substituir determinado medicamento prescrito por outro equivalente de menor custo. Na ausência de políticas públicas de distribuição, como o proposto pelo programa, gastos com medicamentos feitos pelos beneficiários, em maioria portadora de doenças crônicas, seriam financiados de maneira privada e, na presença de gastos não previstos, estes podem absorver percentual significativo da renda familiar, forçando uma mudança brusca no “portfólio de consumo, venda de ativos ou mesmo endividamento” (ibid., p. 460). Sob a hipótese de que o gasto com medicamentos seria realizado mesmo na ausência do programa, e neste caso a demanda por medicamentos seria totalmente inelástica ao preço, o modelo considerado (*Brazilian Dynamic Computable General Equilibrium Model*) busca captar a mudança de bem-estar em comparação ao cenário alternativo, em que gastos deveriam ser realocados para possibilitar a compra de medicamentos, frente o cenário real, em que os indivíduos recebem uma “transferência indireta e condicional de renda” e, ao não gastar com remédios, redirecionam este gasto para outros bens. Ademais, permite aos autores captar impactos setoriais do programa, incluindo efeitos-preço resultantes do choque de renda ocasionado e seu impacto na demanda de outros setores.

Em relação ao trabalho de Ocké-Reis e Cardoso (2011), vê-se, novamente, a presença da preocupação com falhas de mercado presentes no setor de planos privados de saúde, e a possibilidade deste aspecto resultar em um desenho institucional e de contratos prejudiciais ao nível de bem-estar social. Um mercado de concorrência imperfeita não tem como fim o melhor resultado econômico para a sociedade, isto é, não maximiza as utilidades de seus agentes, frente a situação de ausência de falhas de mercado. Como já pontuado, esta abordagem pode ser classificada como utilitarista. Já Domingues et al (2015) têm como metodologia para avaliar o impacto do Programa Farmácia Popular sobre a alocação de gastos familiar um modelo de equilíbrio geral, que em si representa a abordagem utilitarista. Este busca encontrar um ponto em que as utilidades dos indivíduos considerados atinja um nível de ótimo social, isto é, o melhor resultado econômico. O trabalho de Santos et al (2012), por sua vez, apenas avalia a causalidade, ou precedência temporal, entre renda e saúde. Apesar de as únicas considerações feitas estejam relacionadas à relação entre estas variáveis e o nível de bem-estar de determinada

sociedade, a abordagem utilitarista faz-se presente e, além disso, permite a defesa da presença do Estado para mitigar desigualdades sociais no acesso à saúde.

Machado (2008) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) analisa a relação entre saúde de crianças e adolescentes e a chance de ingresso destes no sistema de ensino na idade correta (razão idade-série), para as regiões nordeste e sudeste, levando em consideração aspectos como tempo de deslocamento para a escola, qualidade dos “recursos” escolares e aspectos familiares (renda familiar, nível educacional dos pais, dentre outros). O embasamento teórico aponta a possibilidade de o estado precário de saúde da criança (medido por seu desenvolvimento físico) afetar o início de sua trajetória estudantil, bem como sua *performance* escolar e, em consequência, o acúmulo de capital humano no longo prazo e a qualidade de vida futura. A literatura levantada aponta que crianças saudáveis possuem menos dificuldades em ingressar na escola e conduzem de maneira adequada o ciclo educacional, com consequência no aumento de produtividade futuro no mercado de trabalho. Ainda, que em situações extremamente desfavoráveis para o nível de saúde infantil, pequenas variações na qualidade deste indicador possuem impactos significativos no acúmulo de aprendizado. Outra relação apontada, entre educação e saúde, diz respeito ao maior investimento em capital humano por aquelas com maior nível de escolaridade.

Almeida e Araújo Júnior (2016) (*Revista Brasileira de Economia*) avaliam o papel da exposição de alunos a fatores de risco à saúde (cigarro, bebida alcoólica e excesso de peso) no resultado educacional destes (atraso na razão idade-série). No estudo é ressaltado o impacto no desempenho escolar das condições de saúde dos alunos, consequência de hábitos e comportamentos não saudáveis, além da própria exposição aos fatores de risco considerados. Pontuam que a exposição aos fatores de risco possui resultados como baixo desenvolvimento de aspectos cognitivos e problemas físicos; em problemas cardiovasculares e respiratórios; problemas psicológicos; maior absenteísmo; menor participação em sala e aula; dentre outros. Ademais, trazem custos para o todo social, a partir de impactos secundários, como acidentes e danos causados por jovens alcoolizados, e pelo uso de recursos de saúde com doenças e mortes evitáveis. Pontuam a relação entre Economia da Educação e da Saúde e as teorias de capital humano, uma vez que os dois primeiros fatores possuem impacto considerável no último e, consequentemente, sobre aspectos econômicos, sociais e de saúde no longo prazo, configurando elementos relevantes para o crescimento e desenvolvimento econômico verificado em um país.

A relação entre educação e saúde tratada nos dois últimos trabalhos – Almeida (2008) e Almeida e Araújo Júnior (2016). Em ambos, o aspecto utilitarista pode ser associado às considerações dessa relação com o nível de bem-estar verificado em determinada localidade,

em função das relações verificadas entre saúde, nível educação e incremento produtividade do trabalho e outros fatores. Novamente, estes aspectos não são tratados por meio de óticas que defendem seu valor intrínseco. Ainda, cabe mencionar que Almeida e Araújo Júnior (2016) destacam que condições de saúde inadequadas possuem impactos negativos para o todo social, o que reafirma o caráter utilitarista do trabalho.

Reis et al (2016) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) comparam o nível de utilidade gerado a partir de três métodos de avaliação de preferências por estados de saúde: o *Ranking*, o *Visual Analogue Scale (VAS)*, *Time Trade-off (TTO)*. Para as Análises de Custo-Utilidade, a observação das preferências individuais por diferentes estados de saúde é relevante para avaliar questões como introdução ou substituição de determinada tecnologia, tratamento ou medicamento. Não há consenso na literatura sobre alguns aspectos referentes ao uso da métrica de análise de custo-utilidade. Há divergências sobre quais preferências observar: se aquelas de pacientes e médicos diretamente envolvidos com determinado procedimento médico ou se de amostras representativas. No que diz respeito ao primeiro, há a hipótese de que estes agentes possuem maior conhecimento sobre o verdadeiro estado de saúde avaliado; ao passo que os últimos advogam que devem participar do processo de tomada de decisão, dado que são responsáveis pelo pagamento dos novos procedimentos, por meio de impostos – acrescenta-se a baixa validade externa do primeiro tipo de pesquisa. Sobre as técnicas de mensuração, a falta de consenso está relacionada a críticas às técnicas que utilizam do princípio de utilidade esperada, que dependem de métodos custosos e complexos para implementação, em função do conjunto de hipóteses teóricas implícitas e outros – chamadas em técnicas baseadas na troca ou em sacrifício. No entanto, métricas alternativas que apresentam maior simplicidade em seu uso carecem de uma teoria microeconômica de tomada de decisão, resultando em instrumentos diversos para avaliar determinado procedimento a ser implementado, bem como resultados discrepantes destes em relação ao nível de bem-estar individual. Consequentemente, não haveria robustez nas análises de custo-utilidade feitas. Outra divergência diz respeito ao uso de medidas cardinais ou ordinais para o ranqueamento das preferências individuais.

O método apresentado pelo TTO se pauta no computo da utilidade esperada e incorpora um *trade-off* entre qualidade de vida e longevidade (tempo de vida), a partir da definição de uma taxa marginal de substituição entre estes dois itens. O indivíduo poderia tomar duas opções que envolvem a troca entre qualidade e tempo de vida, em que na primeira opção o indivíduo poderia viver com determinada condição de saúde por t anos, depois morreria; ao passo que a segunda opção lhe permitiria viver com uma condição de saúde perfeita, por “ $x < t$ ” anos, e depois morreria. A partir deste teste, obtém-se qual o número ótimo de anos em saúde perfeita

(x) que torne o indivíduo indiferente entre as duas alternativas consideradas. O método VAS, também chamado de Cardinal Psicométrico, se caracteriza por apresentar uma escala de avaliação com extremidades entre 0 (morte) e 100 (saúde perfeita), no qual os indivíduos posicionam estados de saúde de acordo com suas preferências, e em que a distância entre dois estados corresponde à diferença entre as utilidades avaliadas pelo indivíduo em ambos estados considerados. Neste último, não há um *trade-off* entre qualidade e tempo de vida. O *Ranking*, por sua vez, se configura como uma análise ordinal, e apenas ordena os estados de saúde postos à disposição do entrevistado. Não são gerados, para este, números reais em determinada escala para avaliar os estados de preferência do indivíduo, ou seja, as preferências apenas são ranqueadas.

Em relação ao trabalho de Reis et al (2016), sua inclinação utilitarista é bastante clara. O artigo, em resumo, discute e compara medidas de avaliação e ranqueamento de preferências individuais, que permitiriam o melhor cômputo de disposições a pagar das pessoas consideradas, aspectos absolutamente utilitaristas. Cabe retomar aqui as críticas feitas no capítulo 2 desta dissertação sobre as dificuldades de implementação das medidas de Análise de Custo-Utilidade (lá abordou-se os fundamentos das ferramentas de Análise de Custo-Benefício, que guarda proximidade com a Análise de Custo-Utilidade). Estas dificuldades são reconhecidas pela própria literatura que aplica essas métricas de avaliação da disposição individual por diferentes estados, como quais preferências observar, a adequabilidade de considerar utilidade cardinal ou ordinal para ranqueamento das preferências dos indivíduos, a complexidade e altos custos envolvidos com métricas que se pautam nas teorias de utilidade esperada ou mesmo a falta de teoria quando são utilizadas técnicas mais simples, o que resulta na ausência de robustez quando diferentes metodologias são utilizadas.

Os trabalhos apresentados em seguida, de Diaz (2003), Noronha e Andrade (2007), Maia e Rodrigues (2010), Andrade et al (2013), Araújo et al (2013) e Santos e Jacinto (2017), possuem entre si a comum preocupação com questões relativas a relação entre saúde e desigualdades, bem como considerações sobre equidade e igualdade. Não obstante, ainda mantém caráter utilitarista e/ou consequencialista, em diferentes graus, mesmo que haja destaque para o papel que o direito à saúde possui no regramento social brasileiro e ao fato deste direito ainda não ser efetivado para todos a população. Verifica-se que enquanto nuns artigos a análise referente, por exemplo, à desigualdade no acesso aos serviços de saúde é feito tendo em mente seus impactos sobre produtividade e eficiência do trabalho verificado em determinada localidade, noutros este aspecto está subentendido. Pode-se colocar que há uma defesa de que desigualdades seriam prejudiciais ao nível de bem-estar social e econômico. A

análise do Quadro 6, localizado no Apêndice C, apresenta os principais resultados destes trabalhos (e dos outros comentados nesta seção) e permite verificar a preocupação com mensurações de impactos diversos que envolvem a saúde, o que fundamenta a interpretação de que possuem uma preocupação com as consequências de políticas executadas no setor. Em relação a este último comentário, retoma-se o que anteriormente foi colocado de que o objetivo desta dissertação não é propriamente afirmar que este caráter verificado está errado ou deva ser substituído por outra abordagem, mas sim que esta abordagem possui uma filosofia moral subjacente.

Diaz (2003) (*Revista Brasileira de Economia*) verifica se existem desigualdades socioeconômicas no acesso a saúde no Brasil, com base em variável de auto avaliação do estado de saúde, comparando indicadores de renda e consumo, medidas consideradas como a “**melhor representação do ‘bem-estar’ familiar ou individual**” (ibid., p. 14).⁶⁷ A discussão se insere no contexto de aprovação da EC 29/2000 e de crescente interesse pela qualidade do serviço de saúde prestado à maioria da população, discriminando-o em distintos níveis de renda. Como a autora ressalta, a justificativa do trabalho se pauta na preocupação de “fornecer subsídios adequados para a tomada de decisão por parte dos gestores que pretendem promover maior equidade na área de saúde” (ibid., p. 9). A metodologia utilizada para o cálculo do índice de concentração se pauta em trabalhos de Wagstaff et al (1991), Wagstaff e Van Doorslaer (1994) e Kakwani et al (1997), que permite **ordenar os indivíduos por sua condição socioeconômica**, verificando qual o nível de saúde de cada um, possibilitando observar qual a proporção de saúde que cada grupo tem acesso.

Noronha e Andrade (2007) (*Pesquisa e Planejamento Econômico*) avaliam relação entre estado de saúde individual e distribuição de renda no Brasil. Para tanto, estimam o impacto da distribuição de renda no estado de saúde auto reportado dos indivíduos. É destacado o interesse pelo tema pelo seu **impacto direto e indireto no nível de bem-estar da população**, principalmente em termos de **perda de rendimentos salariais e efeito em indicadores macroeconômicos**, como o nível de riqueza da população que atinge de maneira diferente grupos socioeconômicos distintos. Ademais, com base em trabalhos que destacam o aspecto Psicossocial da desigualdade de renda, há destaque para o impacto que a esta possui na percepção do ambiente social e a relação deste com o nível de saúde auto avaliado, ao comparar sua posição social com aqueles que estão em outras classes de renda. Esta comparação pode levar a sentimentos negativos, como angústia, insegurança, inferioridade e menor nível de

⁶⁷ Grifo nosso.

confiança interpessoal, que se refletem em comportamentos nocivos a própria saúde (uso excessivo de drogas e álcool, por exemplo), bem como resultar em menor participação no processo de tomada de decisão política. Em nível macro, estes sentimentos podem resultar em conflitos sociais e redução da chance de criação de coesão social, fator importante para a construção de cooperação entre as pessoas. Assim, alcançar fins coletivos se torna uma tarefa mais complexa. Neste ambiente, a desigualdade de renda afetaria negativamente toda a sociedade.

Outra abordagem existente é conhecida como Neomaterial e, apesar de reconhecer o impacto da desigualdade sobre a auto percepção do estado individual, pontua que o fator explicativo mais relevante é ocasionado por causas estruturais e materiais da desigualdade. Ademais, colocam que os efeitos relacionados à coesão social podem ser negativos ou positivos de acordo com estruturas de poder e grupos de influência presentes na sociedade. O aspecto estrutural e material da abordagem Neomaterial destaca que a distribuição de renda estabelece especificidades em características econômicas, políticas e sociais para cada grupo social e, em consequência, sobre o nível de acesso a recursos de saúde. Isto se verificaria no acesso discrepante a bens e serviços de saúde por diferentes grupos sociais, ou seja, em sociedades menos desigualdades, o acesso a bens e serviços é menos concentrada – especialmente, por exemplo – que em sociedades mais desiguais. Para esta abordagem, a desigualdade também tem efeitos sobre questões como criminalidade, nível de estresse e coesão social, fatores que acentuam problemas de saúde e se retroalimentam nos grupos mais vulneráveis.

Maia e Rodrigues (2010) (*Revista de Economia e Sociologia Rural*) verificam se há diferenças no estado de saúde entre os grupos de trabalhos ocupados em serviços agrícolas e não-agrícolas, considerando aspectos socioeconômicos de ambos os setores. É destacado o **papel que a saúde possui na qualidade do trabalho efetuado**, bem como na qualidade de vida de toda a sociedade, o que justificaria a observação do impacto que ocupações com baixos rendimentos e com piores condições de trabalho possuem sobre a exposição dos indivíduos a riscos em seus respectivos níveis de saúde. O setor agrícola imporia riscos à saúde por questões como exposição a fertilizantes, agrotóxicos e jornadas de trabalho extensivas, dentre outros; ao passo que nos setores não-agrícolas, haveria a exposição à inatividade física, esforço repetitivo, sobrecarga psíquica e outros. No trabalho, a partir do referencial teórico utilizado, a **saúde é vista como um estoque de capital** endogenamente determinado, por fatores como investimento em saúde dado o rendimento e consumo de serviços médicos, fatores socioeconômicos e outros.

Andrade et al (2013) (*Economia Aplicada*) mensuram a desigualdade socioeconômica no acesso a serviços de saúde no Brasil e em suas regiões. O trabalho discute a redução do nível de desigualdade de renda e de pobreza verificado na primeira década dos anos 2000 e pontua que melhorias em indicadores epidemiológicos não só acompanham as mudanças sociais verificadas, mas a antecedem.⁶⁸ É destacado a relevância da melhoria do cenário macroeconômico e o papel de programas de transferência de renda, expansão da cobertura escolar e a consolidação do SUS, que direcionou esforços a atenção primária, como fatores explicativos do fenômeno observado. Não obstante, desigualdades regionais ainda se mantêm. Neste ponto, a problemática da equidade no acesso a serviços sociais é apresentada. O acesso aos serviços de saúde deveria ocorrer de maneira equânime e “de acordo com a necessidade de cuidados independentemente da condição socioeconômica dos indivíduos” (ibid., p. 624), pelo **efeito do estado de saúde sobre o nível de bem-estar individual**, que se verifica na situação em que **indivíduos doentes sofrem de perda de utilidade e têm sua capacidade produtiva afetada negativamente** – este aspecto afetaria em maior magnitude indivíduos mais pobres, em função do baixo cuidado com saúde, em função de aspectos diversos. **Maiores níveis de saúde resultam em maior disposição ao trabalho**, apontando uma relação positiva entre aquele e o nível de renda individual.

Araújo et al (2013) (*Revista de Economia Contemporânea*) analisam o impacto do Programa Bolsa Família e de gastos sociais em educação e saúde nos indicadores de pobreza e nos índices de desigualdade de renda. É apresentada a discussão sobre a conceituação de pobreza, de maneira geral definida como um estado em que indivíduos não possuem acesso a bens considerados de necessidade básica; como a incapacidade de alcançar um padrão de vida mínimo, de acordo com o acesso ou não a determinada cesta de consumo, além de aspectos como participação social; ou a simples ausência de renda, baixo consumo e nível de bem-estar menor que o desejado. Dentre as medidas propostas pela literatura para definir o conceito, estão os índices de percepção de pobreza absoluta e relativa. O primeiro define um nível mínimo (linha de pobreza) em que indivíduos que não possuem determinada quantidade de bens são considerados pobres; ao passo que a pobreza relativa se relaciona com o conceito de desigualdade de renda, em que indivíduos com menor acesso a determinado atributo que uma parcela da população é considerado pobre. Acrescenta-se que a literatura não define um parâmetro específico para definir se um indivíduo se encontra em situação de pobreza, uma vez

⁶⁸ O índice de Gini reduz cerca de 12% entre os anos 1990 e 2009, ao passo que a taxa de pobreza cai de 41,92% para 11,60%, no mesmo período. Entre os anos de 1950 e 2010, a mortalidade infantil cai de 135 para 20 mortes por mil nascidos vivos e expectativa de vida sobe de 50 para 73 anos (ANDRADE et al, 2013).

que este padrão se estabelece de acordo com o padrão de vida comum predominante em determinado tempo e espaço, e abrange aspectos como acesso a saúde, educação, lazer e outros – a pobreza poderia ser tratada como um fenômeno multidimensional. Destacam a relação entre crescimento econômico e pobreza, pela capacidade deste ser impactado pelo primeiro e se verificar um aumento do nível de bem-estar da sociedade. No entanto, uma situação de elevada desigualdade de renda pode impedir que o crescimento econômico seja distribuído de maneira equânime entre os integrantes do todo social. Neste cenário, o governo teria um papel de mitigar as desigualdades existentes ou, ao menos, reduzir os conflitos sociais dela resultantes, por meio de auxílios a grupos sociais vulneráveis.

Neste último trabalho, os aspectos referentes a possível multidimensionalidade de pobreza e desigualdade (que inclui uma noção de boa condição de saúde) permite classificar este artigo como consequencialista, no entanto, a partir abordagem mais próxima a fornecida por autores como Amartya Sen, apesar de não existir menções a trabalhos deste no artigo. Como pontuado por Hausman e McPherson (2006, p. 109-110), Sen desenvolve uma avaliação não-utilitarista do consequencialismo, por meio do tratamento dado pelo autor às relações existentes entre bem-estar, capacitações, equidade e direitos (ver Giacomelli et al, 2017). Por exemplo, estes últimos seriam mais relevantes que aspectos como satisfação de preferências a partir de uma métrica de cômputo de “felicidade”.

Santos e Jacinto (2017) (*Revista de Economia e Sociologia Rural*) analisam o impacto do Programa Saúde da Família sobre a saúde das crianças da área rural do Brasil. O tema norteador do trabalho é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde no país. Tem como hipótese que os impactos do programa seriam mais significativos para indivíduos mais pobres, residentes de áreas rurais, em função da maior restrição destes ao acesso aos serviços de saúde, pelo nível de renda e por residirem em locais mais distantes e com baixo acesso a infraestrutura da rede pública de saúde. Aqui há apenas a análise do impacto de um programa de saúde sobre um estrato da população, levando em conta o reconhecido problema de acesso a serviços de saúde no país por níveis de renda e localidades.

Simão e Orellano (2015) (*Estudos Econômicos*) investigam se existe uma relação positiva entre receita municipal *per capita* – advinda de impostos e transferências intragovernamentais sem condicionalidades estritas – e o recebimento de recursos por meio do SUS pelos municípios brasileiros – transferências “*fundo a fundo*” –, que possuem caráter obrigatório, condicional a tipos de serviços da área e não demandante de contrapartidas. Retomam o princípio estabelecido na CF de 1988 de descentralização dos serviços e o papel redistributivo das transferências governamentais, que garantiria maior autonomia e resultaria

em condições de reduzir as discrepâncias fiscais de cada município e, conseqüentemente, a qualidade e quantidade de serviços públicos fornecidos. Os autores encontram evidências de que o mecanismo de transferências incondicionais de recursos pode estar influenciando e induzindo ao que chamam de “exigência de contrapartida”, em consequência da relação positiva entre arrecadação municipal e recursos oriundos do SUS, ambos em termos *per capita*. Advogam que esta relação seria indesejável, nos termos redistributivos proposto pelo sistema, visto que municípios com maior capacidade de arrecadação receberiam maior quantidades de recursos por habitante, destinado à saúde, reduzindo proporcionalmente a quantidade de recursos à disposição daqueles com baixa capacidade de arrecadação.

Nishijima et al (2017) (*Nova Economia*) estuda a relação entre descentralização (financeira e administrativa) na área de saúde e corrupção no Brasil, com base em irregularidades encontradas nos programas Atendimento Assistencial nos Municípios Brasileiros, Programa Saúde da Família e a Estrutura da Rede de Serviços de Atenção Básica da Saúde. Retoma a discussão sobre os benefícios da descentralização, que em parte defende que esta pode aumentar a eficiência locativa dos recursos, em função da maior proximidade e conhecimento das preferências de populações locais, bem como imperfeições que podem existir a nível local e impedir os benefícios pressupostos por tais programas, como a existência de instituições locais menos desenvolvidas que as nacionais, podendo resultar em maiores níveis de corrupção.

Por fim, pontua-se que nos trabalhos de Simão e Orellano (2015) e Nishijima et al (2017), anteriormente comentados, há pouca clareza no que diz respeito às suas respectivas abordagens morais. O trabalho de Simão e Orellano (2015) trata de transferências de recursos entre os entes federativos e do princípio de descentralização do SUS, ao passo que Nishijima et al (2017) busca relações entre o processo de descentralização e corrupção. Comentários podem ser feitos sobre o papel que acordos coletivos possuem para o bom resultado da política de saúde existente no país que, caso não cumpridas, poderiam colocar em risco o fornecimento de bens e serviços de saúde de municípios com menor capacidade de arrecadação, ou aumentar a ineficiência da gestão dos programas em virtude de atos corruptos.

À guisa de conclusão, ressalta-se que a predominância da abordagem utilitarista nos artigos considerados nem sempre ocorre de maneira clara, não obstante, pode-se afirmar que fundamenta aspectos como motivação para realização destas pesquisas, metodologias utilizadas, explicações dadas aos resultados encontrados e conseqüentes proposições normativas. Neste último aspecto, há defesas, ora pela intensificação da participação do Estado no setor, ora de defesa pela condução do sistema de saúde pelas regras de mercado (de maneira

que não apenas complementar, como estabelecido na CF de 1988), ou mesmo que estes atuem de maneira conjunta (correção de falhas de mercado, por exemplo). Percebe-se que não se discute saúde na literatura nacional de maneira isolada, isto é, está relacionada a questões como educação, bens e serviços ambientais, trabalho infantil, trabalho agrícola, decisões político-eleitorais e outros. Não obstante, o tratamento que lhe é conferido, quando relacionada a outras questões da vida social ou a aspectos que se confinam dentro de sua própria esfera – como eficiência locativa de recursos, qualidade dos bens e serviços fornecidos, aspectos administrativos (descentralização e regulamentação, por exemplo), desigualdade no acesso e outros – está predominantemente associado ao princípio de que manutenção de boas condições de saúde da população é de interesse porque há impactos positivos no nível de bem-estar social, isto é, aos resultados ou consequências econômicas. Como pontuado diversas vezes, abordagens cuja filosofia moral implícita é calcada na garantia de direitos, essencialmente não dependem de argumentos sobre resultados (i.e., consequências) para advogar a preocupação com a temática. Acrescenta-se, ainda, a presença de metodologias diversas que se pautam em medição de custos diversos contra vidas humanas e de identificação das preferências dos consumidores por diferentes estados. Estes aspectos são predominantemente utilitaristas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho analisou o discurso realizado pela literatura da Economia da Saúde, considerando as publicações de artigos em periódicos nacionais classificados como B1 pelo *Qualis* brasileiro, entre os anos 1988 e 2017, com o objetivo de identificar as Filosofias Morais que a fundamenta. Neste contexto, buscou responder as seguintes questões: (i) há um discurso predominante na disciplina Ciência Econômica sobre o sistema de saúde brasileiro que possa ser relacionado às abordagens propostas pelas Filosofias Morais utilitarista, deontológica e da ética das virtudes? (ii) este discurso se altera ao longo do tempo, isto é, deixa de ser dominante, cedendo espaço para outras justificativas morais?

O método utilizado para atender ao objetivo do trabalho e responder as questões propostas é o fornecido pela Análise Bibliométrica e/ou Cienciométrica, qual seja, a construção de Mapas de *Co-word*. A Análise Bibliométrica e/ou Cienciométrica é uma ferramenta da Análise de Discurso e/ou Conteúdo caracterizada pelo estudo de aspectos quantitativos da produção científica, por meio da aplicação de métodos estatísticos e matemáticos para analisar padrões e construir indicadores sobre a informação registrada. A partir da análise de elementos textuais, permite captar, mapear e fazer inferências sobre o modo como determinado tema é debatido pela literatura científica. Os Mapas de *Co-word*, por sua vez, são construídos a partir da co-ocorrência de um conjunto de palavras presentes em determinado campo de num número limitado de artigos científicos e resultam em figuras que agrupam termos em torno de *clusters* representativos de determinada discussão realizada pela literatura.

Os mapas foram construídos por meio do programa VOSviewer, com base no campo “resumo” dos artigos da área de Economia da Saúde presentes nos periódicos de Ciência Econômica classificados como B1 no *Qualis* brasileiro de Economia, de acordo com a disponibilidade de informações da base de metadados do SCOPUS. Também foram construídos mapas para os artigos presentes em periódicos classificados como B2, B3, 30 melhores ranqueados na área de Economia e revistas *Journal of Health Economics* e *Health Economics*, a título de comparação. Esperava-se que as figuras resultantes possuíssem termos que permitissem a associação da discussão realizada nestes periódicos às Filosofias Morais debatidas. Ademais, uma revisão da literatura – leitura artigo a artigo – de um conjunto de trabalhos de periódicos classificados no *Qualis* como B1 que discutem saúde foi empreendida. Esta foi feita com o objetivo de robustecer a conclusão obtida com a análise de Mapas de *Co-word* ou mesmo permitir a observação de aspectos não observáveis nesses mapas, em função de que se limitam a análise de um elemento restrito dos artigos analisados.

A partir da interpretação fornecida pelos escritos de Michael Walzer, no trabalho é demonstrado que a Esfera de Justiça da Saúde é tratada no Brasil com base numa concepção de direito fundamental. Este aspecto é verificado na normatização dos princípios do SUS, em suas leis complementares e também na interpretação judicial predominante do sistema. Como resultado, a compreensão social dominante sobre seu processo de distribuição leva a defesas de que o direito ao acesso a este bem social prevaleça sobre considerações econômicas. Sob a justificativa de ausência de condições financeiras para a sua garantia, é exigido que o Estado crie condições para o fornecimento deste bem, em vez de considerações sobre limitação ao seu acesso. Esta característica, somada ao contexto de criação do SUS, permite associar o sistema de saúde brasileiro próximo às abordagens morais deontológica e das virtudes.

A hipótese prévia do trabalho foi que o discurso presente na Economia da Saúde é predominantemente utilitarista, por sobrepor seus preceitos consequencialistas a quaisquer outras considerações morais. Além disso, esperava-se que esse discurso moral perdesse proeminência ao longo do tempo, por meio do uso de aspectos defendidos pelas éticas deontológica e das virtudes. Os resultados dos Mapas de *Co-word* indicam que a literatura analisada é fundamentada pela abordagem utilitarista – a partir dos termos presentes nos mapas construídos. Por sua vez, a revisão da literatura empreendida permitiu referendar esta conclusão inicial, em função da predominância quantitativa de artigos que apresentam elementos próximos à filosofia utilitarista e/ou consequencialista. Pequena quantidade de trabalhos possui aspectos que lhes permitem classificação predominantemente deontológica ou seguidora da ética das virtudes. Logo, esta revisão de literatura permitiu confirmar a primeira hipótese conjecturada (referenciando os resultados apresentados pelos Mapas de *Co-word*), no entanto, contrária, ao menos parcialmente, a segunda hipótese feita, ou seja, a literatura nacional sobre Economia da Saúde é predominantemente utilitarista, e esta não perde destaque na discussão.

O mapa de *Co-word* construído a partir da literatura que contém a termo “saúde” no título, resumo ou palavras-chave (Figura 1) apresentou palavras que permitem a associação desta literatura a um tratamento da saúde como um produto transacionado na esfera do mercado, por meio da presença de termos como “consumo”, “preço”, “investimento” e “efetividade”. Essa caracterização permitiria a associação da discussão desta literatura com a abordagem utilitarista. No entanto, esta afirmação não pôde ser feita de maneira conclusiva, pois estes termos poderiam ser utilizados num contexto diferente do feito pela abordagem utilitarista – como crítica ao tratamento da saúde como uma mercadoria, por exemplo – o que classificaria esta literatura dentro de outro quadro moral. O mapa construído considerando a presença do termo “saúde” em qualquer parte do texto (Figura 2) – por permitir a observação de maior

quantidade de artigos – possui palavras que permitem associar esta literatura à abordagem utilitarista. Palavras como “bem-estar”, “eficiência” e “efetividade” estão presentes e fazem parte da discussão sobre políticas públicas, autonomia (administrativa e/ou financeira) e regulação dos serviços públicos. Novamente encontram-se termos que indicavam que a saúde era avaliada como um produto transacionado na esfera do mercado como “demanda”, “produção”, “consumo”, “preço” e “competitividade”. Comenta-se, também, que nas Figuras 1 e 2 já foi possível verificar aspectos que seriam referendados pela revisão da literatura empreendida, como o fato de que o tema saúde era discutido em conjunto a outras temáticas, como educação, mercado de trabalho, setor agrícola, políticas públicas, regulação e outros. Ademais, que há considerável preocupação com mensuração de aspectos diversos que envolvem a discussão sobre saúde, por meio de técnicas como a Análise Envoltória de Dados, Dados em Painel e Entrevistas.

Os mapas construídos para a literatura presente nos 30 periódicos melhores ranqueados na Ciência Econômica (Figura 6) e para os periódicos *Journal of Health Economics* e *Health Economics* (Figura 7) possuem termos próprios da abordagem utilitarista. Os mapas dos periódicos classificados no *Qualis* brasileiro como B2 (Figura 3), por sua vez, apresenta termos típicos das abordagens deontológica e das virtudes, ao passo que o mapa dos periódicos classificados como B3 (Figura 5) não permitem a associação desta literatura a alguma abordagem moral, pela ausência de termos correspondentes a qualquer ética considerada. Notou-se, então, que a análise empreendida pelo grupo de periódicos *Qualis* B1 aproxima-se do que é feito pela literatura internacional. Conjectura-se que isso ocorre porque a literatura nacional utiliza de metodologias e fundamentações e, conseqüentemente, da perspectiva moral predominante nos periódicos internacional, considerados responsáveis pela fronteira do conhecimento da área. Avaliações de custo-eficiência e custo-efetividade aparecem com maior destaque do que quaisquer palavras que tenham relação com a perspectivas de filosofia moral não-utilitaristas.

A partir da revisão da literatura feita com base nos periódicos classificados no *Qualis* brasileiro como B1, classificamos a literatura de Economia da Saúde em dois grupos, de acordo com predominância das seguintes abordagens morais: (i) abordagens morais deontológica e das virtudes; e (ii) abordagem utilitarista e/ou consequencialista.

Em relação ao primeiro grupo, a maior parte dos trabalhos analisados ressaltam os defeitos do sistema de financiamento do sistema universal de saúde, bem como incentivos que trariam prejuízo à manutenção do mesmo e, também, como a visão econômica do orçamento impacta a concessão de um direito que teria raízes no mundo com a ascensão dos estados de

bem-estar a partir de meados do século XX e, no Brasil, com a Carta Magna de 1988. A defesa deste direito ocorre em diferentes graus, ora implícita, ora de maneira bastante clara, com base no princípio normativo que fundamenta o ordenamento jurídico do sistema de saúde brasileiro. Tensões existentes entre a área Econômica do Executivo da União, como também entre os agentes políticos é analisada a partir de uma perspectiva crítica quando se sobrepõem a algo que deveria estar garantido (o direito à saúde universal). Ademais, preocupação com o princípio de equidade no acesso aos serviços de saúde faz-se presente, bem como explicitação de fatores históricos e contextuais para pesquisas e resultados encontrados pelos trabalhos.

Sobre as discussões realizadas pelos artigos considerados utilitaristas e/ou consequencialistas, ressalta-se que sua filosofia moral subjacente nem sempre ocorre de maneira explícita e clara, mas podemos afirmar que fundamenta aspectos como motivação dos trabalhos, metodologias utilizadas, explicações dadas aos resultados encontrados e consequentes proposições normativas. A saúde é tratada, predominantemente, como uma mercadoria transacionada seguindo os princípios de mercado. Neste contexto, temas como interação entre sistemas público e privado, serviços privados de assistência médico-hospitalar, planos de privados de saúde e falhas de mercado (assimetria de informação e externalidades) ganham destaque. O tema descentralização, o processo de gestão municipal dos serviços fornecidos (consórcios intermunicipais, por exemplo), bem como o processo de decisão de alocação de recursos (influenciado por fatores políticos, por exemplo), fazem-se presentes. Faz-se menção, também, a aspectos como pobreza e desigualdades sociais que circundam o acesso ao sistema de saúde brasileiro. Ademais, os artigos relacionam o tema saúde com educação, bens e serviços ambientais, trabalhos infantil e agrícola e outros. Independente das relações estabelecidas entre saúde e outras questões sociais, ou mesmo nas discussões restritas à sua esfera de atuação, a abordagem dada advoga, mesmo que implicitamente, que a manutenção de boas condições de saúde da população é de interesse porque há impactos positivos no nível de bem-estar social, ou seja, está vinculada aos resultados ou consequências econômicas.

Em função destas temáticas, nas metodologias utilizadas encontram-se modelos teóricos de tomada de decisão individual e familiar sobre alocação de gastos; proposições e uso de métodos para cálculo da disposição a pagar dos agentes; construção de indicadores que agregam preferências individuais; medição de custos diversos contra vidas humanas; modelos de teoria dos jogos, para captar o impacto de incentivos eleitorais na alocação de recursos públicos; modelos de crescimento econômico e capital humano; modelos de equilíbrio geral, para captar a interação entre os agentes; modelos de Fronteiras de Eficiência de Produção, para análise da qualidade dos serviços prestados. Todos estes têm como objetivo encontrar “pontos de ótimos

social”, ou seja, encontrar situações em que o melhor resultado econômico é alcançado para os indivíduos considerados.

Por fim, comenta-se que as proposições normativas dadas, a partir dos resultados encontrados, ora advogam pela intensificação da participação do Estado no setor (para corrigir falhas no fornecimento de bens e serviços de saúde); ora defendem a condução do sistema de saúde por regras de mercado (intensificação da presença da lógica do mercado no setor, atuando de maneira não apenas complementar); ou mesmo exigem a atuação destas duas instituições de maneira conjunta (o Estado corrigindo falhas de mercado). Estas defesas ocorrem com base no pressuposto de que a efetivação destas proposições provocaria o maior bem líquido ao maior número de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, Antonio; FARIA, Diomira M. C. P. “Avaliação contingente” de investimentos ambientais: um estudo de caso. **Estudos Econômicos**, v. 26, n. 1, p. 85-109, 1996.
- AITH, Fernando et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014.
- ALEXANDER, Larry; MOORE, Michael. Deontological Ethics. In ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2016.
- ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti; ARAÚJO JÚNIOR, Ignácio Tavares. Efeitos da exposição aos fatores de risco comportamentais à saúde sobre o atraso escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Economia**, v. 70, n. 2, p. 129-169, 2016.
- ALMEIDA, Luciana Togeiro; PRESSER, Mário Ferreira. Bens e serviços ambientais e as negociações na OMC. **Revista Iberoamericana de Economia Ecológica**, v. 5, p. 1-11, 2006.
- ALVES, Denisard. Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 31, n. 3, p. 479-494, 2001.
- ALVES, Sandro Leal. Estimando seleção adversa em planos de saúde. **Revista Economia**, v. 5, n. 3, p. 253-283, 2004.
- ANDERSON, Elizabeth S. **Value in ethics and economics**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- _____. [1990]. Is women’s labor a commodity? In: SANDEL, Michael J. (Ed.). **Justice: a reader**. Oxford University Press on Demand, 2007.
- ANDRADE, Luciana Pinto; PÔRTO JÚNIOR, Sabino da Silva. O problema do risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Análise econômica**, v. 22, n. 41, p. 241-266, 2004.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013a.
- _____. What matters most? Evidence-based findings of health dimensions affecting the societal preferences for EQ-5D health states. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 59-72, 2013b.
- ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, v. 10, n. 2, p. 73-116, 2000.
- _____. Mortalidade nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. **Estudos Econômicos**, v. 30, n. 1, p. 5-56, 2001.
- ANDRADE, Monica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Estudos Econômicos**, v. 39, n. 1, p. 7-38, 2009.
- ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya V. M. de S.; OLIVEIRA, Thiago Barros. Determinantes dos Gastos das Famílias com Saúde no Brasil. **Revista Economia**, v. 7, n. 3, p. 485-508, 2006.

ANDRE, Judith. Blocked exchanges: A taxonomy. In: MILLER, David; WALZER, Michael (Eds.). **Pluralism, Justice and Equality**. Oxford University Press, 1995.

ANSCOMBE, Gertrude Elizabeth Margaret. Modern Moral Philosophy. **Philosophy**, v. 33, n. 124, p. 1-19, 1958.

ARAÚJO, Jevuks Matheus; ALVEZ, Janielle do Amaral; BESARRIA, Cássio da Nóbrega. O impacto dos gastos sociais sobre os indicadores de desigualdade e pobreza nos estados brasileiros no período de 2004 a 2009. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 17, n. 2, p. 249-275, 2013.

ARNESON, Richard. Egalitarianism. In ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, summer, 2013.

AZEVEDO, José. Metodologias qualitativas: análise do discurso. In: ESTEVES, José; AZEVEDO, José. (Ed.). **Metodologias qualitativas para as ciências sociais**. Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras. Porto: Universidade do Porto, 1998.

BALIARDO, Rafael. Seminário Internacional: Barbosa diz que judicialização da saúde é tema superlativo. **Revista Consultor Jurídico**, Brasília – DF, 3 de junho de 2013. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2013-jun-03/joaquim-barbosa-judicializacao-saude-problema-superlativo>>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1979.

BARKER, Ducilla. Economists, social reformers, and prophets: a feminist critique of economics analysis. **Feminist Economics**, v. 1, n. 3, p. 26-39, 1995.

BELL, Daniel. Communitarianism. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, summer, 2016.

BENEGAS, Mauricio; SILVA, Francisco Gildemir Ferreira da. Estimação da eficiência técnica do SUS nos estados brasileiros na presença de insumos não-discricionários. **Revista Brasileira de Economia**, v. 68, n. 2, p. 171-196, 2014.

BESLEY, Timothy; CASE, Anne. Does electoral accountability affect economic policy choices? Evidence from gubernatorial term limits. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 110, n. 3, p. 769-798, 1995.

BOING, Alexandra et al. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 82-97, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília-DF, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília-DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 3 de jun de 1998.

_____. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 28 de janeiro de 2000a.

_____. **Emenda Constitucional n. 29**. Altera a Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, Brasília-DF, 13 de outubro de 2000b.

_____. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25. Brasília-DF, 2001. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Declaração no Recurso Especial 1.324.712/MG**. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Publicado em 03/02/2014, 2014. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=201201062200.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Encargos de Declaração no Recurso Especial 430.536/SP**. Relator Ministro Luiz Fux. Publicado em 31/03/2003, p. 154, 2003. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=200200447996.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 338.373/MG**. Relatora Ministra Eliana Calmon. Publicado em 10/09/2002, p. 194, 2002a. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=200100973236.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1.067.719/CE**. Relator Ministro Homildo Amaral de Mello Castro. Publicado em 17/08/2010, 2010a. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=200801350115.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus 202.200/RJ**. Relator Ministro Geraldo Og Nicéas Marques Fernandes. Publicado em 21/06/2011, 2011a. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=201100714658.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Ordinário em Mandato de Segurança 11.129/PR**. Relator Ministro Francisco Martins. Publicado em 18/02/2002, p. 279, 2002b. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=199900781210.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Ordinário em Mandato de Segurança 13.452/MG**. Relator Ministro Garcia Vieira. Publicado em 07/10/2002, p. 172, 2002c. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=200100890152.REG.>>.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Ordinário em Mandato de Segurança 24.197/PR**. Relator Ministro Luiz Fux. Publicado em 04/05/2010, 2010b. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=200200447996.REG.>>.

_____. Supremo Tribunal Federal. Plenário. **Recurso Extraordinário 195.192-3/RS**. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. Brasília-DF, publicado em 22/02/2000, 2000c. Disponível em <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=234359>>

_____. Supremo Tribunal Federal. Plenário. **Recurso Extraordinário 566.471/RN**. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. Brasília-DF, publicado em 07/12/2007, 2007. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566471.pdf>>.

_____. Supremo Tribunal Federal. Plenário. **Recurso Extraordinário 657.718/MG**. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. Brasília-DF, publicado em 14/10/2011, 2011b. Disponível em <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1983664>>.

_____. Supremo Tribunal Federal. Plenário. **Recurso Extraordinário 979.742/AM**. Relator Ministro Roberto Barroso. Brasília-DF, publicado em 29/06/2017, 2017a. Disponível em <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=13133236>>.

_____. Tribunal de Contas de União. **Relatório de Auditoria: Acórdão 1.787/2017 – TCU – Plenário**. Brasília-DF, seção realizada em 16 de agosto de 2017b. Disponível em <<http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>>.

BECKER, Gary. A theory of the allocation of time. **The Economic Journal**, v. 75, p. 493-517, 1965.

_____. A treatise on the family. **Cambridge, Harvard University Press**, 1981.

CALIARI, Thiago; OLIVEIRA, Ana Maria H. C.; RUIZ, Ricardo Machado. Longe dos partidos e perto da federação: uma avaliação dos gastos municipais na saúde pública. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 39, n. 3, p. 465-496, 2009.

CALLON, Michel. Introduction: the embeddedness of economic markets in economics. **The Sociological Review**, v. 46, n. S1, p. 1-57, 1998.

_____. What does it mean to say that economics is performative? **CSI Working Paper Series**, n. 5, p. 1-59, 2006.

CALLON, Michel; COURTIAL, Jean-Pierre; LAVILLE, Françoise. Co-word analysis as a tool for describing the network of interactions between basic and technological research: The case of polymer chemistry. **Scientometrics**, v. 22, n. 1, p. 155-205, 1991.

CALLON, Michel; COURTIAL, Jean-Pierre; TURNER, William A; BAUIN, Serge. From translations to problematic networks: An introduction to co-word analysis. **Information – International Social Science Council**, v. 22, n. 2, p. 191-235, 1983.

CAMINHA, Uínie; LEAL, Leonardo José Peixoto. Sistema brasileiro de defesa da concorrência e mercado de saúde suplementar. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 15, n. 1, p. 143-157, 2010.

CANUT, Leticia. Uma breve introdução ao SUS para compreensão do direito à saúde no Brasil. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 12, n. 12, p. 186-214, 2012.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Critério de classificação Qualis – Economia**. Acessado em 06 de outubro de 2017. Disponível em <https://capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/qualis/economia.pdf>.

CAPPELLE, Mônica C. A.; MELO, Marlene C. O. L.; GONÇALVES, Carlos A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, 2011.

CARSON, Richard T.; HANEMANN, W. Michael; MITCHELL, Robert C. Determining the demand for public goods by simulating referendums at different tax prices. **Manuscript**, University of California, San Diego, 1986.

CASTIÑEIRA, Berta Rivera; NUNES, Luis Currais. The contribution of publicly provided health to growth and productivity. **Estudos Econômicos**, v. 30, n. 2, p. 191-206, 2010.

CERQUEIRA, Daniel R. C. et al. **Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil**. Brasília: IPEA, texto para discussão n. 1284, 2007.

CHIAPPORI, P. A.; SALANIE, B. Testing for asymmetric information in insurance markets. **Journal of Political Economy**, v. 108, p. 56–78, 2000.

COMBES, Pierre-Philippe; LINNEMER, Laurent. Inferring missing citations: A quantitative multi-criteria ranking of all journals in economics. **Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille**. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales Universités d'Aix-Marseille II et III, Document de Travail n. 2010-28, p. 1-56, 2010. Disponível em <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00520325>>.

CONCEIÇÃO FILHO, Jucelino N et al. Acesso a medicamentos por via judicial e processos administrativos: um estudo sobre seu impacto na gestão da assistência farmacêutica no município de Salvador. IN: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília – DF: IPEA, 2011.

COULTER, Neal; MONARCH, Ira; KONDA, Suresh. Software engineering as seen through its research literature: A study in co-word analysis. **Journal of the Association for Information Science and Technology**, v. 49, n. 13, p. 1206-1223, 1998.

CRESPO, Ricardo. Aristotle. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009.

CUCCURULLO, Corrado; ARIA, Massimo; SARTO, Fabrizia. Foundations and trends in performance management. A twenty-five years bibliometric analysis in business and public administration domains. **Scientometrics**, v. 108, n. 2, p. 595-611, 2016.

DACHS, Bernhard; ROEDIGER-SCHLUGA, Thomas; WIDHALM, Clemens; ZARTL, Angelika. Mapping Evolutionary Economics. A Bibliometric Analysis. In: **EMAE Conference**, Viena University of Economics and Business Administration, Vienna, Austria, September 13-15, 2001.

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, v. 17, p. 113-140, 2001.

DAMMSKI, Bruno Roberto; CAVALIERI, Marco Antonio Ribas; DE PAULA PINTO, José Simão. Mapeando o pós-keynesianismo: uma abordagem cientométrica. **Estudos Econômicos**, v. 47, p. 741, 2017.

DANIELS, Norman. Justice and access to health care. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, spring, 2013.

DESCHÊNES, O.; MORETTI, E. Extreme weather events, mortality, and migration. **The Review of Economics and Statistics**, v. 91, n. 4, p. 659-681, 2009.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIAZ, Maria Dolores M. Desigualdades socioeconômicas na saúde. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, p. 7-25, 2003.

DOMINGUES, Edson Paulo et al. Uma análise dos impactos econômicos e setoriais do Programa Farmácia Popular do Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 45, n. 3, 2015.

DRIVER, Julia. The history of utilitarianism. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2014.

DURKHEIM, Émile [1897]. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

DUTT, Amitava K; WILBER, Charles K. **Economics and ethics. An introduction**. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

FABRINI, Fábio; FORMENTI, Lígia. Gastos ‘judiciais’ com tratamento médico sobem 1300% em ,7 anos. **Jornal O Estado de São Paulo**, São Paulo – SP, 21 de agosto de 2017. Disponível

em <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,gastos-judiciais-com-tratamento-medico-sobem-1300-em-7-anos,70001943830>>.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FINN, Daniel. The moral ecology of markets: on the failure of the amoral defense of markets. **Review of Social Economy**, v. 61, n. 2, p. 135-162, 2003

GASPARINI, Carlos Eduardo; RAMOS, Francisco S. Relative deficit of health services in Brazilian states and regions. **Brazilian Review of Econometrics**, v. 24, n. 1, p. 75-107, 2004.

GAUS, Gerald F. What is deontology? Part one: orthodox views. **The Journal of Value Inquiry**, v. 35, n. 1, p. 27-42, 2001.

GIACOMELLI, Giana Silva; MARIN, Solange Regina; FEISTEL, Paulo Ricardo. Da economia tradicional do bem-estar à Abordagem das Capacitações e a importância da equidade em saúde para o desenvolvimento humano. **Nova Economia**, v. 27, n. 1, p. 89-115, 2017.

GONÇALVES, Ludmilla RC; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.

GOSEPAHT, Stefan. Equality. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, spring, 2011.

GRAAFLAND, Johan J. Utilitarianism. In: PEIL, Jan. STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988** (interpretação e crítica). São Paulo: Malheiros Editores LTDA., 14ª edição, 2010.

GROSMAN, Michael. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v. 80, n. 2, 223-255, p. 1972.

HAUSMAN, Daniel M.; MCPHERSON, Michael S. Taking ethics seriously: economics and contemporary moral philosophy. **Journal of economic literature**, v. 31, n. 2, p. 671-731, 1993.

_____. **Economic analysis, moral philosophy and public policy**. Cambridge University Press, ed. 2, 2006.

HERZOG, Lisa. Markets. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2016.

HOEL, Michael; SÆTHER, Erik Magnus. Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care. **Journal of health economics**, v. 22, n. 4, p. 599-616, 2003.

HUBIN, Donald C. The moral justification of Benefit/Cost Analysis. **Economics and Philosophy**, v. 10, n. 2, p. 162-194, 1994.

HURSTHOUSE, Rosalind. Virtue Ethics. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2014.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAERS, E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computations and statistical inference. **Journal of Econometrics**, v. 77, p. 87-103, 1997.

KASSOUF, Ana Lúcia. Função de produção de saúde em diferentes regiões e setores do Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 23, n. 3, p. 547-570, 1993.

_____. A demanda de saúde infantil no Brasil por região e setor. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 24, n. 2, p. 235-260, 1994.

_____. Saneamento e educação: bens substitutos ou complementares? **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 25, n. 2, p. 359-372, 1995.

_____. Saúde e mercado de trabalho. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 27, n. 3, p. 587-610, 1997.

_____. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

_____. O que conhecemos sobre o trabalho infantil? **Nova Economia**, v. 17, n. 2, p. 323-350, 2007.

KLAES, Matthias. Evolutionary economics: In defense of 'vagueness'. **Journal of Economic Methodology**, v. 11, n. 3, p. 359-376, 2004.

KOSTOFF, Ronald N. Co-word analysis. In: BOZEMAN, Barry; MELKERS, Julia (Eds.). **Evaluating R&D impacts: methods and practice**. Springer Science & Business Media, 1993.

KROTH, Darlan Christiano. **Avaliação de impacto do "Pacto pela Saúde" sobre indicadores de eficiência e de vulnerabilidade de saúde municipais (2006-2013)**. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico, Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, 250f, 2017.

LACLAU, Ernesto. Discourse. In: GOODIN, Robert E; PETTI, Philip; POGGE, Thomas W (Eds.). **A companion to contemporary political philosophy**. Blackwell Publishing, 2007.

LAMONT, Julian; FAVOR, Christi. Distributive Justice. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2016.

LEE, Frederic S. et al. Research quality rankings of heterodox economic journals in a contested discipline. **American Journal of Economics and Sociology**, v. 69, n. 5, p. 1409-1452, 2010.

MACHADO, Danielle Carusi. Efeitos da saúde na idade de entrada à escola. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 38, n. 1, 2008.

MACHADO, Gustavo Silveira. Fornecimento de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Consultoria Legislativa – Câmara dos Deputados, Brasília – DF, 2010**. Disponível em <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/4323>>.

MACHADO, Marina A. de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MACIAS-CHAPULA, Cesar A. O papel da Informetria e da Cienciometria e sua perspectiva nacional e internacional. **Ciência da Informação**, v. 27, n. 2, 1998.

MACINTYRE, Alasdair [1984]. After virtue: The virtues, the unity of a human life and the concept of a tradition. In: SANDEL, Michael J. (Ed.). **Justice: a reader**. Oxford University Press on Demand, 2007.

MACKENZIE, Donald. An equation and its worlds: Bricolage, exemplars, disunity and performativity in financial economics. **Social Studies of Science**, v. 33, n. 6, p. 831-868, 2003.

_____. Is economics performative? Option theory and the construction of derivatives markets. **Journal of the history of economic thought**, v. 28, n. 1, p. 29-55, 2006.

MAIA, Alexandre Gori; RODRIGUES, Cristina Guimarães. Saúde e mercado de trabalho no Brasil: diferenciais entre ocupados agrícolas e não agrícolas. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 48, n. 4, p. 737-765, 2010.

MANKIW, N. G.; ROMER, D.; WEIL, D. N. A contribution to the empirics of economic growth. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 107, n. 2, p. 407-437, 1992.

MARINHO, Alexandre. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 2, p. 515-534, 2003.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. **Economia aplicada**, v. 11, n. 4, p. 527-554, 2007.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Revista Brasileira de Economia**, v. 66, n. 1, p. 3-19, 2012.

MARQUES, Rosa Maria. Renda mínima garantida: solução para o impasse da proteção social? **Estudos Econômicos**, v. 26, n. 4, p. 209-231, 1996.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MARTENS, Karel. Justice in transport as justice in accessibility: applying Walzer's "Spheres of Justice" to the transport sector. **Transportation**, v. 39, n. 6, p. 1035-1053, 2012.

MATTOS, Enlison et al. Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um estudo para os municípios paulistas. **Revista Economia**, v. 10, n. 2, p. 357-386, 2009.

MCCLOSKEY, D. The rhetoric of economics. **Journal of Economic Literature**, v. 21, n. 2, p. 481-517, 1983.

_____. The rhetoric of law and economics. **Michigan Law Review**, v. 86, n. 4, p. 752-767, 1988.

_____. Missing ethics in economics. In: KLAMER, Arjo (Ed.). **The value of culture: on the relationships between economics and arts**. Amsterdam University Press, 1996.

_____. **Bourgeoisie Virtues: ethics for an age of commerce**. Chicago: The University of Chicago Press, 2006.

MEDEIROS, Marcelo. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. **Texto para discussão IPEA**, n. 687, 1999.

MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. IN: HOCHMAN, G; ARRETCHÉ, M; MARQUES, E (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. RJ: Fiocruz, 2007.

MILLER, David. Complex equality. In: MILLER, David; WALZER, Michael (Eds.). **Pluralism, Justice and Equality**. Oxford University Press, 1995

_____. Justice. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, fall, 2017.

- MILLER, David; WALZER, Michael (Eds.). **Pluralism, Justice and Equality**. Oxford University Press, 1995.
- MORAZ, Gabriele; et al. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3211-3229, 2015.
- MOTTA, Ronaldo Serôa et al. Perdas e serviços ambientais do recurso água para uso doméstico. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 24, n. 1, p. 35-72, 1994.
- MOTTA, Ronaldo Serôa; MENDES, Ana Paula F. Custos de saúde associados à poluição do ar no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 25, n. 1, p. 165-198, 1995.
- MUÑOZ-LEIVA, Francisco et al. An application of co-word analysis and bibliometric maps for detecting the most highlighting themes in the consumer behaviour research from a longitudinal perspective. **Quality & Quantity**, v. 46, n. 4, p. 1077-1095, 2012.
- MUSSALIN, Fernanda. Análise do Discurso. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (eds.). **Introdução à lingüística – domínios e fronteiras**. Editora Cortez, 2009.
- NICOLELLA, Alexandre Chibebe; KASSOUF, Ana Lúcia; BARROS, Alexandre Lahóz M. O impacto do trabalho infantil no setor agrícola sobre a saúde. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 46, n. 3, p. 673-701, 2008.
- NERIS JR, Celso; FUCIDJI, José Ricardo. A tese de performatividade e o ambiente das ideias: o papel dos modelos formais em economia. **Nova Economia**, v. 26, n. 1, p. 123-146, 2016.
- NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JUNIOR, Geraldo. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 589-611, 2010.
- NISHIJIMA, Marislei; SLAIBE POSTALI, Fernando Antonio; FONTES ROCHA, Fabiana. Efeitos da descentralização da saúde básica no Brasil sobre o nível de corrupção em municípios investigados pelo governo central. **Nova Economia**, v. 27, n. 1, 2017.
- NORONHA, Kenya V. M. de S.; ANDRADE, Monica Viegas. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 37, n. 3, p. 521-556, 2007.
- NOVAES, Lucas; MATTOS, Enlinson. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. **Revista de Economia Política**, v. 30, n. 1, p. 140-158, 2010.
- NOZICK, Robert [1974]. Anarchy, State and Utopia. In: SANDEL, Michael J. (Ed.). **Justice: a reader**. Oxford University Press on Demand, 2007.
- NUNES, Luis Currais. Population, growth and health expenditure. **Revista Brasileira de Economia**, v. 54, n. 4, p. 415-432, 2000.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? **Texto para discussão IPEA**, n. 1376, 2009.
- OCKÉ-REIS, Carlos O.; ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; SILVEIRA, Fernando G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.
- OCKÉ-REIS, Carlos O.; CARDOSO, Simone de Souza. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. **Revista de Economia Política**, v. 31, n. 3, p. 455, 2011.
- OLIVA, F. C.; MIRANDA, S. H. **Definição de bens e serviços ambientais (EGs) é pauta da rodada de Doha**. Piracicaba, SP: Esalq-Cepea, 2005. Disponível em

<<https://www.cepea.esalq.usp.br/br/documentos/texto/definicao-de-bens-e-servicos-ambientais-egs-e-pauta-da-rodada-de-doha.aspx>>.

PERELMAN, Chaïm; OLBRECHTS-TYTECA, Lucie [1969]. **Tratado da argumentação: a nova retórica**. Martins Fontes, 2005.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2009.

_____. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. **Texto para Discussão IPEA** n. 1846, 2013.

POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 18, n. 1, p. 117-137, 2014.

QIN-HE. Knowledge discovery through co-word analysis. **Library Trends**, v. 48, n. 1, p. 133-159, 1999.

RAWLS, John [1971]. A theory of Justice. In: SANDEL, Michael J. (Ed.). **Justice: a reader**. Oxford University Press on Demand, 2007.

REIS, Carla de Barros; ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya. Comparação de métodos de valoração de preferências sociais por estados de saúde. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 46, n. 2, p. 63-90, 2016.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA: Estudos Neolatinos**, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

RODRIGUES, Cristina Guimarães; AFONSO, Luís Eduardo. O efeito do status de sobrevivência sobre gastos com internações hospitalares públicas no Brasil em uma perspectiva temporal. **Estudos Econômicos**, v. 42, n. 3, p. 489-510, 2012.

ROTHSCHILD, M.; STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive markets: an essay on the economics of imperfect information. **Quarterly Journal of Economics**, v. 80, p. 629-649, 1976.

SANDEL, Michael J [1988]. Democracy's discontent: America in search of a public philosophy. In: SANDEL, Michael J. (Ed.). **Justice: a reader**. Oxford University Press on Demand, 2007.

_____. **Justice: What's the right thing to do?** Macmillan, 2010.

_____. **What money can't buy? The moral limits of markets**. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 2012.

_____. Market Reasoning as Moral Reasoning: Why Economists Should Re-engage with Political Philosophy? **Journal of Economic Perspectives**, v. 27, n. 4, p. 121-140, 2013.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides; JACINTO, Paulo de Andrade. O Impacto do Programa Saúde da Família Sobre a Saúde das Crianças da Área Rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 55, n. 2, p. 227-246, 2017.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides; JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, Cesar Augusto Oviedo. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012.

SANTOS NETO, Arnaldo Bastos; HEINEN, Luana Renostro. As esferas de justiça de Michael Walzer como perspectiva de análise dos critérios de distribuição de bens sociais na

jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Novos Estudos Jurídicos**, v. 17, n. 2, p. 287-304, 2012.

SCOPUS Info. Elsevier B. V. Disponível em <<https://www.scopus.com>>.

SCUSSEL, Maria Conceição Barletta. A criação de municípios e seu impacto na qualificação do espaço urbano. **Análise Econômica**, v. 16, n. 30, p. 111-132, 1998.

SERVO, Luciana M. Santos et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. IN: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília – DF: IPEA, 2011.

SHAPIRO, Ian. **The Moral Foundations of Politics**. New Haven: Yale University Press, 2010.

SILVA, Everton; DE ALMEIDA, Keyla Caroline; PESSOA, Glaucia S. Carvalho. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 6, n. 1, p. 112-126, 2017.

SILVA, Rubicleis G.; LIMA, João E. Avaliação econômica da poluição do ar na Amazônia Ocidental: um estudo de caso do estado do Acre. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 44, n. 2, p. 157-178, 2006.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015.

SINNOTT-ARMSTRONG, Walter. Consequentialism. In: ZALTA, Edward N. (ed.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, winter, 2015.

SOARES, Wagner L.; FREITAS, Elpídio A. V.; COUTINHO, José Aldo G. Trabalho rural e saúde: intoxicações por agrotóxicos no município de Teresópolis-RJ. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 4, p. 685-701, 2005.

SÖDERBAUM, Peter. Democracy and sustainable development – what is the alternative to Cost- Benefit Analysis? **Integrated Environmental Assessment and Management**, v. 2, n. 2, p. 182-190, 2006.

SOUZA, Elvanio Costa et al. Impactos das mudanças climáticas sobre o bem-estar relacionado à saúde no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 43, n. 1, p. 49-97, 2013.

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde brasileiro. **Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, Ministério da Saúde: São Paulo – SP, 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>.

STAVEREN, Irene van. Virtue ethics. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009a.

_____. Efficiency. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009b.

SWIFT, Adam. The sociology of complex equality. In: MILLER, David; WALZER, Michael (Eds.). **Pluralism, Justice and Equality**. Oxford University Press, 1995.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria C.; BUGARIN, Maurício. Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem de teoria dos contratos. **Estudos Econômicos**, v. 32, n. 3, p. 339-365, 2002.

_____. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003.

THOMSON, Judith J. The trolley problem. **The Yale Law Journal**, v. 94, n. 6, p. 1395-1415, 1985.

VAN ECK, Nees Jan; WALTMAN, Ludo. VOS: A new method for visualizing similarities between objects. In: **Advances in data analysis**. Springer, Berlin, Heidelberg, p. 299-306, 2007.

_____. How to normalize cooccurrence data? An analysis of some well-known similarity measures. **Journal of the Association for Information Science and Technology**, v. 60, n. 8, p. 1635-1651, 2009.

_____. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. **Scientometrics**, v. 84, n. 2, p. 523-538, 2010.

_____. Text mining and visualization using VOSviewer. **ISSI Newsletter**, v. 7, ed. 3, p. 50-54, 2011.

_____. VOSviewer manual. **Leiden: Univeriteit Leiden**, v. 1, n. 1, 2013.

VANTI, Nádia A. P. Da Bibliometria à Webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 2, p. 152-162, 2002.

VIDEIRA, Raphael Almeida; MATTOS, Enlinson. Ciclos políticos eleitorais e a interação espacial de políticas fiscais entre os municípios brasileiros. **Economia Aplicada**, v. 15, n. 2, p. 259-286, 2011.

VOSviewer. Centre for Science and Technology Studies, Leiden University, The Netherlands. Disponível em <<http://www.vosviewer.com>>.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DOORSLAER, E. On the measurement of inequalities in health. **Social Medicine and Medicine**, v. 33, n. 5, p. 545-557, 1991.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAERS, E. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. **Health Economics**, v. 3, p. 281-291, 1994.

WALTMAN, Ludo; VAN ECK, Nees Jan; NOYONS, Ed C. M. A unified approach to mapping and clustering of bibliometric networks. **Journal of Informetrics**, v. 4, n. 4, p. 629-635, 2010.

WALZER, Michael. **Spheres of justice: a defense of pluralism and justice**. New York: Basic, 1983.

_____. The idea of civil society: A path to social reconstruction. **Dissent**, v. 38, p. 293-304, 1991.

_____. Response. In: MILLER, David; WALZER, Michael (Eds.). **Pluralism, Justice and Equality**. Oxford University Press, 1995.

WANG, Daniel Wei Liang. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, 2009.

WANG, Daniel Wei Liang et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 48, n. 5, 2014.

WHITE, Mark D. Deontology. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009a.

_____. Immanuel Kant. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009b.

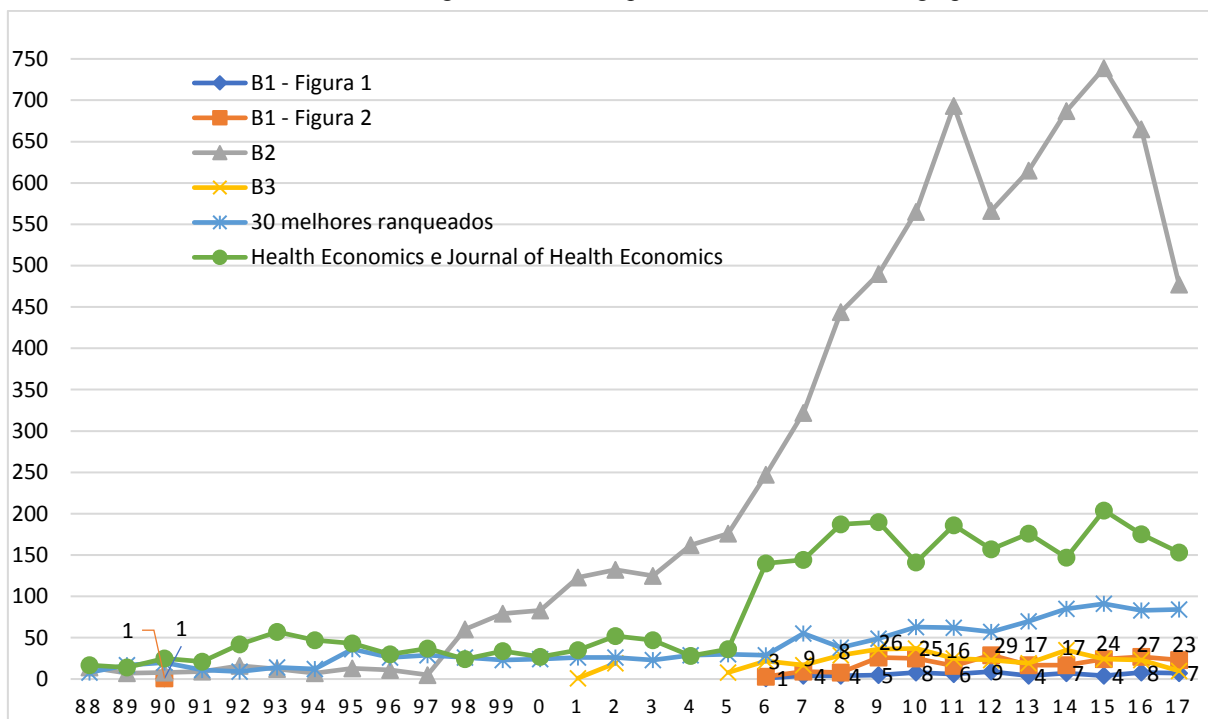
WIGHT, Jonathan B. **Ethics in Economics. An Introduction to Moral Frameworks**. Stanford: Stanford University Press, 2015.

WERNESSE, K. Ethics of Care. In: PEIL, Jan; STAVEREN, Irene Van (Eds.). **Handbook of Economics and Ethics**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Gráfico descritivo da quantidade de artigos selecionados, por ano e grupos utilizados, para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas figuras 1 a 7

GRÁFICO 1: Quantidade de artigos selecionados por ano, de acordo com os grupos selecionados



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

APÊNDICE B: Quadros descritivos dos periódicos e quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas figuras 1 a 7

QUADRO 1: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentados nas Figuras 1 e 2 (periódicos classificados como B1)

Periódicos	Quantidade de Artigos na Figura 1	Quantidade de Artigos na Figura 2
Revista de Economia e Sociologia Rural	17	56
Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação	12	51
Economia Aplicada	11	31
Estudos Econômicos	11	29
Revista de Economia Política	6	15
Revista Brasileira de Economia	5	19
Nova Economia	4	16
Revista de Economia Contemporânea	1	7
Pesquisa e Planejamento Econômico	1	1
Total de Artigos	68	225

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

QUADRO 2: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentado na Figura 3 (periódicos classificados como B2)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Cadernos de Saúde Pública	2907
Ciência e Saúde Coletiva	2725
Saúde e Sociedade	773
Revista da Associação Médica Brasileira	405
Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo	309
Revista Brasileira de Estudos de População	63
Revista de Administração Pública	61
Anais da Academia Brasileira de Ciência	57
Estudos Avançados	43
Gestão e Produção	22
Ambiente e Sociedade	20
Dados	20
Caderno CRH	16
Lua Nova	15
Educação e Sociedade	14
RAE Revista de Administração de Empresas	14
Tempo Social	13
Revista Brasileira de Ciências Sociais	10
Cadernos de Pesquisa	9
Revista de Sociologia e Política	9

(Continua)

QUADRO 2: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentado na Figura 3 (periódicos classificados como B2) (Continuação)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Novos Estudos CEBRAP	8
Pesquisa Operacional	8
Sociedade e Estado	8
Revista Brasileira de Gestão de Negócios	6
Transinformação	5
URBE	5
Opinião Pública	3
História UNISINOS	2
Brazilian Journal of Probability and Statistics	1
Revista de Gestão Social e Ambiental	1
Total de Artigos	7552

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

QUADRO 3: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção do Mapas de Co-word apresentado na Figura 5 (periódicos classificados como B3)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	277
Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional	21
Revista Ciência Agronômica	14
Meta: Avaliação	8
Brazilian Administration Review	4
LOCUS	4
Total de Artigos	328

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

QUADRO 4: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção dos Mapas de Co-word apresentado na Figura 6 (periódicos Journal of Health Economics e Health Economics)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Journal of Health Economics	1457
Health Economics	1159
Total de Artigos	2616

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

QUADRO 5: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção do Mapas de Co-word apresentado na Figura 7 (30 periódicos melhores ranqueados)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Journal of Public Economics	154
Journal of Human Resources	135
Journal of Development Economics	112
American Economic Review	102

(Continua)

QUADRO 5: Descrição dos periódicos e a respectiva quantidade de artigos selecionados para a construção do Mapas de Co-word apresentado na Figura 7 (30 periódicos melhores ranqueados) (Continuação)

Periódicos	Quantidade de Artigos
Journal of Economic Behavior and Organization	92
Quartely Journal of Economics	65
Journal of Environmental and Management	59
Review of Economics and Statistics	55
Journal of Econometrics	49
European Economic Review	48
Journal of Political Economy	39
Economic Journal	34
Journal of Urban Economics	24
Journal of Law and Economics	23
Journal of the European Economic Association	20
Review of Economic Studies	18
Econometrica	17
Journal of Business and Economic Statistics	16
Journal of Economic Dynamics and Control	15
Journal of Labor Economics	13
International Economic Review	11
Journal of Economic Growth	11
Journal of Monetary Economics	9
Journal of Financial Economics	8
RAND Journal of Economics	7
Journal of Economic Theory	4
Journal of Finance	4
Journal of International Economics	4
Review of Financial Studies	4
Journal of Accounting and Economics	3
Total de Artigos	1155

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados disponibilizados pelo SCOPUS

APÊNDICE C: Quadro descritivo dos artigos selecionados para a revisão bibliográfica realizada na seção 4.2

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Kassouf (1993)	1	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE, IPEA, INAN) de 1989	Modelo econômico de família (BECKER, 1981) estimado por 2SLS, Probit, e OLS	Saúde, nível educação e maior participação no mercado de trabalho afetam a saúde da criança, este último de maneira negativa; relevância da amamentação materna na saúde do recém-nascido
Kassouf (1994)	33	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE, IPEA, INAN) de 1989	Modelo econômico de família (BECKER, 1981) estimado por OLS	Educação da mãe, infraestrutura do domicílio e renda familiar têm impactos positivos na saúde da criança; observa-se um aumento do custo de oportunidade do tempo em relação aos cuidados das crianças
Motta et al (1994)	30	CENSO, PNAD, Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental e Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas (INAMPS), para os anos 1970 a 1989	Modelo empírico estimado por uma função de Dose-Resposta	A uma taxa de custo do capital de 5%, estima-se uma perda acima de US\$ 350 milhões, entre o período 1970-1989, com mortalidade e morbidade, associado à poluição hídrica doméstica; os valores dos serviços ambientais crescem de US\$ 357 milhões para US\$ 600 milhões, no mesmo período; custo <i>per capita</i> da poluição hídrica igual a US\$ 2,97
Motta e Mendes (1995)	40	Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e INAMPS para os anos 1981 a 1991	Modelo empírico estimado por uma função de Dose-Resposta	Relação positiva entre qualidade do ar e mortalidade causada por doenças respiratórias; estimativa de redução de óbitos por doenças respiratórias caso o município de São Paulo encaixasse na legislação nacional de nível de emissão de poluentes permitida; o custo <i>per capita</i> da poluição atmosférica é igual a US\$ 0,84 para os municípios observados
Kassouf (1995)	9	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE, IPEA, INAN) de 1989	Modelo de tomada de decisão familiar (BECKER, 1965) estimado por OLS	Educação materna e saneamento básico possui efeitos positivos na saúde da criança; observa que na ausência de um desses fatores, o outro deve compensar esta ausência para que a saúde da criança se mantenha em um nível adequado (substituibilidade entre educação materna e saneamento básico)
Aguirre e Faria (1996)	19	Programa Despoluição dos Ecossistemas Litorâneos do Espírito Santo realizado no ano de 1995	Logit a partir de informações coletadas pelo método de Avaliação Contingente	Apresentação detalhada da metodologia aplicada pela Avaliação Contingente; comparação com métodos alternativos; preço possui relação negativa com a disposição a pagar pelo programa; rendimento familiar e hábito de frequentar a praia possui correlação positiva com a disposição a pagar pelo programa
Marques (1996)	7	Não aplica	Não aplica	Políticas de renda mínima não são suficientes para lidar com as mudanças sociais verificadas no período analisado (década de 1990) no mundo como um todo, pois não reintegraria seus indivíduos assistidos à sociedade, uma vez que não permite a conexão do trabalhador com o significado do trabalho, algo próximo a participação da construção do produto social
Kassouf (1997)	11	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE, IPEA, INAN), para o ano de 1989	Modelo de tomada de decisão familiar (BECKER, 1965) e relação com mercado de trabalho (GROSSMAN, 1972) estimado por 3SLS	Relação positiva e simultânea entre saúde e rendimento dos trabalhadores; saúde teve efeito positivo sobre a oferta de mão de obra dos trabalhadores, mas negativo na oferta de mão de obra de mulheres casadas
Scussel (1998)	3	CENSO e Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul para os anos 1981 e 1982	Análise descritiva dos dados	Resultados positivos em indicadores de infraestrutura e oferta de equipamentos e serviços urbanos nos locais observados após a emancipação

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 1-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Andrade e Lisboa (2000)	9	OCDE Health Data, Department of Health (Reino Unido), Health Insurance - Census Bureau (EUA), Health Care Financing Administration (EUA), Laing e Buisson (1997), para os anos 1960 a 2000	Análise descritiva dos dados	Em sistemas que predomina o regime público de fornecimento de bens de saúde, o problema de risco moral é desconsiderado nas relações contratuais, tendo como resultado a ausência de incentivos que garantam o uso racional dos recursos médicos. A redução de gastos ocorre em função de restrições orçamentárias e por meio de mecanismos regulatórios
Castiñeira e Nunes (2000)	7	Summers-Heston (1991), Kyriacou (1991) e OCDE de 1960 a 1990	Modelo de Solow ampliado (MANKIW; ROMER; WEIL, 1992), estimado por 2SLS	Gastos de consumo em saúde possuem efeitos positivos sobre a produtividade, ao passo que não se encontra evidências de que gastos de investimento em saúde produza tal efeito sobre a produtividade
Nunes (2000)	3	Não aplica	Não aplica	Apresenta uma relação direta entre gastos com saúde <i>per capita</i> e nível de capital <i>per capita</i> ; gastos em saúde <i>per capita</i> e renda <i>per capita</i> movimentam-se na mesma direção; taxas de fertilidade e mortalidade possuem correlação negativa com nível de renda <i>per capita</i> e caem com o desenvolvimento da economia
Andrade e Lisboa (2001)	14	DATASUS e IBGE de 1981 a 1995	Análise descritiva dos dados	Padrão de mortalidade observado nos estados analisados converge para o padrão dos países desenvolvidos, principalmente para indivíduos na faixa etária acima de 45 anos; melhorias nos indicadores de mortalidade infanto-juvenil, mas com elevada distância em relação aos países desenvolvidos; aumento considerável de óbitos por violência
Dain (2001)	64	SIOPS, SIS, Ministério da Saúde, BNDES e Banco Central do Brasil, para os anos 1988 a 2000	Análise descritiva dos dados	Crítica a desvinculação de receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e a possibilidade de não garantia dos direitos sociais, inclusive à saúde, estabelecidos na CF de 1988
Denisard (2001)	12	Pesquisa domiciliar sobre consumo para a cidade de São Paulo (FIPE) de 1998	Modelo empírico (regressão censurada) estimado por OLS, TCR (<i>Tobit Censored Regression</i>) e LAD (<i>Least Absolute Deviation</i>)	Relação positiva entre envelhecimento populacional e gastos com saúde; a presença de crianças e idosos no lar aumentam o gasto familiar com saúde
Teixeira et al (2002)	23	Não aplica	Não aplica	As transferências financeiras diretas para municípios membros tem como resultado incentivos à criação de consórcios; a atuação do Estado como regulador do sistema tem como resultado a garantia de sua sustentabilidade, por meio da punição daqueles que violem os contratos; a atuação híbrida do Estado tem como resultado incentivos para formação e para a estabilidade dos consórcios
Diaz (2003)	22	Pesquisa Domiciliar sobre Padrões de Vida (IBGE) de 1996 e 1997	Cálculo de índices de desigualdade com base em Wagstaff et al (1991), Wagstaff e Van Doorslaer (1994) e Kakwani et al (1997)	Verificou diferenças entre índices calculados a partir de variáveis de nível socioeconômico individual, em que indicadores ponderados pelo nível de renda indicam maior nível de desigualdade na saúde que indicadores pautados nas despesas familiares; todos os indicadores calculados indicam desigualdade no acesso à saúde, favorável a indivíduos com maior nível de renda
Marinho (2003)	105	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, de 1998	Fronteiras de Eficiência não-estocásticas, por meio de Análise Envolvória de Dados (DEA) e regressão censurada (Tobit)	Observa uma grande dispersão de resultados de eficiência entre os municípios; 19 municípios, dentre 74 observados, possui serviços considerados eficientes, abrangendo cerca de 2,5 milhões de habitantes, cerca de 20% da população observada; a taxa de mortalidade possui valor quatro vezes maior que o considerado ótimo; os desempenhos municipais fogem ao controle dos gestores locais, o que demandaria coordenação e aporte de recursos extramunicipais
Teixeira et al (2003)	26	Não aplica	Não aplica	Os resultados mostram que mecanismos de punição e ganhos tecnológicos garantem a sustentabilidade política e financeira dos consórcios. No modelo em que é permitido a suspensão do atendimento aos municípios que quebram as regras do consórcio, encontra-se estabilidade na associação; no modelo em que a suspensão é proibida, há maior tendência à instabilidade na associação

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 2-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Alves (2004)	10	PNAD de 1998	Probit, com base em Chiappori e Salanié (2000)	Não verifica a existência do problema de seleção adversa no período considerado
Andrade e Pôrto Junior (2004)	2	Contratos de operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil	Não aplica	Constata que as operadoras de planos e seguros de saúde utilizam de mecanismos de compartilhamento de risco, com o fim de inibir a sobreutilização dos serviços prestados, mesmo que o custo desta ação recaia sobre os consumidores
Gasparini e Ramos (2004)	21	Datasus de 1997, 1998 e 1999	Fronteiras de Eficiência, por meio de Análise Envoltória de Dados	A região sul possui os estados com melhores serviços fornecidos, ao passo que as regiões sudeste, nordeste e norte estão a baixo da média nacional, este último se posicionando como o pior; oito estados estão localizados na fronteira de eficiência (Acre, Amapá, Maranhão, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal) com o melhor serviço prestado, dado um mínimo de insumos gastos; os oito estados em pior situação são (Sergipe, Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Amapá e Ceará)
Marques e Mendes (2005)	54	Não aplica	Não aplica	A Seguridade Social, tratada como o conjunto de proteção social instituído na CF de 1988, segundo os autores, ainda não havia sido implantado, do ponto de vista organizacional e financeiro; as tensões que fundamentam essa avaliação são a não implementação da descentralização administrativa desde o início da consolidação do SUS, o conflito entre saúde e previdência no direcionamento dos recursos do primeiro, e a preocupação com a priorização de políticas de austeridade fiscal
Kassouf (2005)	96	PNAD de 1998	Modelo de Grossman (1972), estimado com base em um Probit	O estado de saúde do indivíduo foi o fator mais relevante para explicar a procura por atendimento, em ambos os setores; o nível de escolaridade é relevante para explicar a redução da procura por serviços de saúde
Soares et al (2005)	77	Questionários aplicado pelo IBGE, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, em Teresópolis sobre características do aplicador dos agrotóxicos, dados do estabelecimento rural e sobre o uso de agrotóxicos, para os anos de 1996 e 1997	Modelo empírico estimado por Logit	Dos aplicadores com ao menos 2º grau de ensino, cerca de 10% já foram intoxicados por agrotóxicos, ao passo que esse número aumenta para cerca de 20% para aplicadores com escolaridade inferior ao 2º grau completo; os principais fatores que aumentam a chance de intoxicação são: não usar equipamento de proteção, lavar equipamentos em tanque de uso doméstico e utilizar pulverizador costal manual; indivíduos com ao menos o 2º grau de ensino possuem cerca de 70% de chance a menos de serem intoxicados que aqueles que não possuem tal nível de instrução
Andrade et al (2006)	12	PNAD de 1998	Modelo empírico estimado por Tobit	Verificam desigualdades sociais na utilização dos serviços de atenção primária e secundária à saúde, uma vez que a probabilidade de gastos nestes quesitos se mostrou sensível ao nível de renda e à escolaridade do chefe da família; maior elasticidade-renda dos gastos é verificada com planos de saúde; gastos preventivos são mais frequentes com famílias em maior estrato de renda; gastos com serviços hospitalares mostraram menor sensibilidade a medidas socioeconômicas
Ocké-Reis et al (2006)	48	Não aplica	Não aplica	O apoio foi necessário num cenário de custos crescentes (baixa mobilidade de fatores de produção, custos de insumos e inovação crescentes ao longo do tempo, custos de transação). Foram concedidos, até a década de 1980, de maneira direta (financiamento a juros negativos para construção de instalações e compra de equipamentos, com longo prazo de carência, por exemplo) e indireta (permissão às firmas para devolver ou descontar parte da contribuição previdenciária; estabelecimento de normas jurídicas que abriam espaço à expansão do setor). Atualmente, o mecanismo de financiamento se mantém por meio de dedução do imposto de renda

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 3-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Silva e Lima (2006)	9	Fonte primária, obtida por meio de entrevista aleatória em bairro da cidade Rio Branco-AC, no mês de novembro de 2004	Método de Avaliação Contingente (MVC), com base em técnica RF (<i>referendum with follow-up</i>), estimado por Logit	A probabilidade média de um indivíduo se dispor a contribuir é de cerca de 30%; o acréscimo de R\$ 1 no valor do lance reduz a probabilidade de dispor a pagar pela melhoria em cerca de 6 pontos percentuais; paga cada variação da renda de R\$ 10, a probabilidade de pagamento aumenta em 0,12 pontos percentuais; para cada R\$ 10 de aumento de gastos com doenças respiratórias aumenta a predisposição a pagar em 0,35 pontos percentuais; benefícios anuais estimados da despoluição, ou disposição a pagar por melhorias no cultivo, foram superiores a R\$ 40 milhões, superior ao valor gasto pelo SUS com doenças referentes a morbidades respiratórias, de cerca de R\$ 2 milhões; o indicador de Custo-Benefício indica a viabilidade do projeto
Kassouf (2007)	110	Não aplica	Não aplica	Observa elevado número de crianças (cerca de 8% das crianças e adolescentes entre 7 a 15 anos) que ainda trabalham (uma hora ou mais na semana), mesmo que menor a períodos anteriores da história do país; a literatura, de maneira geral, aponta que quanto mais cedo a criança começa a trabalhar, piores são indicadores de educação, salário esperado e saúde
Marinho e Cardoso (2007)	16	DATASUS de 1999 a 2002	Modelo de teoria das filas para computo de variáveis de tempo de espera e modelo empírico estimado com base em modelos Logit multinível e em dados em painel	Tempos de espera são longos e elásticos em relação às taxas de chegadas e às taxas de atendimento no SUS e variam entre estados e municípios; baixo peso ao nascer, cesarianas, taxa de fertilidade, IDH e importação de pacientes não residentes são positivamente correlacionados com os tempos de espera em filas, ao passo que exames pré-natal, quantidade de enfermeiros e o gasto total <i>per capita</i> em saúde são negativamente correlacionados com o tempo de espera
Noronha e Andrade (2007)	24	PNAD de 1993, 1998 e 2003	Modelo empírico, estimado por Logit multinível	Distribuição de renda afeta o estado de saúde auto reportado; desigualdade de renda afeta negativamente o estado de saúde; quanto maior a desigualdade na distribuição de renda, menor é a chance de o indivíduo reportar um melhor estado de saúde
Machado (2008)	16	Pesquisa sobre Padrões de Vida (IBGE) de 1996 e 1997	Modelo empírico estimado por Probit	Condições desfavoráveis de saúde, medida por indicador de desenvolvimento físico, impactam negativamente na chance de ingresso na escola das crianças na "idade correta", principalmente para crianças mais pobres e cujas escolas são distantes do local de residência
Nicolella (2008)	20	PNAD de 1998 a 2003	Modelo empírico com base em Probit e Pseudo-painel	Para indivíduos classificados como economicamente ativos, a atividade e o trabalho de risco no setor agrícola não resultam em maior prejuízo a saúde das crianças que o setor não-agrícola; o impacto do trabalho infantil na saúde da criança ocorre independentemente do setor e se a atividade é de risco ou não; para os indivíduos que residem no meio rural, trabalhar não afeta o status de saúde individual, ao passo que para aqueles que residem no meio urbano, trabalhar afeta negativamente a saúde da criança
Andrade e Maia (2009)	8	PNAD de 1998 e 2003	Modelo empírico, estimado com base em modelo de Dados de Contagem, corrigindo endogeneidade por meio de Análise Contrafactual (com correção de vies de seleção e Pareamento)	Sobreutilização, por parte de indivíduos com planos de saúde, dos serviços de consultas médicas e de dias de internação
Caliari et al (2009)	3	SIOPS, DATASUS, IPEA, Tribunal Superior Eleitoral, para os anos 2002 a 2006	Modelo empírico, estimado por Decomposição de Diferenciais de renda e Regressão Quantílica	Encontra pouca relevância partidária na determinação dos gastos em saúde; o fator que determina o gasto com saúde são as pressões institucionais decorrentes da EC 29, isto é, o aspecto de "alocação forçada" dos gastos; localização regional é componente relevante para a determinação do gasto, destacando que municípios próximos tomam decisões similares na alocação de recursos

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 4-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Mattos et al (2009)	5	DATASUS e IBGE de 2005	Fronteira de Eficiência de Produção, com base em <i>Free Disposable Hull</i> (FDH), estimado por meio de OLS e <i>Seemingly Unrelated Regressions</i> (SUR)	Municípios menores possuem maior gasto <i>per capita</i> com saúde e piores indicadores de eficiência; além disso, não oferecem melhores serviços de prevenção de doenças infecciosas, mesmo possuindo maior capacidade de conhecer as necessidades dos cidadãos; concluem que excessiva descentralização pode implicar em perda de eficiência
Maia e Rodrigues (2010)	7	PNAD de 2008	Modelo empírico estimado por GLS e Logit	Embora exista maior percentual de pessoas que reportam boa saúde entre ocupados não-agrícolas, a maior chance de um indivíduo se autodeclarar saudável ocorre entre ocupados no setor agrícola; características socioeconômicas explicam o acesso discrepante aos serviços de saúde e não a residência e ocupação em setores agrícolas e não-agrícolas; probabilidade de apresentar bom estado de saúde entre aqueles de maior padrão socioeconômico ocorre nas atividades agrícolas, em função da maior desigualdade no setor
Novaes e Mattos (2010)	14	TSE e DATASUS para os anos 2000 e 2004	Modelo baseado em reputação estimado por Dados em Painel e Primeira Diferença	Verificam aumento de gastos com saúde em cidades cujos prefeitos buscam reeleição e naquelas cidades cujos prefeitos são sucedidos por outros do mesmo partido, para o caso dos prefeitos no primeiro mandato; prefeitos no segundo mandato não aumentam gastos em saúde em anos eleitorais
Nishijima et al (2010)	4	PNAD de 1998	Modelo de Hoel e Saether (2003), estimado por Logit e Probit	Verificam que consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens vinculados à assistência média com internações pelo setor público que os não consumidos de planos privados de saúde, no período pré-regulamentação da ANS
Gonçalves et al (2011)	29	IPEA, PNUD, IBGE, INEP/MEC de 1998 a 2002	Modelo empírico, com base em modelo de defasagem espacial	Verificam relação espacial nas taxas de suicídio de microrregiões brasileiras; pobreza é negativamente correlacionado, ao passo que grau de ruralização é positivamente correlacionado com taxas de suicídio
Ocké-Reis e Cardoso (2011)	1	DIEESE, FIPE, IBGE e IPEA para os anos 2001 a 2005	Análise descritiva dos dados	O reajuste aplicado pela ANS foi próximo a taxa de inflação da economia medida pelo IBGE (IPCA), mas ficou acima das taxas de inflação do setor de saúde medidas pela Fipe (IPC-Fipe) e IBGE; a taxa de inflação do Dieese indica que os preços dos planos de saúde individuais cresceram em percentual acima do reajuste autorizado pela ANS; inflação do setor de saúde foi estável no período analisado; o teto estabelecido pela ANS foi superior à taxa de inflação do setor medido pela IBGE (IPCA); conclui que as taxas de reajustes dos planos privados poderia ter sido menor
Videira e Mattos (2011)	7	Programa Finanças do Brasil (Tesouro Nacional), Tribunal Superior Eleitoral, IBGE e IPEA de 1997 a 2008	Modelo de ciclos eleitorais, estimado por POLS (Pooled Ordinary Least Squares)	Em ano eleitoral, gastos com investimentos, educação e saúde se elevam; verificam interação espacial entre as unidades da federação; verificam padrão de aumento dos gastos em educação e investimento, influenciado pelo aumento de gastos dos municípios vizinhos nas mesmas rúbricas, em ano eleitoral
Marinho et al (2012)	5	OMS de 2004 a 2006	Fronteiras de Eficiência Estocástica de Produção, estimado com base em modelo Cobb-Douglas com Ineficiência não variável no tempo (<i>time-invariant Cobb-Douglas model</i>)	O Brasil apresenta indicadores de saúde em piores condições que os países da OCDE, bem como menor gasto <i>per capita</i> ; apresenta melhora crescente nos indicadores de saúde; possui o melhor desempenho em termos de eficiência técnica relativa
Rodrigues e Afonso (2012)	6	DATASUS de 1995 a 2007	Análise de projeção de gastos	O padrão de gastos com saúde por <i>status</i> de sobrevivência é crescente por grupo etário para o grupo de sobreviventes e decrescente para os indivíduos que morrem; a razão de gastos mortos/sobreviventes diminui com a idade; quando se considera apenas o perfil etário para fazer as projeções, em relação a 2007 os gastos médios para 2050 crescem cerca de 380%, ao passo que quando as projeções são feitas sobre as informações do <i>status</i> de sobrevivência, o crescimento é menor que 70%

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 5-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Santos et al (2012)	18	IPEA e DATASUS para os anos 1981 a 2007	Modelo empírico, estimado por meio de causalidade de Granger para Dados em Painel	As evidências indicam causalidade na direção da saúde para a renda
Andrade et al (2013)	5	PNAD de 1998 e 2008	Computo de Índices de Concentração, estimado por meio de OLS	Verificam aumento das taxas de utilização e redução das desigualdades no cuidado primário, principalmente entre indivíduos sem plano de saúde, o que indicaria melhora no acesso aos serviços públicos; serviços odontológicos ainda apresentam elevada desigualdade e maior uso para indivíduos que possuem planos de saúde; verificam elevada desigualdade no indicador de problema de acesso, favorável aos mais ricos, apresentando menor grau de desigualdade quando se controla a posse de planos de saúde
Araújo et al (2013)	5	IPEA, STN e IBGE para os anos 2004 a 2009	Modelo empírico estimado com Dados em Painel com efeitos fixos	Redução nos indicadores de pobreza para os estados brasileiros, com o indicador do Programa Bolsa Família (PBF) demonstrando significância estatística; o indicador do PBF não apresenta significância estatística para o indicador de desigualdade de renda; gastos sociais em educação e saúde reduzem pobreza, mas não possui significância para explicar desigualdade de renda; crescimento econômico é relevante para a redução da pobreza e da desigualdade de renda
Souza et al (2013)	34	DATASUS, IPEA, Climate Research Unit (University of East Anglia) e Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos (INPE) de 1980 a 2002	Projeções climáticas com base em modelo de Deschênes e Greenstone (2007), estimado com Dados em Painel	Mudanças climáticas afetam principalmente a mortalidade de crianças e mulheres; aumento do consumo residencial anual de energia com mudanças climáticas é estimado em cerca de 6%; perda de bem-estar relacionada à saúde pode chegar a 4,7% do PIB
Benegas e Silva (2014)	10	DATASUS de 2006	Fronteira de Eficiência por meio de Análise Envoltória de Dados	A adição de insumos não discricionários impactou aumentando o número de estados eficientes em todas as medidas de eficiência; variáveis demográficas são mais relevantes para explicar a eficiência dos serviços de saúde que variáveis socioeconômicas; o modelo reduzido com menos de 50% dos produtos originais teve aumento do poder discriminatório dos modelos sem perda significante de informação; a variável "população" foi a única para a qual os resultados de eficiência sofreram alteração significativa, quando incorporou-se variáveis discriminatórias
Politi (2014)	6	PNAD de 2008	Estimação de índices de concentração (Probit) e decomposição de seus fatores explicativos	O uso de serviços de saúde, por classes de renda familiar, é desigual e favorável aos ricos, em sete dos nove serviços analisados; o fator que mais justifica este padrão é a posse de planos privados de saúde; o Programa Saúde da Família contribui para a redução do índice de concentração, apesar de seu impacto ainda ser pequeno quando comparado com o efeito concentrador da cobertura privada
Santos et al (2012)	18	IPEA e DATASUS para os anos 1981 a 2007	Modelo empírico, estimado por meio de causalidade de Granger para Dados em Painel	As evidências indicam causalidade na direção da saúde para a renda
Domingues et al (2015)	0	Contas Nacionais de Saúde de 2005 e POF de 2003 e 2004	Modelo BRIDGE (<i>Brazilian Dynamic Computable General Equilibrium Model</i>)	Impacto positivo para o PIB e consumo das famílias, considerando todos os percentis de renda, elevando em maior proporção o bem-estar das famílias dos décimos inferiores de renda
Simão e Orellano (2015)	12	DATASUS, SIOPS, IBGE, TSE, STN de 2002 a 2010	Modelo empírico, estimado com Dados em Painel por Efeitos Fixos	Receita municipal <i>per capita</i> exerce impacto positivo sobre o recebimento de transferências do SUS; encontra indícios de que fatores políticos influenciam o recebimento de recursos do SUS
Almeida e Araújo Júnior (2016)	0	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2002	Modelo empírico, estimado com técnicas paramétricas (modelo Logit) e não-paramétricas (<i>propensity score matching</i>)	Exposição aos fatores de risco se relaciona de forma direta ao atraso escolar de alunos do 9º ano (variável de desempenho escolar considerada), com efeitos mais intensos para estudantes mais pobres

(Continua)

QUADRO 6: Artigos analisados na seção 4.2 e informações complementares (Continuação 6-6)

Artigo	Citações *	Base de Dados Utilizada	Método	Principais Resultados
Reis et al (2016)	0	Entrevistas domiciliares realizadas em municípios do estado de Minas Gerais, no ano 2011	Estimação de modelos <i>Ranking</i> , por meio de um Logit Condicional, e <i>Visual Analogue Scale</i> e <i>Time Trade-off</i> , via Dados em Painel com efeitos aleatórios	Apesar do ordenamento das preferências por estados de saúde serem similares nos três modelos consideradas, encontra diferenças significativas na magnitude dos valores observados para estas preferências (há similaridade ordinal, mas não cardinal)
Nishijima et al (2017)	0	Controladoria Geral da União, de 2007 a 2010	Modelo empírico estimado por modelos de contagem (regressão de Poisson)	Descentralização administrativa reduz o número de ocorrências caracterizadas como corrupção junto aos programas de saúde geridos pelos municípios auditados; não encontra efeitos para a descentralização financeira
Santos e Jacinto (2017)	0	PNAD de 2008	Modelo empírico estimado por <i>Propensity Score Matching</i> e OLS	O Programa Saúde da Família possui impacto estatisticamente significativo e de magnitude elevada sobre a saúde das crianças da área rural do Brasil, mas concentrado nas regiões Norte e Nordeste, sendo não-significativo para as regiões Centro-Sul do país.

Fonte: Elaboração própria.

* Número de citações de acordo com o Google Scholar.