



# Propondo uma agenda de pesquisa: a sociologia econômica da saúde<sup>1</sup>

Letícia Veríssimo da Silva<sup>2</sup>

Maurício Reinert<sup>3</sup>

**Resumo:** O acesso aos cuidados de saúde nem sempre é garantido, pois diversos fatores econômicos e sociais influenciam esses serviços. Este artigo apresenta uma agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde, que visa integrar as discussões sobre as dimensões econômicas e sociais da saúde, incluindo os aspectos morais envolvidos. Para isso, foram abordados três eixos principais: (1) o direito à saúde e seus limites econômicos; (2) o financiamento da saúde, discutindo a relação entre mercado e Estado; e (3) as desigualdades em saúde e a distribuição de renda. Os resultados desta pesquisa destacam a importância de uma abordagem que não apenas considere os fatores econômicos, mas também os sociais e morais, para promover um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** *cuidados de saúde; Sociologia da Saúde; Economia da Saúde; Sociologia Econômica da Saúde; desigualdade social.*

## Proposing a research agenda: the economic sociology of health

1 O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

2 Universidade Estadual do Paraná (Unespar) – Apucarana – Brasil – [l.verissimo.s@gmail.com](mailto:l.verissimo.s@gmail.com) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0698-8366> – Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1857427247501102>.

3 Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá – Brasil – [mrnascimento@uem.br](mailto:mrnascimento@uem.br) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0263-9484> – Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5978684124962276>.

**Abstract:** *Access to healthcare is not always guaranteed, as various economic and social factors influence these services. This article presents a research agenda for the Economic Sociology of Health, aiming to integrate discussions on the economic and social dimensions of health, including the moral aspects involved. To this end, three main axes were addressed: (1) the right to health and its economic limits; (2) healthcare financing, discussing the relationship between the market and the state; and (3) health inequalities and income distribution. The findings of this research highlight the importance of an approach that considers not only economic factors but also social and moral ones, in order to promote more equitable access to healthcare.*

**Keywords:** *healthcare; Sociology of Health; Health Economics; Economic Sociology of Health; social inequality.*

### **Proponiendo una agenda de investigación: la sociología económica de la salud**

**Resumen:** El acceso a la atención sanitaria no siempre está garantizado, ya que diversos factores económicos y sociales influyen en estos servicios. Este artículo presenta una agenda de investigación para la Sociología Económica de la Salud, con el objetivo de integrar las discusiones sobre las dimensiones económicas y sociales de la salud, incluyendo los aspectos morales involucrados. Para ello, se abordaron tres ejes principales: (1) el derecho a la salud y sus límites económicos; (2) la financiación de la salud, analizando la relación entre el mercado y el Estado; y (3) las desigualdades en salud y la distribución del ingreso. Los resultados de esta investigación resaltan la importancia de un enfoque que no solo considere los factores económicos, sino también los sociales y morales, con el fin de promover un acceso más equitativo a la atención sanitaria.

**Palabras clave:** cuidados de salud; Sociología de la Salud; Economía de la Salud; Sociología Económica de la Salud; desigualdad social.

## **1. POR QUE SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE?**

Desde a década de 1870, a teoria econômica convencional, também chamada de *mainstream*, tem se consolidado como a principal corrente do pensamento econômico. Suas ideias são amplamente ensinadas em instituições de prestígio, publicadas em revistas acadêmicas de relevância, financiadas por importantes

fundações de pesquisa e frequentemente premiadas (Dequech, 2008). Entre os conceitos centrais dessa teoria estão o mercado de concorrência perfeita, a racionalidade dos agentes econômicos, o equilíbrio de mercado, a maximização de utilidade por parte dos consumidores e a maximização de lucro pelas empresas. Além disso, a teoria assume mercados competitivos, nos quais os preços são determinados pela oferta e demanda, e a alocação de recursos é considerada eficiente.

Para que um mercado seja caracterizado como de concorrência perfeita, ele deve atender a critérios específicos, como a presença de um grande número de empresas, todas ofertando produtos idênticos; a existência de muitos compradores dispostos a adquirir esses produtos; o acesso pleno a todas as informações relevantes tanto para os vendedores quanto para os compradores, de modo a garantir decisões racionais; e a liberdade de entrada e saída das empresas no mercado, sem barreiras ou restrições (Nunes, 2018). Essas condições criam um ambiente no qual nenhuma empresa ou consumidor individual tem poder para influenciar o preço do produto, levando ao que se considera um mercado idealmente eficiente.

Garcia-Parpet (2003) também argumenta sobre a concorrência perfeita, através do mercado de morangos de Sologne. Para a autora, esse mercado deveria se aproximar do ideal de mercado da teoria econômica convencional. Basicamente para que ocorra seu funcionamento, deve existir um equilíbrio entre oferta e demanda, pois ambos estão atrás de seus próprios interesses, resultado da “mão invisível” de Adam Smith (1776). No entanto, o mercado de concorrência perfeita é apenas um ideal, e mesmo mercados como o de morangos de Sologne não conseguem corresponder plenamente a esse ideal, pois fatores sociais interferem no equilíbrio.

O mercado de cuidados de saúde é um exemplo de mercado que não atende a nenhum dos critérios de concorrência perfeita (Arrow, 1963; Donaldson; Gerard 1993). Isso o torna singular em comparação com outros produtos ou serviços. Podemos identificar pelo menos quatro características que distinguem os cuidados de saúde, utilizando a própria lógica da teoria *mainstream*: (1) a demanda é irregular e imprevisível, variando ao longo da vida das pessoas, já que não se consome cuidados médicos de forma constante; (2) o comportamento dos médicos difere do de empresários, pois enquanto os empresários visam o interesse próprio e o lucro, os médicos priorizam o bem-estar dos pacientes; (3) existem barreiras significativas de entrada no mercado, como as rigorosas exigências para obtenção de licenças médicas, que limitam o número de profissionais; e (4) os preços dos serviços de saúde não são fixos, variando de acordo

com o tipo de tratamento e as condições específicas de cada paciente (Arrow, 1963; Castro, 2002).

Essas características, associadas à incerteza e à assimetria de informação, fazem com que o mercado de cuidados de saúde seja incapaz de atender aos critérios de concorrência perfeita estabelecidos pela teoria econômica convencional (Castro, 2002). Embora teorias como a Economia da Saúde tenham gerado debates importantes sobre o tema, elas não conseguem abranger completamente as discussões relacionadas aos cuidados de saúde, já que muitos desses debates envolvem aspectos sociais e morais que vão além do escopo econômico da disciplina.

Os fatores morais são especialmente importantes. Nesse contexto, a moral pode ser compreendida como um conjunto de convenções sociais que determinam a melhor forma de agir ou pautar o comportamento humano, sendo relativa às regras de uma dada sociedade (Barbosa; Souza, 2008). Ela está associada aos valores e costumes tanto de um grupo quanto de indivíduos dentro da sociedade (Figueiredo; Guilhem, 2008). As regras morais equilibram os interesses individuais e coletivos, promovendo um princípio de justiça que orienta e influencia o comportamento social (Raud-Mattedi, 2005). Em contraste, o comportamento imoral é aquele que viola os princípios estabelecidos pela moral vigente (Motta, 1984).

Entretanto, é importante discutir como essas noções de moralidade se relacionam com os conceitos de justiça, especialmente no contexto de saúde, onde a moralidade pode ser mobilizada para questionar a distribuição de recursos e o acesso aos cuidados. Essa relação entre moral e justiça deve ser fundamental para a proposta da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

No que se refere à dimensão social dos cuidados de saúde, a Sociologia da Saúde é a área responsável por investigar uma ampla gama de fenômenos relacionados ao tema. Entre suas diversas linhas de pesquisa, destacam-se as discussões sobre as desigualdades sociais e políticas no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com Annandale (2014), uma das abordagens da Sociologia da Saúde é compreender a desigualdade em um contexto intelectual e político que questiona a centralidade da classe social, ao mesmo tempo que explora as interseções entre gênero e raça. Vale ressaltar que, embora essas questões sejam relevantes, a Sociologia da Saúde abrange muitas outras áreas de estudo, incluindo temas como a medicalização, as relações entre profissionais e pacientes, e os impactos das instituições de saúde nas dinâmicas sociais.

Diversos exemplos podem ser citados envolvendo os fatores sociais e econômicos dos cuidados de saúde, ressaltando sua configuração indissociável. O

primeiro é que algumas pessoas não possuem renda suficiente para acessar os cuidados de saúde, o que pode ser visto como uma situação, no mínimo, injusta, já que a saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer cidadão. Excluir uma parcela da população desse direito simplesmente por não dispor de recursos financeiros gera frustração e desigualdade (Castro, 2002).

Um segundo exemplo é a distribuição desigual de informação. A economia identifica como falha de mercado na área da saúde a assimetria de informação na relação médico-paciente, em que o médico, por ter maior conhecimento técnico, detém mais informações sobre as consequências e os possíveis tratamentos (Silva, 2003). No entanto, também há uma distribuição desigual de informação de ordem social. Pessoas com menos recursos financeiros têm menor acesso às informações sobre saúde, o que pode ser limitado por diversos fatores, como a baixa escolaridade. Por outro lado, pessoas com maior nível de escolaridade e mais acesso a informações sobre saúde acabam por ter mais oportunidades de atenção e cuidados de saúde, em comparação com aquelas que possuem menos acesso à informação (Rabello, 2010).

Um terceiro exemplo é que, segundo os economistas, a regulação dos serviços de saúde deveria ser realizada pelo Estado, por meio de agências de coordenação dos mercados e da regulamentação por leis de defesa do consumidor e de concorrência (Nunes, 2018). Como no setor de saúde nenhuma das condições de concorrência perfeita está presente, isso justificaria uma forte presença do Estado. No entanto, esse não é o cenário de diversos países, incluindo o Brasil, onde há uma forte atuação do setor privado por meio de planos de saúde. Isso resulta na exclusão de uma parcela da população que não dispõe de recursos financeiros suficientes para acessar tais cuidados de saúde.

Entretanto, essas questões precisam ser debatidas de forma mais abrangente, uma vez que, embora a Sociologia da Saúde traga importantes contribuições ao explorar os impactos das desigualdades sociais, do acesso e da justiça nos cuidados de saúde e a Economia da Saúde aborde questões como alocação de recursos, eficiência e financiamento, ambas as disciplinas, em geral, não oferecem um tratamento profundo dos fatores morais que permeiam essas discussões.

As “questões de ordem social” na Sociologia da Saúde se concentram em temas como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, as dinâmicas de poder entre profissionais e pacientes e o papel das instituições na saúde pública. Já as “questões econômicas”, tratadas pela Economia da Saúde, envolvem o custo-benefício dos serviços, a eficiência de mercados de saúde e a avaliação de políticas públicas de financiamento. Contudo, os fatores morais, como os princípios

de justiça, equidade e a ética no cuidado ao paciente, tendem a ser tratados de forma tangencial ou implícita, sem uma discussão direta e integrada. Para incorporar de maneira adequada tanto os aspectos racionais de ordem econômica quanto as dinâmicas sociais e comportamentais dos grupos é necessário um enfoque mais holístico. Nesse sentido, a Sociologia Econômica, que desde a década de 1980 tem explorado a intersecção entre mercados, instituições e comportamento social, oferece um campo promissor para integrar esses elementos.

A Sociologia Econômica surge como uma das áreas que propõem soluções para fatores sociais que a Teoria Econômica não consegue resolver sozinha (Dequech, 2011). Segundo Granovetter, a perspectiva da Sociologia Econômica “é mostrar que as teses neoclássicas seriam reforçadas, mesmo em seu domínio mais central, se lhes fosse acrescentada uma perspectiva sociológica” (Granovetter, 2001: 207). Fligstein acrescenta que grande parte dos estudos da Sociologia Econômica “enfoca o seu objeto empírico e a literatura na qual ele está inserido” (Fligstein, 1996: 8). Essa abordagem tem pelo menos três fundamentos principais: (1) toda ação econômica é também uma ação social, (2) a ação econômica é socialmente situada, isto é, depende do contexto social em que ocorre; e (3) as instituições econômicas (que fazem parte do mercado) são construções sociais que resultam de interações entre diferentes agentes e grupos (Lévesque; Bourque; Forgues, 2001). Esses três pressupostos confirmam a importância do aspecto sociológico e complementam a teoria econômica convencional.

Uma das áreas de estudo da Sociologia Econômica está relacionada a concepções normativas morais e político-ideológicas, como os debates sobre quais tipos de bens e serviços devem ou não ser promovidos pelo Estado (Dequech, 2011). Um desses bens e serviços é justamente o cuidado de saúde, que, por conter diversos fatores sociais imersos na economia, pode ser estudado pela Sociologia Econômica. No campo da saúde, em que há grande envolvimento do setor público, a Sociologia Econômica pode iniciar importantes discussões (Hammer, 2007). Portanto, desenvolver um estudo no campo dos cuidados de saúde, unindo debates econômicos, sociais e morais que não devem ser entendidos de forma isolada, é essencial.

Para Hammer (2007), que iniciou um debate entre a saúde e a arquitetura de mercados de Fligstein (2002) através de uma discussão antitruste, um modelo é útil se oferece uma estrutura favorável para refletir sobre problemas que levam a novos entendimentos e novas linhas de investigação. Assim, é fundamental propor uma agenda de pesquisa para o campo da Sociologia Econômica da Saúde, visto que os cuidados de saúde englobam fatores sociais, culturais, ambientais, psicológicos, biológicos e econômicos (Del Nero, 1995), todos permeados por fatores morais. Esse

último fator – a moralidade – é essencial na discussão da nova agenda, pois toca diretamente no questionamento sobre justiça social e equidade no acesso à saúde.

Dessa forma, a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde será estruturada em torno dos principais debates da Economia da Saúde e da Sociologia da Saúde, especialmente nas discussões sobre saúde pública, mas avançando para integrar uma perspectiva mais ampla sobre a justiça e a moralidade nos cuidados de saúde. Em seguida, será exposto como essa nova agenda pode contribuir para a compreensão e análise mais complexa dos cuidados de saúde e sua relação com as dinâmicas sociais e econômicas.

### 1.1 ECONOMIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES

Grande parte da literatura sobre Economia da Saúde reconhece que Kenneth Arrow (1963) foi o primeiro a apresentar um debate das diferenças do mercado da economia convencional a respeito dos cuidados de saúde. Para Zucchi, Del Nero e Malik (2000), essa área de estudo busca compreender a saúde por meio da avaliação de custos e da escassez, com o objetivo de melhorar a distribuição dos recursos disponíveis. Portanto, exige a tomada de decisões sobre a melhor utilização desses recursos.

Para os estudiosos da Economia da Saúde, os custos estão essencialmente relacionados aos custos de oportunidade, ou seja, é necessário certa renúncia ao destinar recursos a um cuidado de saúde para direcioná-los a outras áreas. Ocorre que os recursos, de qualquer natureza, são limitados, e o debate sobre sua aplicação é fundamental. Portanto, segundo essa perspectiva, é necessário seguir critérios de custo-efetividade a fim de promover o bem-estar social.

Dessa forma, os principais estudos da Economia da Saúde atualmente estão relacionados a temas de caráter econométrico e quantitativo, como:

- a) o impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde da população, que analisa dados sobre os riscos diferenciais de mortalidade associados às condições ambientais, de trabalho, ao status socioeconômico, educacional e à desigualdade na distribuição de recursos (Prata, 1994);
- b) a relação entre fatores socioeconômicos e indicadores de saúde, incluindo estudos sobre obesidade, saúde de idosos, recém-nascidos, gestantes, entre outros;
- c) a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde, que aborda a construção, aplicação e interpretação de índices de desigualdade amplamente utilizados na Economia da Saúde, como o índice de Gini, o índice

de dissimilaridade, os coeficientes de variação, razão e a diferença de taxas. Todos esses índices indicam os níveis de desigualdade geográfica no acesso aos cuidados de saúde.

Cruz e Manso (2004) também apontam que os estudos de Economia da Saúde realizam debates sobre:

- a) a avaliação comparativa entre sistemas de saúde de vários países utilizando diversas variáveis como o gasto *per capita* em saúde dos países, a esperança de vida ao nascer, os índices de sobrevivência infantil, entre outros, a fim de analisar como melhorar e/ou o que mudar nos sistemas de saúde de seus próprios países;
- b) estudos específicos de programas de saúde de intervenção na comunidade, mensurando sua eficiência através da minimização dos custos, do custo/benefício, do custo/utilidade e do custo/eficácia que esses programas podem apresentar;
- c) estudos sobre gastos globais em saúde, – que no Brasil representa 9,2% e nos Estados Unidos 14,5% do PIB (2020) –, debatendo sobre os tipos de financiamentos em saúde e sobre como o dinheiro pode ser melhor aplicado, assim como a controversa questão entre público e privado.

Del Nero (1995) também aponta alguns debates no campo da Economia da Saúde. Segundo o autor, nessa área estão vinculados debates como:

- a) qual seria a melhor combinação de pessoas e tecnologia para produzir cuidados de saúde com excelência;
- b) e, por fim, quais são as principais demandas e ofertas nos cuidados de saúde, e, dentro dessas demandas, qual deve ser a prioridade.

Todos esses temas são fundamentais para as discussões da Economia da Saúde. Ignorá-los pode resultar na imposição de certos serviços sobre as políticas de saúde, sem que sejam mensurados os efeitos significativos sobre a saúde da população (Gonzalez Saes, 2000). No entanto, essa abordagem não abrange completamente as questões sociais relacionadas aos cuidados de saúde, tampouco os fatores morais, que serão essenciais na construção da agenda da Sociologia Econômica da Saúde.

## 1.2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES

A Sociologia da Saúde começou a se desenvolver de forma mais estruturada no período pós-Segunda Guerra Mundial, principalmente nas décadas de 1950

e 1960, com debates significativos surgindo na Europa Ocidental, especialmente na Inglaterra e na França (Jefferys, 1996). Nesse período, os estudos focaram nas transformações sociais e nos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, bem como nas novas tecnologias e nas compreensões emergentes sobre o bem-estar. Embora esses debates tenham se iniciado em grande parte nos departamentos de sociologia, ao longo do tempo migraram para áreas como saúde pública, administração e medicina preventiva, especialmente a partir da década de 1980, quando esses temas começaram a ganhar mais destaque (Nunes, 2014).

A Sociologia da Saúde tem como foco a análise das dimensões sociais que influenciam a saúde, abrangendo fenômenos, movimentos sociais, desigualdades e políticas de saúde. No âmbito dos debates sobre as desigualdades em saúde, diversas são as discussões:

- a) sobre as classes sociais, com discussões acerca das relações assimétricas de acesso aos recursos de cuidados de saúde – nas análises da Sociologia da Saúde, através das classes sociais, entende-se que quanto pior a posição social, pior a saúde das pessoas, ou maior o risco de saúde quando comparados a classes mais privilegiadas (Tavares, 2016);
- b) de raça, com pesquisas envolvendo estudos sobre como pessoas negras sofrem mais em diversos contextos relacionados aos cuidados de saúde, até mesmo em contextos de pandemia (Goes; Ramos; Ferreira, 2020);
- c) étnica, que envolvem estudos como os baixos cuidados de saúde em populações de imigrantes em diversos países e estudos envolvendo os cuidados de saúde com indígenas.

As pesquisas da Sociologia da Saúde também envolvem temas como:

- a) territorialidade, indicando que as pessoas que moram em grandes cidades e que são fortemente marcadas pela segregação residencial – onde normalmente pessoas menos favorecidas residem às margens da cidade e que as condições de moradia são mais precárias em termos estruturais –, em sua grande maioria, não têm acesso a serviços básicos de saneamento, água potável e equipamentos de cuidados de saúde, desde postos de saúde, farmácias até mesmo a parques e espaços recreativos, o que resulta em acúmulo de fatores que não são favoráveis aos cuidados de saúde;
- b) gênero, identificando estudos a respeito das diferenças entre homens e mulheres, dando ênfase às maiores dificuldades das mulheres nos cuidados de saúde frente a desafios como reprodução, parto, menopausa etc.;

- c) idade, envolvendo estudos principalmente sobre o envelhecimento da população e os cuidados de saúde na terceira idade (Tavares, 2016).

Por fim, ainda são apresentados como temas de discussão da Sociologia da Saúde, segundo Nunes (2014):

- a) os fatores ambientais e sua influência na saúde, compreendendo como as distribuições de doenças em determinados países e regiões afetam essa população de maneira diferente das demais, caracterizando-os como agentes físicos, biológicos e substâncias químicas;
- b) as tecnologias de alto custo e seu restrito acesso à parte mais favorecida da população;
- c) e, por fim, dentro das perspectivas das políticas de saúde na Sociologia da Saúde, as principais discussões estão relacionadas ao grau de intervenção do Estado, à universalidade ou deficiência do acesso e sua eficiência e eficácia (ou falta delas).

Ao apresentar os principais temas estudados tanto pela Economia da Saúde quanto pela Sociologia da Saúde, nota-se que cada uma dessas disciplinas adota perspectivas complementares, porém distintas. A Economia da Saúde se concentra predominantemente nos aspectos econômicos relacionados à saúde, tais como a eficiência alocativa dos recursos, o impacto das desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde e a avaliação de custo-efetividade de intervenções. Nessa área, os fatores como escassez de recursos, escolhas racionais e bem-estar social são discutidos de forma ampla, visando otimizar o uso dos recursos disponíveis.

Por outro lado, a Sociologia da Saúde está intrinsecamente preocupada com os determinantes sociais da saúde. Essa disciplina analisa como fatores sociais, como classe, raça, gênero e território, influenciam os desfechos de saúde e o acesso aos serviços de saúde. Ao invés de focar exclusivamente na eficiência econômica, a Sociologia da Saúde investiga as relações de poder, as desigualdades estruturais e os movimentos sociais que moldam as práticas e políticas de saúde.

Assim, a distinção entre fatores econômicos e fatores sociais não deve ser vista de forma simplista, mas como enfoques interdependentes que abordam diferentes aspectos da saúde. A Economia da Saúde e a Sociologia da Saúde muitas vezes se entrelaçam ao discutir o papel das políticas públicas, a justiça social e as desigualdades no acesso aos cuidados. As discussões morais, portanto, estão presentes em ambas as áreas, embora sejam expressas de maneiras

distintas. Na Economia da Saúde, os debates morais surgem em torno da distribuição equitativa de recursos e da maximização do bem-estar social. Já na Sociologia da Saúde, questões morais aparecem nos debates sobre justiça social, direitos humanos e responsabilização das estruturas sociais pelas desigualdades em saúde.

Dessa forma, o objetivo desta agenda de pesquisa é não apenas destacar a importância dos fatores econômicos e sociais, mas também demonstrar como os debates morais permeiam e conectam essas discussões, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada para compreender as complexidades da saúde. A principal contribuição desta abordagem é evidenciar que, embora a Economia e a Sociologia da Saúde tenham enfoques diferentes, ambas abordam questões fundamentais de equidade e justiça, tornando os fatores morais uma parte essencial dessas discussões.

## 2. AGENDA DE PESQUISA: A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE

Através das discussões do tópico anterior, são apresentados os principais pontos para a formação da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde, sendo eles: o direito à saúde e os limites econômicos; o financiamento da saúde: mercado e Estado; e por fim, as desigualdades em saúde e a distribuição de renda.

### 2.1. DIREITO À SAÚDE E OS LIMITES ECONÔMICOS

Um dos primeiros assuntos a serem abordados pela agenda da Sociologia Econômica da Saúde refere-se ao direito à saúde e aos limites econômicos. Sandel (2016) argumenta que há “coisas” que o dinheiro não pode comprar. Mas a saúde e os cuidados de saúde poderiam ser enquadrados dentro dessa categoria? Na Economia da Saúde, embora haja discussões amplas e, por vezes, divergentes sobre a valoração da saúde, uma abordagem comum envolve a participação de profissionais multidisciplinares, como economistas, médicos e especialistas em políticas públicas, para avaliar o custo-efetividade de tratamentos e intervenções. Nessa perspectiva, busca-se quantificar os benefícios em termos de qualidade de vida e redução de mortalidade, de modo a justificar a aplicação de princípios econômicos na tomada de decisões. Segundo Del Nero (1995), uma das justificativas para isso é o fato de que os recursos destinados à saúde são limitados, e, portanto, escolhas precisam ser feitas com base em análises criteriosas que considerem o melhor uso possível desses recursos.

No entanto, se é possível atribuir um preço aos serviços que promovem a saúde, quer dizer que ela pode ser vendida. Se os cuidados de saúde, e por consequência a saúde, estão à venda, como ficam as pessoas que dispõem de recursos modestos? (Sandel, 2016). Discutir os cuidados de saúde como um direito não é apenas uma questão de ordem econômica, mas também de ordem social e moral.

Sandel (2016) argumenta que nossa sociedade passou de uma “economia de mercado”, na qual o mercado é um mecanismo de produção e troca, para uma “sociedade de mercado”, em que quase todas as esferas da vida são permeadas pelos valores de mercado. Enquanto a economia de mercado trata de atividades específicas, como a produção e o comércio, a sociedade de mercado é aquela em que as decisões e interações humanas são amplamente influenciadas pelo valor monetário. Um dos grandes problemas dessa transformação, como apontado por Scalon (2011), é o aumento da desigualdade. Quanto mais o dinheiro é capaz de comprar, mais determinante ele se torna. Assim, em uma sociedade onde até mesmo os cuidados de saúde são comercializados, a posse ou a falta de recursos financeiros assume uma relevância crítica. Isso levanta uma questão moral fundamental: até que ponto é justo que o acesso a algo tão vital quanto a saúde seja condicionada pela capacidade de pagamento? As desigualdades econômicas, nesse cenário, tornam-se também desigualdades no direito à saúde, o que exige um olhar mais atento sobre os impactos sociais e morais dessa realidade.

Se os cuidados de saúde são tratados como mercadorias em uma “sociedade de mercado”, apenas aqueles com recursos financeiros terão acesso a esses serviços e, conseqüentemente, aqueles sem condições econômicas ficarão privados de cuidados essenciais. É justamente por causa dessas questões que a saúde não deve ser vista como uma mercadoria, mas sim como um direito fundamental de todo cidadão. Ventura *et al.* (2010) discutem que existe um consenso moral de que o direito à saúde deve ser garantido a todos, sendo essa uma obrigação moral da sociedade.

No entanto, Powers e Faden (2008) argumentam que uma das questões morais mais debatidas diz respeito à existência real de um direito à saúde. Alguns acreditam que esse direito exista por uma questão de boa-fé, ou por confiar na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948), embora não haja um documento amplamente aceito que justifique claramente esse direito ou o que ele implica. No entanto, o direito à saúde pode ser entendido como uma reivindicação de ordem moral, social e econômica, representando, portanto, o reconhecimento

de um direito moral universal à saúde. Governos e sociedades que não conseguem assegurar esse direito estão violando algo fundamental ao ser humano (Powers; Faden, 2008).

Como argumentado por Ventura *et al.* (2010), em países onde o direito à saúde é legislado, existe um abismo entre o direito formalmente vigente — aquele que é consenso não apenas perante a moralidade comum, mas também expresso por leis — e o direito efetivamente vivido. Este último evidencia as reais violações aos cuidados de saúde cometidas pelo Estado. Esse abismo é fundamental para entender a importância de garantir que o direito à saúde seja universal, pois o Estado é o principal responsável por assegurar que esse direito, como uma obrigação, atenda a toda a população.

No Brasil, por exemplo, o direito à saúde é garantido na Constituição Federal como segue:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art. 196).

No entanto, Sass (1988) argumenta que, embora o direito à saúde seja garantido pela Constituição Federal brasileira, certos grupos populacionais são excluídos desse direito, e alguns tratamentos são proibidos de receber financiamento público. Essas exclusões ocorrem por meio de barreiras administrativas ou procedimentais. Esse é um dos principais desafios, e esta é uma das questões centrais desta agenda de pesquisa: como conciliar a efetivação do direito à saúde com os limites econômicos que restringem sua plena realização.

Emanuel (2020) discute alguns dos principais desafios nessa área. O primeiro diz respeito à pressão dos custos para que o Estado consiga garantir o direito à saúde para sua população. Cada vez mais, os países precisam lidar com a crescente demanda por cuidados de saúde, enquanto, ao mesmo tempo, a população se opõe ao aumento de impostos para financiar esses serviços. Assim, torna-se necessário que os governos busquem um equilíbrio entre os custos com os cuidados de saúde e a capacidade de atender às necessidades de sua população.

A segunda dificuldade está relacionada ao alto preço de medicamentos. Ter direito à saúde, e conseqüentemente aos cuidados de saúde, implica em ter acesso aos medicamentos necessários para diversos tratamentos. Embora a maioria dos países regule os preços dos medicamentos (Emanuel, 2020), esses custos

continuam elevados para a população. Com o avanço das tecnologias utilizadas no desenvolvimento de novos medicamentos, esses valores tendem a aumentar ainda mais. Portanto, é essencial que o Estado continue atuando na regulação dos preços e nas políticas públicas de acesso, garantindo que a população, inclusive a de baixa renda, tenha acesso aos medicamentos. Somente assim será possível assegurar efetivamente o direito à saúde e aos cuidados de saúde.

A terceira dificuldade está relacionada à redução de ineficiências e de tratamentos considerados desnecessários. Segundo Emanuel (2020), muitos países enfrentam altos custos devido a cuidados que não proporcionam melhorias significativas na saúde dos pacientes, como internações e tratamentos com medicamentos ineficazes. Esses procedimentos consomem recursos econômicos que poderiam ser empregados de forma mais eficiente. Embora o direito à saúde e aos cuidados de saúde seja garantido a todos, é fundamental equilibrar os custos e utilizar os recursos de maneira adequada, garantindo que sejam destinados a intervenções que realmente promovam benefícios à saúde.

Uma quarta dificuldade apontada por Emanuel (2020) está relacionada às pessoas com doenças crônicas, como diabetes, asma e hipertensão. Essas doenças não são resolvidas a curto prazo, geralmente em um período de três meses, e, embora não ameacem a vida nesse intervalo, também não podem ser tratadas como emergências médicas. No entanto, o atendimento e os cuidados de saúde para esses pacientes continuam sendo necessários como parte do direito à saúde. O autor ainda destaca a importância de um atendimento especial para essas pessoas, chamado de “cuidado proativo”, que envolve uma interação contínua entre pacientes e médicos. Segundo o autor, esses cuidados proativos ainda não existem de forma eficaz em nenhum país do mundo.

A quinta dificuldade relacionada ao direito à saúde, apontada por Emanuel (2020), refere-se aos cuidados de saúde mental, que hoje são reconhecidos como tão importantes quanto os cuidados com a saúde física. Esses cuidados também envolvem custos elevados e, com o crescente reconhecimento de sua relevância, precisam ser tratados como fundamentais para o bem-estar da população. Embora o reconhecimento de sua importância tenha se intensificado neste século, os cuidados de saúde mental ainda precisam ser abordados de maneira adequada nas políticas públicas dos países.

Por fim, há os cuidados de saúde de longo prazo, especialmente os destinados à população idosa. Essas pessoas também devem ter garantidos os mesmos direitos à saúde. Novamente, surge a questão de como o Estado irá cobrir esses custos, que incluem lares de idosos e tratamentos médicos específicos. Mesmo países como o Brasil, Alemanha e Holanda, que possuem seguros de assistência

de longo prazo, enfrentam dificuldades em administrar eficientemente esses custos e em oferecer uma infraestrutura eficaz (Emanuel, 2020). Esse tema também deve ser uma das prioridades da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde, considerando o direito à saúde e os limites econômicos impostos sobre ele.

Todas essas dificuldades representam barreiras significativas que precisam ser superadas para garantir um verdadeiro acesso à saúde. Essas barreiras devem ser removidas por meio de políticas públicas eficazes, capazes de abordar e mitigar os problemas apresentados. No entanto, para que essas questões sejam realmente resolvidas, é necessário que elas sejam amplamente estudadas, questionadas e problematizadas.

A relevância de discutir essas barreiras na agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde reside no fato de que essas dificuldades estão intimamente ligadas aos custos e recursos financeiros destinados aos sistemas de saúde. A linha de pesquisa aqui proposta deve investigar, por exemplo, como essas barreiras econômicas afetam diferentes grupos sociais, quais são os impactos da desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e de que forma o financiamento adequado pode melhorar o acesso universal à saúde. É necessário também problematizar a eficiência dos atuais modelos de financiamento e explorar novas abordagens que possam garantir uma distribuição mais justa e eficaz dos recursos. A investigação desses temas é fundamental para embasar políticas públicas que respondam de maneira adequada às demandas sociais, econômicas e morais relacionadas ao direito à saúde.

## 2.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: MERCADO E ESTADO

Embora os cuidados de saúde sejam um direito do cidadão, eles envolvem diversos recursos econômicos. Por isso, uma das principais questões enfrentadas por vários países é como financiar esses cuidados. Devem os serviços de saúde ser financiados pelo setor público ou privado? Alguns defendem que o financiamento desses serviços deve ser responsabilidade do Estado, enquanto outros acreditam que a iniciativa privada deveria assumir essa função (Del Nero, 1995). Aqueles que apoiam o setor privado geralmente favorecem a livre concorrência, atribuindo ao mercado o controle sobre as relações entre os agentes envolvidos na prestação dos cuidados de saúde. A questão central é se o mercado, ao regular os custos e benefícios, oferece soluções mais eficientes do que o Estado, ou se a intervenção pública é indispensável para garantir a universalidade de acesso.

Os defensores da iniciativa privada argumentam que o mercado é a melhor forma de equilibrar custos e benefícios, e que, por meio da livre concorrência, é possível alcançar resultados eficientes. Segundo essa perspectiva, o mercado controlaria as relações entre os agentes envolvidos e a saúde seria tratada como mais um bem entre vários, sem necessidade de proteção governamental, e a responsabilidade pelo cuidado de saúde ficaria a cargo de cada indivíduo. Em contrapartida, os que defendem a intervenção do Estado acreditam que a saúde é um bem especial e essencial, devendo ser garantida pelo governo. Para eles, a regulamentação do setor de saúde deve ser sustentada pelo poder legislativo e administrativo, ou por meio do sistema de seguridade social, com o Estado assumindo a responsabilidade por meio de instituições públicas de saúde (Sass, 1988).

Emanuel (2020) sugere que essa abordagem de contraposição entre financiamento governamental e privado em saúde é simplista. Por isso, ele sugere uma terceira via. Na prática, os sistemas de financiamento em saúde raramente são exclusivamente públicos ou privados; em vez disso, ocorre um “mix” de financiamento público e privado (Sass, 1988). Esse “mix” refere-se aos arranjos entre os setores público e privado para financiar os cuidados de saúde. Normalmente, essa classificação se refere à forma como o setor privado de saúde está inserido em cada país, podendo ser classificado como principal, complementar, suplementar ou duplicado (OECD, 2004). Nos países que adotam o sistema de financiamento em saúde denominado “principal”, como os Estados Unidos, o seguro privado é responsável por cobrir a maior parte da população, enquanto o atendimento público é oferecido para pessoas de baixa renda e idosos (Santos, 2011).

Os sistemas complementares são aqueles em que o seguro privado de saúde, como os planos de saúde, amplia o acesso a serviços não cobertos pelo sistema público ou que exigem copagamento. Exemplos de países que adotam esse tipo de sistema de financiamento de cuidados de saúde podem ser encontrados na Europa, em países como França, Luxemburgo, Dinamarca, Alemanha e Suíça (Santos, 2011). Esses serviços também podem ser considerados substitutivos, ou seja, quando o indivíduo deve escolher entre utilizar o seguro privado ou o sistema público.

O financiamento suplementar em saúde ocorre quando os seguros privados oferecem elementos que vão além dos serviços abrangidos pelo sistema público do país. Esses serviços podem incluir procedimentos diferenciados, como cirurgias estéticas, acomodações hospitalares de luxo e tratamentos realizados com equipamentos mais avançados, além de também cobrir serviços já oferecidos

pelo sistema público. Em países onde o seguro de saúde privado é considerado suplementar, ele pode ser entendido como “duplicado”, ou seja, quando os mesmos serviços fornecidos pelo setor privado também são disponibilizados pelo sistema de financiamento público. Exemplos de países com sistemas de financiamento duplicado incluem Brasil, Reino Unido, Espanha e Itália, que possuem sistemas de saúde públicos nacionais e universais (Santos, 2011).

Um dos problemas do modelo de financiamento público-privado, caracterizado como duplicado, é que as pessoas com seguro privado frequentemente continuam utilizando o sistema público para os serviços mais caros. Essa duplicação resulta em um aumento das filas no sistema público, o que é justamente o oposto do que se espera dos sistemas de financiamento suplementar (Santos, 2011). Segundo Tuohy, Flood e Stabile (2004), não há evidências de que a existência de seguros privados alivie os sistemas públicos. Além disso, do ponto de vista dos cuidados de saúde e dos custos envolvidos, o sistema privado acaba retirando recursos do sistema público.

Um exemplo de como isso ocorre pode ser observado no Brasil. No país, o setor privado de saúde vem recebendo subsídios por meio de renúncias fiscais, também conhecidas como gastos tributários. Esses gastos referem-se à renúncia de receitas governamentais direcionadas a um grupo seletivo de contribuintes, setores ou regiões (Tesser; Serapioni, 2021). Uma das formas mais relevantes de gastos tributários é a dedução fiscal no Imposto de Renda para despesas com planos de saúde, tanto para pessoas físicas quanto jurídicas. Além disso, não há um teto para as deduções de gastos com saúde no IRPF ou IRPJ (Tesser; Serapioni, 2021). Os principais beneficiários dessas deduções são, em geral, as camadas mais ricas da população. As deduções de despesas médicas estão concentradas principalmente entre aqueles que recebem mais de dez salários-mínimos mensais. Em 2016, 71% das deduções de despesas médicas no IRPF referiam-se a gastos com planos de saúde (Tesser; Serapioni, 2021). No caso das pessoas jurídicas, as renúncias fiscais relacionadas à saúde em 2008 somaram R\$ 1,9 bilhão no IRPJ (Piola *et al.*, 2010).

Segundo Ocké-Reis (2018), o gasto tributário em saúde é significativo dentro do orçamento público, tendo um efeito similar ao de uma despesa direta. Esse gasto representa 30% do orçamento do Ministério da Saúde, beneficiando principalmente os 10% mais ricos da população brasileira. Além disso, ele contribui para a geração ou ampliação das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, uma vez que os planos de saúde são predominantemente utilizados por pessoas com maior nível de escolaridade e que residem em capitais e regiões metropolitanas (Pinto; Soranz, 2004; Malta *et al.*, 2017).

Discussões sobre como o sistema público tem subsidiado o sistema privado de saúde e, como consequência, favorecido uma parcela específica da população, gerando mais desigualdade social, como ocorre no Brasil, são questões de ordem moral que precisam ser abordadas na agenda da Sociologia Econômica da Saúde. Segundo Santos, Ugá e Porto (2008), essas desigualdades podem surgir em todos os tipos de financiamento público-privado. Essas reflexões levantam questões essenciais, como: O que constitui um sistema de saúde adequado? Quais são os princípios que devem guiar a organização e o financiamento dos serviços de saúde? Com esses arranjos, a saúde é realmente um direito ou está sendo comercializada? Essas são questões fundamentais no debate dessa agenda.

Decisões sobre o que constitui um sistema de saúde adequado dependem da visão sobre o valor da vida (Sass, 1988). Para Emanuel (2020), os cuidados em saúde são orientados por esses valores, apresentando tanto pontos fortes quanto fracos. O autor argumenta que não existe um país com o “melhor” sistema de saúde<sup>4</sup>, mas sim sistemas que se destacam em diferentes dimensões.

Relacionado ao financiamento, Emanuel propõe quatro dimensões para avaliar os melhores sistemas de saúde. Uma delas é até que ponto a população mais vulnerável — como indivíduos de baixa renda, pessoas com doenças crônicas e crianças — está protegida contra os custos excessivos em saúde. Nessa dimensão, os países que melhor realizam essa proteção são o Reino Unido e o Canadá, onde pessoas de baixa renda pagam pouco ou nada para acessar cuidados de saúde. Em contraste, os Estados Unidos e a Suíça são classificados como os piores nessa categoria. Outra dimensão relevante é o cuidado de longo prazo para idosos. Nessa classificação, os países que se destacam são a Holanda e a Alemanha, por possuírem impostos específicos para financiar esses cuidados. Já na Noruega e em Taiwan, os idosos precisam arcar com grandes despesas de saúde, posicionando esses países entre os piores nesse quesito. Esses debates são fundamentais para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

Embora Emanuel (2020) seja relutante em classificar países como possuindo os “melhores” sistemas de saúde, ele identifica a Holanda e a Alemanha

---

4 Emanuel (2020) realiza um estudo comparativo entre 11 países (Estados Unidos, Austrália, Canadá, China, França, Alemanha, Holanda, Noruega, Suíça, Taiwan e Reino Unido) para compreender qual o melhor sistema de saúde. A justificativa da utilização desses 11 sistemas se deve ao quão diferente são entre si, incluindo seu sistema de financiamento.

como exemplos positivos em suas 22 dimensões<sup>5</sup> de avaliação. Ao examinar os sistemas considerados os mais eficientes, algumas características principais emergem. A Holanda se sobressai no financiamento de cuidados para idosos, no atendimento a pessoas com doenças crônicas e na qualidade de seus médicos e hospitais. Além disso, o país não apresenta um desempenho insatisfatório em nenhuma das dimensões analisadas. A Alemanha, por sua vez, é reconhecida por oferecer cuidados de saúde acessíveis e sem longas esperas, além de contar com financiamento dedicado aos cuidados de idosos e bons profissionais e infraestrutura hospitalar.

A pesquisa de Emanuel (2020) foca em países desenvolvidos, mas há uma necessidade urgente de expandir estudos sobre essa temática em países em desenvolvimento. Isso é crucial para reforçar a defesa de um financiamento público universal, como o próprio autor sugere. Além disso, esse tipo de pesquisa é particularmente relevante para países com níveis alarmantes de desigualdade social, como o Brasil, que ocupa a sétima posição entre os mais desiguais do mundo (PNUD, 2019). Essas investigações também servem para fortalecer os argumentos contra o repasse de recursos ao setor privado, uma prática comum no Brasil, que acaba ampliando ainda mais as desigualdades sociais.

O próximo tópico desta agenda de pesquisa aborda a questão das desigualdades em saúde e sua relação com a distribuição de renda, explorada pela Sociologia Econômica da Saúde.

### 2.3. DESIGUALDADES EM SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

Não se pode discutir desigualdades em saúde sem abordar a questão das igualdades em saúde. Embora os termos “igualdade” e “equidade” sejam frequentemente usados de forma intercambiável, há uma distinção importante entre eles. No contexto aqui mobilizado, o termo equidade é mais apropriado,

---

5 Emanuel (2020) analisa 22 dimensões para classificar os melhores e os piores sistemas de saúde, sendo elas: Cobertura universal; Simplicidade e facilidade na obtenção de cobertura; Abrangência de benefícios; Acessibilidade (localização) de serviço de saúde; Financiamento progressivo; Grupos especialmente subsidiados – baixa renda, crianças e doentes crônicos; Mecanismo dedicado para financiamento de cuidados de longo prazo; Limites efetivos dos gastos totais com saúde; Alinhamento de incentivos de pagamento; Simplicidade no pagamento pelos pacientes; Simplicidade no pagamento a médicos e hospitais; Inovação em pagamento; Escolha de médicos e hospitais; Simplicidade de obtenção de serviços; Excelente atendimento primário; Excelente coordenação de cuidados crônicos; Tempos de espera; Excelente atendimento de saúde mental; Inovação na prestação de cuidados; Preços baixos de medicamentos; Acesso a medicamentos inovadores; Mecanismo rigoroso e objetivo de precificação de medicamentos.

pois refere-se à justiça social, enquanto a igualdade pode implicar a oferta de tratamento idêntico a todos, independentemente das circunstâncias. A equidade, por outro lado, reconhece as diferenças nas necessidades e condições sociais e busca proporcionar um tratamento justo, que pode significar diferentes níveis de atenção para garantir o acesso equitativo a todos.

Giovanella *et al.* (2012) discutem a equidade em saúde em duas dimensões: a equidade horizontal e a vertical. A equidade horizontal refere-se à igualdade entre iguais e está associada ao financiamento da saúde, abordado no tópico anterior, em que cada pessoa contribui proporcionalmente à sua renda. Já a equidade vertical refere-se à igualdade na utilização dos serviços de saúde entre diferentes grupos sociais, ajustada para atender necessidades iguais de cuidados de saúde.

Buchanan (1995) aponta que, para discutir igualdade em saúde de forma plena, seria necessário que todas as pessoas recebessem recursos iguais, como, por exemplo, uma renda básica (Souza, 2020), e tivessem as mesmas oportunidades de acesso aos cuidados de saúde de maneira igualitária. Para Carapineiro (2010), a igualdade de oportunidades só ocorre quando os indivíduos vivem em condições livres de desvantagens socioeconômicas, de classe, étnicas ou religiosas, o que representa um ideal a ser alcançado.

Um exemplo concreto é o acesso geográfico aos cuidados de saúde, que está diretamente relacionado à localização e influencia a capacidade de obtenção desses cuidados (Carapineiro, 2010). Para Giovanella *et al.* (2012), essa discussão está vinculada ao debate sobre as características dos sistemas de saúde. Tais características podem facilitar ou dificultar o acesso aos cuidados de saúde. Assim, mudanças nessas áreas podem melhorar ou agravar as desigualdades no acesso, especialmente por meio de alterações nas políticas públicas. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde também é influenciado por questões que afetam os grupos sociais, como pobreza, exclusão social, desemprego, condições de moradia e até mesmo suas redes de relacionamento, sendo, portanto, fortemente condicionado por fatores econômicos.

Grupos menos privilegiados apresentam maior probabilidade de adoecerem e de falecerem em comparação com aqueles que desfrutavam de mais privilégios sociais (Giovanella *et al.*, 2012). Pessoas que vivem em condições de moradia mais precárias, com renda limitada para adquirir alimentos saudáveis e mais caros, ou mesmo para praticar esportes e aproveitar momentos de lazer, têm menor controle sobre sua saúde (Wolff, 1998). Além disso, há preocupações com indivíduos que evitam buscar serviços de saúde por temerem perder dias de trabalho e, conseqüentemente, parte de sua renda.

Programas sociais implementados por meio de políticas públicas de saúde no Brasil, como o Programa Saúde da Família<sup>6</sup>, o Programa Nacional de Imunizações<sup>7</sup> e o Programa de Controle de HIV/Aids<sup>8</sup>, conseguem mitigar as profundas desigualdades sociais no país. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os sistemas de saúde desempenham um papel fundamental na redução dessas desigualdades. Ao observar os sistemas de saúde adotados em diferentes países, nota-se que eles podem tanto diminuir quanto aumentar as disparidades sociais.

Segundo Giovanella *et al.* (2012), países que se orientam pela dimensão da igualdade horizontal, onde os cuidados de saúde são financiados conforme as capacidades de pagamento dos cidadãos, como é o caso da Inglaterra, cujo serviço nacional de saúde é baseado na universalidade de acesso, tendem a apresentar menores desigualdades em saúde. No entanto, Emanuel (2020) destaca que sistemas que garantem a universalidade de atendimento são necessários, mas ainda insuficientes. A simplicidade na cobertura, nos benefícios oferecidos, e o fácil acesso aos serviços também são fundamentais. Sob esses critérios, Noruega, Taiwan e Inglaterra se destacam como países que melhor atendem a essas condições. Em contrapartida, os Estados Unidos e a Suíça são considerados os piores, devido aos altos custos individuais de saúde.

Estudos realizados por Van Doorslaer, Masseria e Koolman (2006) confirmam essas observações, indicando que, nos países pesquisados, a consulta com um médico geral não variou de acordo com a renda. No entanto, quando se tratava de consultas com médicos especialistas, as pessoas mais ricas tinham uma probabilidade significativamente maior de acessá-las. Isso revela que o acesso a especialistas é mais difícil para indivíduos de baixa renda. De acordo com o estudo, essa desigualdade era mais acentuada em países onde o setor privado tem uma participação maior no sistema de saúde. Exemplos disso são os Estados Unidos e o México, que não possuem cobertura universal e, conseqüentemente, apresentam maiores desigualdades, desfavorecendo as pessoas de menor renda.

6 Implantado em 1994, o objetivo do Programa Saúde da Família é atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos na manutenção da saúde da comunidade, através de equipes que operam em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (Brasil, 1997).

7 Formulado em 1973, o objetivo do Programa Nacional de Imunização, é atuar na estimulação e coordenação para utilização de imunizantes, como vacinas, de maneira gratuita em todo o território nacional (Brasil, 2003).

8 Criado em 1988, o Programa de Controle de HIV/Aids possui como objetivo reduzir a incidência de infecção pelo HIV/Aids e por outras DSTs, bem como ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e assistência melhorando sua qualidade no que se refere ao HIV/Aids e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e da Aids (Brasil, 1999).

Dentro dessas discussões e com base nas conclusões dos diversos estudos citados (Giovanella *et al.*, 2012; Van Doorslaer; Masseria; Koolman, 2006; Emanuel, 2020), pode-se concluir que um sistema de saúde único e universal é o mais eficaz para a redução das desigualdades sociais, considerando que a saúde é um componente essencial para o bem-estar das pessoas (Powers; Faden, 2008). O Reino Unido frequentemente se destaca entre os autores quando o assunto é um sistema único de saúde eficiente. A importância de um sistema com essas características deve ser enfatizada, pois é fundamental garantir o acesso à saúde de forma ampla, e não apenas por meio de serviços privatizados. Ao abordar conceitos como equidade e justiça, fica claro que um sistema totalmente privado tende a aumentar as desigualdades. O Nuffield Council on Bioethics (2007) também aponta que países com sistemas de saúde privatizados apresentam maiores desigualdades no acesso à saúde.

As discussões sobre o acesso aos cuidados de saúde não podem ser desvinculadas dos princípios de justiça social, uma vez que a moralidade ligada a essa justiça está diretamente relacionada aos esforços para reduzir desigualdades em saúde (Carapinheiro, 2010). Nesse contexto, os valores morais desempenham um papel central, pois há um amplo consenso social de que essas desigualdades são injustas e precisam ser eliminadas (Carapinheiro, 2010). Portanto, a promoção de uma justiça social eficaz é fundamental para criar políticas que abordem e diminuam essas disparidades no acesso à saúde.

Para Powers e Faden (2008), a justiça social em saúde, especialmente no contexto da saúde pública, está ligada à promoção do bem-estar humano por meio da melhoria das condições de saúde, de forma que as necessidades dos economicamente menos favorecidos sejam centralizadas. A justificativa moral subjacente à oferta de cuidados de saúde para todos é a justiça social. Segundo os autores, quando se trata de justiça social, isso não significa necessariamente igualdade absoluta em saúde. No entanto, há desigualdades em saúde que são, sem dúvida, injustas e envolvem uma dimensão moral (Powers; Faden, 2008). Siqueira-Batista e Schramm (2005) questionam se é possível alcançar justiça como igualdade. Isso seria um desafio, pois os princípios que orientam essa questão estão ancorados no *welfare state* (bem-estar social), que vem sendo progressivamente superado desde a década de 1970 por políticas neoliberais de redução do papel estatal (Santos, 2020), inclusive na área da saúde. No entanto, o bem-estar das pessoas, especialmente das mais desfavorecidas e com maiores necessidades, permanece central. Isso reflete a essência da justiça social, que é fundamental nos cuidados de saúde, sendo uma questão urgente de ordem moral (Powers; Faden, 2008)

Além das pessoas economicamente desfavorecidas, que devem ser priorizadas em questões de saúde por razões morais, as crianças e os idosos também devem ser vistos como prioridades. Além disso, as mulheres frequentemente enfrentam injustiças na saúde relacionadas ao acesso, respeito e segurança pessoal, como destacado por Rasekh *et al.* (1998). Assim, é crucial que a preocupação com as desigualdades sociais, justiça social e discussões morais sempre façam parte das agendas de saúde, especialmente no que se refere aos cuidados oferecidos a esses grupos. O conceito de saúde e de cuidados com a saúde, conforme Sass (1988), está fortemente vinculado a fatores culturais, e por isso as questões morais devem ser consideradas, tanto no que diz respeito a “ter saúde” quanto a “estar saudável”. Portanto, todos esses debates são essenciais para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

### 3. CONCLUSÃO

Estabelecer uma agenda de pesquisa para a Sociologia Econômica da Saúde que integre fatores econômicos, sociais e morais é essencial, pois abrange dimensões muitas vezes tratadas de forma isolada. Enquanto a Economia da Saúde se concentra nos aspectos econômicos e a Sociologia da Saúde nos fatores sociais, ambas falham em tratar de maneira holística os debates de ordem moral, que são cruciais para compreender as desigualdades e o acesso aos cuidados de saúde. A Sociologia Econômica, conforme proposto por Granovetter (2007), trata das interações entre economia e sociedade, reconhecendo que os fatores econômicos estão imersos em estruturas de relações sociais. Isso a torna uma abordagem ideal para abordar a saúde, pois permite não apenas analisar as desigualdades econômicas e sociais, mas também integrar discussões sobre justiça, equidade e moralidade que permeiam a distribuição e o acesso aos serviços de saúde. Essa perspectiva abrangente, que inclui a dimensão moral, é o diferencial da Sociologia Econômica da Saúde em relação às outras disciplinas, fornecendo uma base mais completa para a análise dos sistemas de saúde.

Logo, através dessa agenda de pesquisa, diversos assuntos são propostos para serem debatidos dentro da Sociologia Econômica da Saúde. Em especial, foram destacados três deles: o direito à saúde e os limites econômicos; o financiamento da saúde e os debates entre o mercado e o Estado; e as desigualdades em saúde e as distribuições de renda.

Quanto ao direito à saúde e aos limites econômicos, é pertinente discutir se o cuidado à saúde é um direito das pessoas ou se está sendo comercializado. Isso inclui reflexões sobre se estamos vivendo em uma “economia de mercado”

ou em uma “sociedade de mercado”, e como a moralidade comum se insere nessa discussão. Além disso, é essencial questionar como, em países onde a saúde é considerada um direito, essa efetivação realmente ocorre. As discussões nesse tópico também devem abranger como o Estado lida com os impostos destinados à saúde, como são tratados os preços dos medicamentos e a existência de regulação nesse setor. Gastos com tratamentos desnecessários, o manejo de pessoas com doenças crônicas e a saúde mental e de longo prazo da população são questões fundamentais, pois evidenciam fatores sociais e econômicos permeados por discussões morais na agenda dessa nova abordagem.

O segundo tema a ser discutido na agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde é o financiamento da saúde e os debates entre mercado e Estado. Dentro dessa discussão, os principais pontos a serem abordados incluem quem deve financiar os cuidados de saúde: a iniciativa pública ou privada? Os debates também se concentram na melhor forma de financiar os sistemas de saúde, utilizando classificações como principal, complementar, suplementar e duplicado, levando em consideração as inclusões e exclusões sociais que cada uma delas pode gerar. Além disso, é importante discutir como o sistema público subsidia os sistemas privados de saúde e explora as melhores abordagens para o financiamento do sistema de saúde em países em desenvolvimento, a fim de conciliar fatores econômicos e sociais.

Por fim, o último tema abordado refere-se às desigualdades em saúde e à distribuição de renda. Nesse tópico, são discutidas questões como as oportunidades de acesso aos cuidados de saúde, que variam de acordo com a geografia (localização). Também se examina como grupos economicamente desfavorecidos têm menos controle sobre seus cuidados de saúde e os fatores que contribuem para essa situação, além da investigação de maneiras pelas quais programas sociais governamentais podem melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir essas desigualdades. O debate se estende ainda às injustiças das desigualdades em saúde, que afetam desproporcionalmente pessoas com menos recursos, crianças, mulheres e idosos, assim como às estratégias para mitigar essas injustiças por meio do desenvolvimento de políticas públicas.

Portanto, seria um avanço científico significativo desenvolver uma abordagem que integre todas essas discussões em um único espaço. Atualmente, as discussões na Economia da Saúde tendem a focar predominantemente em fatores econômicos, frequentemente negligenciando as dimensões sociais e morais relacionadas aos cuidados em saúde. Por outro lado, a Sociologia da Saúde destaca aspectos essencialmente vinculados às relações sociais. Nesse contexto, a Sociologia Econômica da Saúde, ao unir essas vertentes, reconhece que os

fatores econômicos, sociais e morais são interdependentes, fornecendo um arcabouço para análises mais completas e profundas sobre os cuidados de saúde e as questões de equidade, justiça e moralidade.

## REFERÊNCIAS

- ANNANDALE, Ellen Carol. *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. 2. ed. Cambridge, UK, Polity, 2014.
- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care: reply (the implications of transaction costs and adjustment lags). *The American economic review*, v. 53, n. 5, 1963, pp. 941-973.
- BARBOSA, Deborah Rosária; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Ética na pesquisa qualitativa: reflexões sobre privacidade, anonimato e confiabilidade. In: GUERREIRO, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio (Orgs.). *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*. São Paulo, Aderaldo e Rothschild, 2008, pp. 237-253.
- BUCHANAN, Allen. Privatization and just healthcare. *Bioethics*, [S. L.], v. 9, n. 3, 1995, pp. 220-239.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília-DF, Presidência da República, 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9\\_16.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_16.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo3\\_17.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo3_17.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações*. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2003. (Série C. Projetos e Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.
- CARAPINHEIRO, Graça. Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica. *Alicerces*, Lisboa, v. III, n. 3, 2010, pp. 57-64.
- CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, [S. l.], v. 4, n. 7, pp. 122-135, 2002.
- CRUZ, Ana; MANSO, Sandra. Saúde e economia da saúde. *Gestin: Revista da Escola*

- Superior de Gestão*, [S. l.], ano III, n. 3, pp. 101-110, 2004.
- DEL NERO Carlos. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Sólton M. (Orgs.). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 1995, pp. 5-23.
- DEQUECH, David. Instituições e a relação entre economia e sociologia. *Revista Estudos Econômicos*, v. 41, n. 3, 2011, pp. 599-619.
- DEQUECH, David. Neoclassical, mainstream, orthodox, and heterodox economics. *Journal of Post Keynesian Economics*, [S. l.], v. 30, n. 2, pp. 279-302, 2008.
- DONALDSON, Cam; Gerard Karen. *Economics of health care financing: the visible hand*. London, McMillan Press, 1993.
- EMANUEL, Ezekiel J. *Which country has the world's best health care?* Nova York, PublicAffairs, 2020.
- FIGUEIREDO, Antônio Macena; Guilhem, Dirce. Ética moral. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v. 5, n. 1, 2008.
- FLIGSTEIN, Neil. Market as politics: a political-cultural approach to market institutions. *American Sociological Review*, v. 61, n. 4, 1996, pp. 656-673.
- FLIGSTEIN, Neil. *The architecture of markets: An economic sociology of twenty-first-century capitalist societies*. Princeton, Princeton University Press, 2002.
- GARCIA-PARPET, Marie France. A construção social de um mercado perfeito: o caso de Fontaines-en-sologne. *Estudos Sociedade e Agricultura*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2003, pp. 5-44.
- GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S. l.], v. 18, n. 3, pp. e00278110, 2020.
- GONSALEZ SAES, Sueli. Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde, no Brasil, 1989-1998. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Serviços de Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01032002-132854/publico/suelisaes.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.
- GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro, SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.
- GRANOVETTER, Mark. *Le marché autrement: essais*. Paris, Desclée de Brouwer. 2001.
- GRANOVETTER, Mark. Ação econômica e estrutura social: o problema da imersão. *RAE eletrônica*, [S. l.], v. 6, n. 1, 2007.
- HAMMER, Peter J. The Architecture of Health Care Markets: Economic Sociology and Antitrust Law. *Houston Journal of Health Law & Policy*, [S. l.], v. 7, n. 2, 2007, pp. 227-264.
- JEFFERYS, Margot. The development of medical sociology in theory and practice in

- Western Europe 1950–1990. *The European Journal of Public Health*, v. 6, n. 2, pp. 94-98, 1996.
- LEVESQUE, Benoit; BOURQUE, Gilles L.; FORGUES, Eric. *La nouvelle sociologie économique*. Paris: Desclée de Brouwer, 2001.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & saúde coletiva*, [S. l.], v. 22, n. 1, 2017, pp. 179-190.
- MOTTA, Nair de Souza. *Ética e vida profissional*. Rio de Janeiro, Âmbito Cultural, 1984.
- NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *The forensic use of bioinformation: ethical issues*. 19 set. 2017. Londres, Fundação Nuffield, 2007.
- NUNES, Everardo Duarte. A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 19, n. 4, 2014, pp. 1007-1018.
- NUNES, André. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. *Revista Gestão & Saúde*, [S. l.], v. 9, n. 1, 2018, pp. 125-145.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 23, n. 6, 2018, pp. 2035-2042.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Private health insurance in OECD countries*. Paris, OECD, 2004.
- PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 9, n. 1, 2004, pp. 85-98.
- PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, Jorge Abrahão; SANTOS, Claudio Hamilton Matos dos; RIBEIRO, José Ap. Carlos. *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009*. Brasília-DF, Ipea, 2010.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *PNUD apresenta Relatório de Desenvolvimento Humano 2019 com dados de 189 países*. Brasil. 9 dez. 2019. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2019/pnud-apresenta-relatorio-de-desenvolvimento-humano-2019-com-dado.html>. Acesso em: 1 jul. 2021.
- POWERS, Madison; FADEN, Ruth. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. New York, Oxford University Press, 2008.
- PRATA, Pedro Reginaldo. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de saúde pública*, [S. l.], v. 10, n. 3, 1994, pp. 387-391.
- RABELLO, Lucíola Santos. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.
- RASEKH, Zohra *et al.* Women's health and human rights in Afghanistan. *Jama*, [S. l.], v. 280, n. 5, 1998, pp. 449-455.

- RAUD-MATTEDI, Cécile. A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 57, 2005, pp. 127-142.
- SASS, Hans-Martin. National health care systems: Concurring conflicts. In: SASS, Hans-Martin; MASSEY, Robert U. (Ed.). *Health Care Systems: Moral Conflicts in European and American Public Policy*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988, pp. 15-36.
- SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, [S. l.], v. 16, n. 6, 2011, pp. 2743-2752.
- SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 13, n. 5, 2008, pp. 1431-1440.
- SANTOS, Marcelo Bidoia dos. *Estado Virtual: o welfare state na era da informação*. Curitiba, Appris, 2020.
- SANDEL, Michael J. *O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado*. Rio de Janeiro, Editora José Olympio, 2016.
- SILVA, Hudson Pacífico da. Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. *Leituras de Economia Política*, Campinas, v. 10, 2003, pp. 193-226.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & saúde coletiva*, [S. l.], v. 10, n. 1, 2005, pp. 129-142.
- SCALON, Celi. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*. São Carlos, Departamento e Programa de PósGraduação em Sociologia da UFSCar, v. 1, n. 1, 2011, pp. 4968.
- SMITH, Adam. *An inquiry into the nature and causes of the weath of Nation Oxford*. Oxford University Press, 1776.
- SOUZA, André Ricardo de. Pilares da Economia de Francisco e Clara e o enfrentamento da profunda crise. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v. 10, n. 1, 2020, pp. 367-377.
- TAVARES, David. *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra, Almedina, 2016.
- TESSER, Charles Dalcanale; SERAPIONI, Mauro. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 26, n. 6, 2021, pp. 2323-2333.
- TUOHY, Carolyn Hughes; FLOOD, Colleen M.; STABILE, Mark. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of health politics, policy and law*, v. 29, n. 3, 2004, pp. 359-396.

- VAN DOORSLAER, Eddy; MASSERIA, Cristina; KOOLMAN, Xander. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Cmaj*, [S. l.], v. 174, n. 2, 2006, pp. 177-183.
- VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, 2010, pp. 77-100.
- WOLFE, Jonathan. Fairness, respect, and the egalitarian ethos. *Philosophy & Public Affairs*, [S. l.], v. 27, n. 2, 1998, pp. 97-122.
- ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK, Ana María. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1-2, 2000, pp. 127-150.

Data de recebimento: 06/05/2024

Data de aceite: 14/02/2025

### **Como citar este artigo:**

SILVA, Letícia Veríssimo da; REINERT, Maurício. Propondo uma agenda de pesquisa: a sociologia econômica da saúde. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v.15, p. 1-29, e151319, 2025. Doi : <https://doi.org/10.14244/contemp.v15.1319>