

O modelo hegemônico de alocação de recursos e a escola de pensamento de economia de saúde de York: aproximações para a compreensão de uma estratégia liberalizante

The hegemonic model of resource allocation and the York School of Thought of Health Economics: An approach to the understanding of a liberalising strategy

Milton Santos Martins da Silva¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3630-5896>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

¹Médico de Família e Comunidade (SMS/Rio de Janeiro).

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

Resumo

Trata-se de uma revisão sobre o que a literatura apresenta sobre a de alocação de recursos financeiros em saúde a partir da escola de pensamento de economia da saúde de York. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática, buscando-se as publicações dos autores incluídos na Escola de York na base de dados PubMed/MedLine por meio de um estratégia de busca que combinou o nome dos autores da escola com o descritor '*resource allocation*'. O inglês foi o limite de idioma e a análise dos dados foi feita na modalidade narrativa. Das 101 publicações identificadas, 19 artigos foram incluídos. Dois grandes temas serviram de guia de análise: 'Alocação de recursos a partir da análise de custo-efetividade e restrição de gastos' e 'Alocação de recursos a partir da equidade e necessidades em saúde'. Concluiu-se que a escola de pensamento de Economia da Saúde de York não ocupa apenas a posição de divulgadora e de referencial teórico, mas participa ativamente nos processos de contrarreforma de cunho neoclássico a partir das experiências nas quais baseiam seus estudos.

Descritores: Alocação de Recursos para Atenção à Saúde; Alocação de recursos; Economia e Organizações de Saúde; Capitalismo.

Abstract

This is a review of what the literature presents on the allocation of financial resources in health from the York school of thought on health economics. Therefore a systematic review of the literature was carried out, focusing on the publications written by the authors included in the York School in the PubMed/MedLine database through a search strategy that combined the name of the authors of the school with the MeSH term 'resource allocation'. English was the language limitator and data analysis was carried out in the narrative mode. Of the 101 publications identified, 19 articles were included. Two major themes served as an analysis guide: 'Resource allocation based on cost-effectiveness analysis and spending restriction' and 'Resource allocation based on equity and health needs'. It was concluded that the York School of Health Economics not only occupies the position of disseminator and theoretical reference, but actively participates in the neoclassical counter-reform processes based on the experiences on which they base their studies.

Keywords: Allocation of Resources for Health Care; Resource allocation; Economics and Health Organizations; Capitalism.

Introdução

O modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) sofreu importantes mudanças em território nacional nos últimos anos. A alocação de recursos, que contava previamente com um montante fixo, *per capita*, a partir de amostras censitárias, além de uma parcela variável, destinada ao fomento de programas específicos do governo, foi substituída por um modelo que tem enquanto seus principais pilares a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo a ações estratégicas (1). Este movimento, defendido por seus propositores enquanto “modernização” do modelo de alocação de recursos para a APS brasileira, com a argumentação de tomar como inspiração os modelos europeus, especialmente o inglês (2), encontra-se, em verdade, no centro de uma série de recomendações de órgãos internacionais, em especial o Banco Mundial (BM), com publicações que datam desde a década de 1970 (3).

O BM, que historicamente delineia recomendações a diversas políticas do mundo, especialmente voltadas a países de capitalismo dependente, conta com estudiosos da área da economia da saúde e de políticas públicas de grandes universidades internacionais, especialmente europeias. Entre estas, destacam-se grupos de diversas universidades britânicas, especialmente ligados à Universidade de York, de modo que o estudo da constituição argumentativa e ideológica deste grupo de pesquisadores – que neste estudo irá se chamar de “Escola de York” – torna-se fundamental para a compreensão do modelo de saúde e de cuidado propostos a partir de suas visões sobre a alocação de recursos financeiros no setor saúde.

A instituição universitária – Universidade de York – foi fundada em 1963, na província de North Yorkshire, na região nordeste da Inglaterra, após demandas que datam desde o século XVII para a criação de uma universidade nesta região. Começando com apenas seis departamentos – Economia, Educação, Inglês, História, Matemática e Política – e com apenas três prédios principais, a universidade cresceu de forma importante nos anos seguintes, chegando a partir de 2012 a figurar entre as universidades que compõem o *Russell Group*, grupo fundado em 1994 que conta com notórias escolas do Reino Unido (4). Especificamente na área da saúde, em 1983 foi fundado o *Centre for Health Economics* (CHE), sendo este um dos mais importantes departamentos da Universidade, apoiando desde a tomada de decisões localmente e nacionalmente, até com membros do seu centro compondo grupos de conselheiros

em órgãos internacionais e em organismos bilaterais como diversos ministérios de saúde mundo afora (5).

Especificamente o CHE tem como principal atuação a tomada de decisão envolvendo estudos em economia da saúde e sua aplicabilidade em sistemas de saúde internacionalmente, chegando a, por exemplo, participarem na elaboração da *Quality Adjusted Life-Year (QALY)*, medida utilizada em diversos países e pela OMS. Entre os principais líderes deste Centro, pode-se citar Peter Charles Smith, professor emérito do departamento, que coordenou por anos diversas pesquisas envolvendo alocação de recursos financeiros, com livros e diversos artigos publicados. A influência de Smith e de seus contemporâneos sobre o estudo da alocação de recursos financeiros em saúde pauta a temática há algumas décadas no Reino Unido e em diversos outros pontos do globo, de modo que há uma convergência não apenas do ponto de vista argumentativo, mas também de constituição ideológica, com diversos pesquisadores que compõem a CHE e outras universidades e departamentos que colaboram entre si, indo, dessa forma, além dos muros da Universidade de York, envolvendo universidades como a London School of Economics (LSE) e Imperial College London. Pela forma como se construiu este grupo, por compartilharem uma visão da economia da saúde de matriz fortemente neoclássica, cujo pensamento tem tido alta penetrabilidade em diversos governos internacionais, com a Universidade de York ocupando centralidade não apenas histórica, mas também numérica em sua constituição, pode-se considerar que há uma escola de pensamento de economia de saúde de York. O quadro 1 sumariza os principais pesquisadores que compõem este grupo.

QUADRO 1 - Principais autores e pesquisadores sobre alocação de recursos no Reino Unido, 2023

Nome	Cargos atuais	Universidades prévias	Outras universidades afiliadas	Organizações internacionais
Peter Smith	Professor Emérito - CHE University of York; Chefe do Comitê Consultivo para Alocação de Recursos no NHS britânico	Universidade de Oxford, Universidade de Cambridge	Professor Emérito de Políticas de Saúde - Imperial College Business School	Conselheiro - OMS, OCDE, Banco Mundial, FMI, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
Elias Mossialos	Vice-diretor do Depto. de Políticas de Saúde - London School of Economics (LSE); Co-Diretor - European Observatory on Health Systems and Policies; Co-Diretor - Centre for	Universidade de Copenhagen, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Chicago, Ecole	Imperial College London, European Observatory on Health Systems and Policies	Conselheiro - OMS, Parlamento Europeu, Comissão Europeia, Banco Mundial, UK Office of Fair Trading, Ministérios da Saúde e de Assuntos Sociais de Bélgica, Brasil, Cyprus,

	Health Policy, Imperial College London	des Hautes Etudes en Santé Publique (França),		Finlandia, Grécia, Irlanda, Casaquistão, Rússia, Eslovênia, África do Sul, Espanha, Suécia; Fundos privados de saúde na Áustria, Croácia, França, Hungria e Coreia do Sul
Irene Papanicolas	Professora associada do Depto de Políticas de Saúde - London School of Economics (LSE); Cientista visitante - Depto de Políticas de Saúde da Universidade de Harvard; Co-autora em publicações da Commonwealth Fund and the Health Foundation; Co-investigadora na International Collaboration on Costs, Outcomes and Needs in Care (ICCONIC)	Universidade de Oxford, University College London	Universidade de Harvard	Conselheira - Comissão Europeia, OMS, European Observatory on Health Systems and Policies
Ray Fitzpatrick	Professor Emérito Saúde Pública e Atenção Primária - University of Oxford;	NE	Universidade de Cambridge	NE
Alistair McGuire	Chefe do Depto de Economia da Saúde - London School of Economics (LSE); Professor Adjunto - Universidade de Stanford; Professor visitante - Harvard University, University of Sydney, University of York, e Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.	Empresas de seguro privado e farmácias do setor privado; Universidade de Oxford; City, University of London	Universidade de Stanford; Harvard University, University of Sydney, University of York, e Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.	Conselheiro - Governo do Reino Unido, UK Competition Commission, UK Medical Research Council (MRC), German Institut für Qualität Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Banco Mundial, FMI, OMS
Adam Wagstaff †	Diretor de pesquisas, equipe de Desenvolvimento Humano e Serviços Públicos - Banco Mundial	Universidade de Sussex, Universidade de York, Universidade de Aberdeen, Swedish Institute for Health Economics (Lund)	Não se aplica	Banco Mundial. International Health Economics Association (iHEA)
Martin McKee	Presidente - British Medical Association 2022/23; Professor de Saúde Pública Europeia - London	McMaster University, University of Pennsylvania School of Nursing	Não há.	Diretor de pesquisa - European Centre on Health of Societies in Transition (OMS), European Observatory on

	School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)			Health Systems and Policies
Nicolaas Sieds Klazinga	Professor - Medicina Social (Universidade de Amsterdam); Coordenador do Health Care Quality Indicator da OCDE; Membro do Conselho de Qualidade do Sistema de Saúde holandês	Universidade de Rotterdam	Professor visitante - Universidade de Corvinus, Budapeste; Amsterdam Public Health Research Institute	Conselheiro - OMS; OCDE
Paul Revill	Senior Professor - CHE University of York; Pesquisador associado - Overseas Development Institute (ODI); Programme Director - Thanzi la Onze (Health for All)	Trinity College, Dublin	University College London - MRC Clinical Trials Unit	Pesquisador associado - Overseas Development Institute (ODI)
Tony Culyer	Professor emérito - CHE University of York; Pesquisador - Health Policy and System Design, University of Toronto	Vice-presidente fundador - NICE	Professor visitante - Imperial College London	Advisory board - NICE International
Rodrigo Moreno-Serra	Research Fellow - Imperial College London; Professor associado - CHE University of York	USP, Unifesp	NE	Consultor - OMS, OECD, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Rockefeller Foundation e Save the Children
Hugh Gravelle	Professor emérito - CHE University of York	Queen Mary University of London	NE	NE
Mark Sculpher	Diretor e Professor - CHE University of York	Brunel University	NE	Investigador senior - National Institute for Health Research (NIHR/UK); Ex-presidente - International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research
Maria Goddard	Ex-diretorae professora - CHE University of York	University of Kent	NE	Conselheira econômica - NHS Executive; Conselheira - OCDE, Banco Mundial, OMS, Audit Commission

Fonte: Elaboração própria

Assim, com base nesta escola, governos globo afora usam suas recomendações para justificar as reformas nos sistemas de saúde em seus respectivos países. Na maior parte da vezes, mais enquanto resposta às pressões políticas de órgãos multilaterais – que atuam como

credores dos empréstimos que estes países devem – do que, necessariamente, enquanto alinhamento puramente científico que esta escola defende.

Não obstante, é notável o grau de influência que os pertencentes desta escola têm sobre organizações internacionais, com grande parte ocupando cargos de conselheiros em órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Mundial, além de diversos apoios bilaterais entre estas universidades e ministérios de saúde de outros países, em especial daqueles de capitalismo dependente. Dessa forma, pode-se notar o alto grau de influência destes autores sobre as políticas de saúde a nível internacional, influenciando decisões a partir das posições estratégicas de comando que ocupam nestas organizações, apresentando alta penetrabilidade em diversos países do mundo, inclusive na América Latina, e, claro, Brasil.

No caso brasileiro recente, o pensamento da Escola de York ficou marcadamente presente na “Reforma dos Sistemas de Saúde” proposta em 2017 pelo BM (6). Segundo dados compilados deste período histórico (7), em 2019 a apresentação denominada “Apresentação do Relatório do Banco Mundial (2019) Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro” (8) foi alvo de uma reunião extraordinária na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em Brasília, na audiência pública de 4 de abril deste ano. O documento apresentava praticamente o conteúdo do novo modelo de alocação de recursos federais para APS, em consonância com o que foi apresentado no relatório do BM de 2017.

É pertinente atentar que, ainda 2019, na perspectiva de acelerar a normatização do novo modelo de financiamento, em 13 de novembro de 2019, Erno Harzheim, à época já dirigente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), reuniu autores como Peter Smith, professor da University of York, do Reino Unido, Robert Janett, professor assistente da Harvard University, Estados Unidos, e Edson Araújo, Economista Sênior e conselheiro do BM, para avançar na promulgação do modelo (informação extraída do sítio do Ministério da Saúde). Por isso, é pertinente dizer que houve influência direta da Escola de York na elaboração dos fundamentos do que se tornou o novo modelo de “financiamento” da Atenção Primária no Brasil (9) pela adesão deliberada dos membros do governo Bolsonaro às ideias deste grupo.

Entre as principais recomendações do BM elencadas em seu mais recente documento, pode-se citar não apenas a defesa histórica da instituição de que há uma presumível falta de eficiência do gasto público no setor saúde no Brasil, reiterando desde a década de 90 de que o subfinanciamento crônico do sistema de saúde brasileiro não é seu principal problema, mas também a defesa da terceirização da gestão local por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS), bem como de um modelo baseado no pagamento por performance – *payment for*

performance (P4P). Este, por sua vez, foi integralmente incorporado pela SAPS como um dos novos componentes do novo modelo de alocação de recursos da APS no Brasil integrando seus argumentos “oficiais” (10). Apesar disso, do ponto de vista orçamentário este não é o principal componente do novo modelo – a capitação ponderada, que substitui o piso fixo, baseado em amostras censitárias, para defender em seu lugar um modelo baseado no cadastramento, acaba por representar mais de 50% da projeção orçamentária do novo financiamento da APS brasileira, sendo necessária a implementação de “repases de transição” – posteriormente conhecidos como “incentivos financeiros per capita” – para garantir que o déficit na alocação de recursos não seja tão drástico quanto de fato é (2,7). O Banco também apresenta posicionamento histórico no que tange à defesa da cobertura universal na comparação com sistemas universais de saúde, de modo que um dos seus elementos seria a recomendação de que se crie um pacote de benefícios mínimos visando “reduzir iniquidades”. Aprofunda-se, no entanto, o caminho para uma APS seletiva e focalizada conforme a literatura especializada vem demonstrando (11–13).

A Escola de York, assim, por meio de sua inserção em organismos internacionais e de acordos bilaterais junto a Ministérios de Saúde, não apenas idealiza a teoria que substancia novos modelos de alocação de recursos financeiros para a APS, mas atua ativamente em sua implementação em escala global. Há, dessa forma, impactos a nível mundial da escola de pensamento representada por este grupo, sendo de grande relevância que se lance luz sobre quais são as estruturas constitutivas do modelo de alocação de recursos defendido pela Escola.

Por estas razões é que este estudo visa revisar o que a literatura científica apresenta sobre modelos de alocação de recursos financeiros em saúde a partir da escola de pensamento de economia da saúde de York.

Método

O estudo consiste em uma revisão sistemática, sendo realizada inicialmente uma busca de todas as publicações dos autores incluídos na Escola de York na base de dados PubMed/MedLine, sendo visualizado na tabela 01.

TABELA 01: Busca por artigos publicados por cada autor da Escola de York na base de dados PubMed/MedLine

Autores - Escola de York	ORCID	Nº de artigos PUBMED
Peter Charles Smith	0000-0003-0058-7588	479
Elias Mossialos	0000-0001-8664-9297	247
Irene Papanicolas	0000-0002-8000-3185	37
Ray Fitzpatrick	0000-0003-0607-0563	789
Alistair McGuire	0000-0002-5367-9841	863
Adam Wagstaff	0000-0003-4442-5070	265
Martin McKee	0000-0002-0121-9683	2498
Nicolaas Sieds Klazinga	0000-0002-3937-8014	280
Paul Revill	0000-0001-8632-0600	179
Tony Culyer	0000-0002-8896-8491	108
Rodrigo Moreno-Serra	0000-0002-6619-4560	27
Hugh Gravelle	0000-0002-7753-4233	108
Mark Sculpher	0000-0003-3746-9913	330
Maria Goddard	0000-0002-1517-7461	704

Fonte: PubMed/MedLine – fevereiro/2023

Devido à larga produção individual e colaborativa entre os autores, foi selecionado o descritor do repositório de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “alocação de recursos” – em língua inglesa, *resource allocation* – junto a cada autor individualmente. A tabela 02 mostra resultados preliminares desta busca de acordo com as sintaxes separadamente.

TABELA 02: Busca por artigos publicados individualmente por cada autor da Escola de York na base de dados PubMed/MedLine com descritor de alocação de recursos

Autores	Sintaxes	Nº de artigos
Peter Charles Smith	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Smith PC[Author])	11
Elias Mossialos	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Mossialos E[Author])	6
Irene Papanicolas	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Papanicolas I[Author])	0

Ray Fitzpatrick	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Fitzpatrick R[Author])	5
Alistair McGuire	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (McGuire A[Author])	12
Adam Wagstaff	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Wagstaff A[Author])	4
Martin McKee	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (McKee M[Author])	20
Nicolaas Sieds Klazinga	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Klazinga N[Author])	4
Paul Reville	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Reville P[Author])	4
Tony Culyer	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Culyer A[Author])	12
Rodrigo Moreno-Serra	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Moreno-Serra R[Author])	0
Hugh Gravelle	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Gravelle H[Author])	7
Mark Sculpher	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Sculpher M[Author])	20
Maria Goddard	(resource allocation[MeSH Terms]) AND (Goddard M[Author])	1
TOTAL		106

Fonte: PubMed/MedLine – fevereiro/2023

A partir daí, foi realizado novo teste, desta vez incluindo todos os autores na mesma busca, a partir de sintaxe única, de modo que uma diferença de apenas 5 artigos foi encontrada - 106 artigos extraídos a partir da busca individualizada, 101 artigos na busca com sintaxe única. Devido ao fato de a diferença ser pequena e parte destes artigos não estar disponível para leitura na íntegra, além da maior praticidade em se utilizar um único item de busca, foi decidido pela sintaxe aglutinada, sendo evidenciada na tabela 03.

TABELA 03: Busca única por artigos publicados por cada autor da Escola de York na base de dados PubMed/MedLine com descritor de alocação de recursos

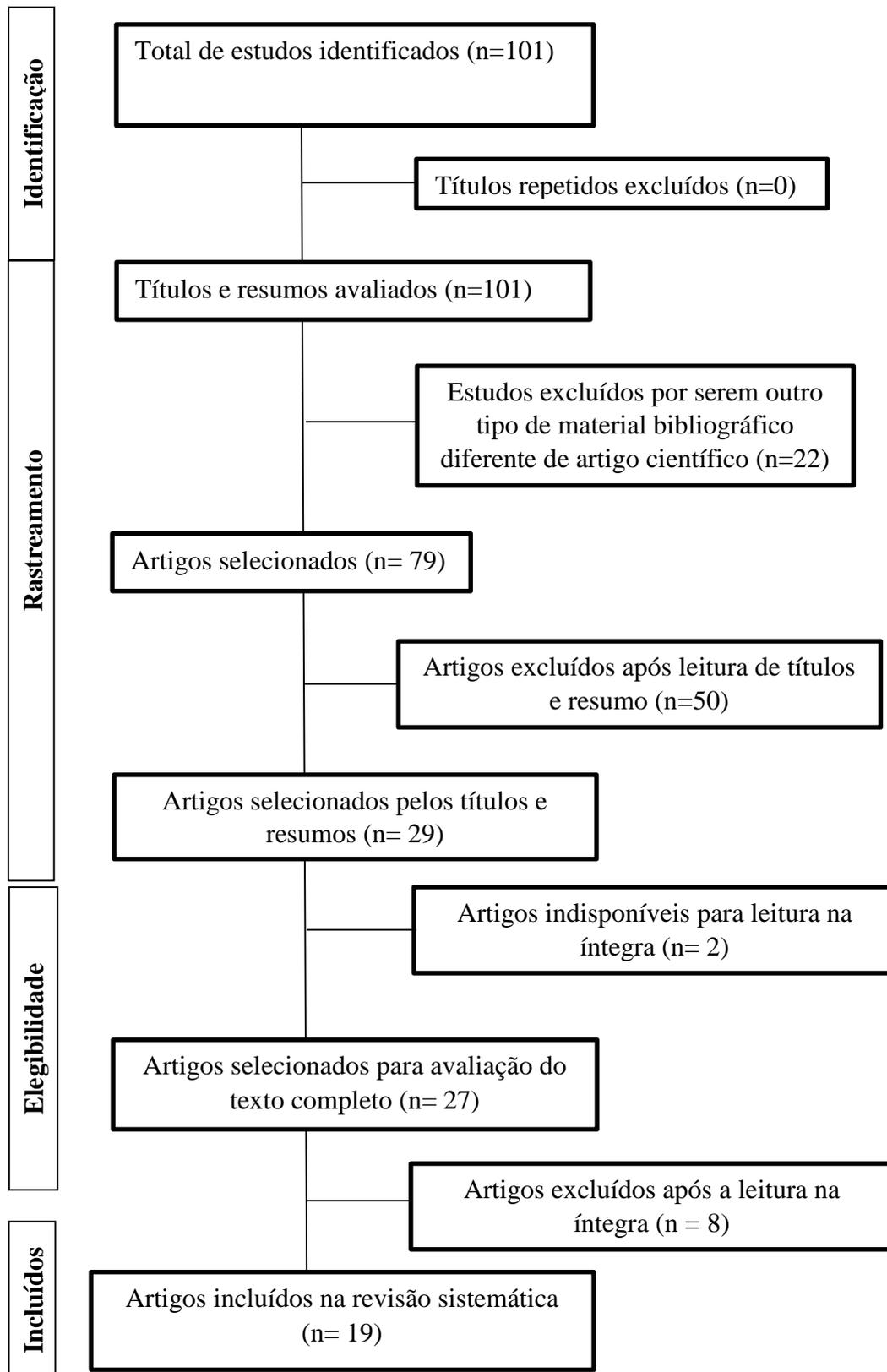
Sintaxe	Nº de artigos
(allocation, resource[MeSH Terms]) AND ((Smith PC[Author]) OR (Mossialos E[Author]) OR (Papanicolas I[Author]) OR (Fitzpatrick R[Author]) OR (McGuire A[Author]) OR (Wagstaff A[Author]) OR (McKee M[Author]) OR (Klazinga N[Author]) OR (Reville P[Author]) OR (Culyer A[Author]) OR (Moreno-Serra R[Author]) OR (Gravelle H[Author]) OR (Sculpher M[Author]) OR (Goddard M[Author]))	101

Fonte: PubMed/MedLine – fevereiro/2023

A seleção da base de dados envolveu avaliação intencional quanto à natureza de maior correlação com área biomédica e de políticas de saúde das publicações dos autores elencados, bem como da possibilidade de correlação com descritores DeCS, representada pela base PubMed/MedLine. Outras bases foram estudadas e avaliadas inicialmente, especialmente a base Scopus, contudo o fato de não haver a possibilidade de realizar busca por artigos indexados apresentou grande quantidade de artigos de temática ampliada, por vezes que apenas citam de forma inespecífica alocação de recursos, sem necessariamente incluí-la enquanto objeto de estudo. Dessa forma, pela razoável quantidade de artigos já elencados na base PubMed, optou-se por se utilizar apenas esta base de dados.

Não houve recorte temporal para este estudo, incluindo-se, assim, toda a produção destes autores acerca do tema que respeitasse os seguintes critérios de inclusão: i) formato de artigo contendo introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão (IMRDC); ii) abordagem da temática de alocação de recursos no contexto de sistemas de saúde; e iii) disponibilidade de acesso do texto na íntegra. A busca inicial na base de dados foi realizada mediante utilização de sintaxe que incluiu todas as publicações dos autores elencados que indexassem o descritor de alocação de recursos. A figura 01 inclui o momento atual do fluxograma PRISMA - Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises - para este estudo.

Figura 01 – Fluxograma PRISMA do estudo



Fonte: Elaboração própria

Desta forma, tem-se que dos 101 estudos originalmente encontrados, após a fase de identificação, 22 artigos foram excluídos por não se enquadrarem enquanto artigos científicos, constituindo-se artigos de opinião, editoriais ou comentários. Dos 79 restantes, 50 foram excluídos após leitura de título e resumo por não incluírem menção a alocação de recursos em uma destas seções. Dos 29 artigos restantes, 2 foram excluídos por não estarem disponíveis para leitura. Após leitura na íntegra dos 27 restantes, 8 foram excluídos por não abordarem diretamente alocação de recursos. Dessa forma, foram incluídos, assim, 19 artigos ao todo na revisão de literatura.

Resultados

Dentre os 19 artigos incluídos no estudo, todos respondem integralmente a pergunta de pesquisa, de modo que pode-se organizá-los entre alguns critérios: 1) aqueles que abordam alocação de recursos a partir a experiência de países centrais do Capitalismo (Europa, EUA/Canadá) e da periferia (África do Sul, Malawi, Camboja e El Salvador); 2) estudos multicêntricos, que traçaram observações sobre múltiplos países simultaneamente, e estudos de caso específicos de cada país; 3) estudos que elaboram sugestões de modelos matemáticos de alocação de recursos e que organizam comparações entre si, com uma multiplicidade de modelos abordados. Para uma melhor descrição dos achados a partir das leituras, esta seção abordará os artigos incluídos a partir do modelo de alocação defendido, ressaltando-se em cada observação o sistema de saúde envolvido e qual nível de atenção é aplicado o modelo em questão. Para além disso, também são descritos os diferentes pensamentos econômicos que informam as respectivas análises de alocação de recursos, incluindo-se principalmente as escolas neoclássica e keynesiana: a primeira com ênfase no indivíduo, inaugurando a microeconomia e as respectivas metodologias de oferta e demanda a ela associadas e por vezes correlacionadas a outros métodos do campo da saúde (14); o segundo focado na presença do Estado e sua função enquanto regulador, usualmente relacionando-se a políticas que advogam por aumento de gastos públicos (15).

Alocação de recursos a partir da análise de custo-efetividade e restrição de gastos

12 dos 19 artigos incluídos no estudo abordam alocação de recursos a partir de um modelo centrado na Avaliação de Custo-Efetividade (ACE), traçando a partir daí cenários ora mais específicos, ora mais abrangentes no que tange não só ao nível de atenção cujo modelo se aplica, mas também a partir da discussão de custo-efetividade que é travada. Iniciando-se com o artigo de McGuire, de 1986 (16), no qual se debate a aplicação de padrões éticos na alocação

de recursos, o autor defende que a alocação de recursos requer um olhar distinto daquele sobre o qual a ética médica usualmente se baseia – individualizante – sendo necessário, assim, incluir elementos mais coletivos na determinação do escopo da ética médica. Defende também a necessidade de reformulação das bases da ética médica referente a alocação de recursos a partir das bases da avaliação econômica em saúde, com uma defesa mais específica de critérios de custo-efetividade. Enquanto aborda ética médica, o autor engloba todo o sistema de saúde em sua análise, sendo a base do pensamento econômico que informa esta análise contando com elementos tanto keynesianos quanto neoclássicos.

Mossialos, por sua vez, em 1999 (17), em um estudo no qual aborda a visão do público geral sobre a determinação de prioridades em saúde e alocação de recursos envolvendo 6 países europeus - Alemanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Suécia (*Eurobarometer*) – traça um panorama da opinião pública sobre o tema. Dentre os principais achados das entrevistas realizadas, pode-se citar a defesa de maior restrição de gastos e a defesa de que a determinação de prioridades em saúde deve ser realizada majoritariamente por profissionais de saúde em detrimento da população em si. O artigo ainda traça paralelos entre o nível educacional entre os países envolvidos e a defesa da restrição de gastos em saúde, referindo que quanto maior o nível educacional, mais a população defenderá a restrição de gastos, ponderando-se ainda no artigo a necessidade de limitar também a cobertura de serviços de saúde, reforçando a visão eminentemente neoclássica em sua estrutura.

O estudo de Sculpher, de 2000 (18), aborda como a Teoria Moderna do Portfolio poderia se aplicar na alocação de recursos entre diferentes programas de saúde, especificamente ao se organizar um ranking no que tange a custo-efetividade destes programas. A teoria, que vem da economia financeira, aborda como a avaliação de risco-retorno pode ser central na decisão sobre qual investimento deve ser selecionado. O artigo, assim, defende como a definição de critérios de risco-retorno associados aos já conhecidos de custo-efetividade podem apoiar na diversificação dos investimentos entre os programas de saúde e melhor definição de prioridades a nível de políticas de saúde. Ao trazer elementos da economia financeira, pode-se compreender este artigo com fortes influências neoclássicas.

Sculpher, em artigo de 2002 (19), aborda como elementos da avaliação econômica em saúde podem apoiar na alocação de recursos e tomada de decisão, especificamente as análises de custo-utilidade, *quality-adjusted life-years* (QALY) e custo-efetividade, citando exemplos do reembolso de medicações na Irlanda, França e o acesso a assistência farmacêutica no Canadá. O artigo reforça a importância de se lançar mão destas ferramentas para que se baseie

as decisões em saúde em evidências consideradas mais robustas, dada a finitude dos recursos em questão. O artigo também se inclui na escola de pensamento neoclássica.

O estudo de McGuire de 2003 (20), por sua vez, aborda como se configurava à época o orçamento do NHS em termos de eficiência, refletindo especialmente sobre a previsão de aumento de gastos em saúde, pontuando a falta de informações que correlacionam custos e desfechos em saúde. O estudo aborda ainda o então pagamento por capitação dos profissionais de saúde, questionando o fato de não ter correlação direta com o volume de serviço oferecido. O estudo ainda conclui que o modelo de financiamento do sistema de saúde inglês dificulta a execução de tratamentos custo-efetivos, reforçando que mesmo com um aumento de gastos públicos, não necessariamente ocorrerá um aumento em eficiência. O artigo, assim, insere-se em uma abordagem neoclássica.

Em artigo de 2005, Mossialos (21) aborda a constituição do sistema de saúde grego e os principais desafios no que tange à garantia de acesso e alocação de recursos. Reforça, assim, a imagem de um sistema de saúde fragmentado, defendendo a implementação de medidas para que o sistema se “modernize – “um sistema para o futuro” – baseando o financiamento em taxação direta e por meio da seguridade social, evoluindo de um modelo ligado à ocupação para um modelo que leve em consideração a naturalidade/nacionalidade; alterar a forma de pagamento de profissionais de saúde de modo a incluir de maneira mais efetiva critérios de desempenho e capitação; alterar a forma de pagamento da atenção hospitalar, então baseada em pagamentos por dia, para um modelo baseado em *Diagnosis-related Groups (DRG)*. Pela defesa e argumentação utilizada pelo autor durante o escrito, o artigo se insere em uma abordagem que conta com elementos keynesianos e neoclássicos.

Sculpher, por sua vez, em estudo de 2008 (22), avalia como ferramentas de avaliação econômica em saúde podem apoiar na decisão quanto ao ressarcimento de diferentes terapias no NHS-UK, mais especificamente abordando a importância de se levar em consideração a incerteza na base de cálculo de custo-efetividade. Ao descreverem os modelos de cálculo de incerteza e seus diferentes parâmetros, os autores defendem análises de custo-efetividade não apenas enquanto ferramentas para avaliação de tecnologias em saúde, mas para o aumento da eficiência na alocação de recursos em múltiplas áreas de um sistema de saúde, comparando, por exemplo, o ressarcimento de terapias e o financiamento de pesquisas clínicas. Apresenta, assim, elementos característicos da escola de pensamento neoclássica.

O estudo de Gravelle e Siciliani, de 2008 (23), aborda como se dá a alocação de recursos em determinados tratamentos em um contexto de restrição orçamentária. Foram comparadas, assim, a alocação de recursos utilizando-se isoladamente da relação custo-efetividade e a

alocação levando-se em consideração elementos como a razão das filas de espera (*waiting lists ratio*). Os autores concluíram, assim, que apenas a relação de custo-efetividade não demonstra resultados ótimos quando na análise de alocação de recursos para tratamentos distintos, sendo necessário levar em conta a razão de filas de espera e suas especificidades. O estudo, assim, está inserido na escola de pensamento neoclássica.

Em estudo com contribuições de Sculpher de 2013 (24), foram traçados comparativos entre a alocação de recursos a partir de análises de custo efetividade e o modelo defendido por John Harris, que defende que não há limitação de recursos em situações nas quais vidas podem ser salvas. O artigo, que aborda também a questão filosófica e ética no que tange ao “salvar vidas” em detrimento de “evitar a morte”, questiona a alocação de recursos “lotérica”, que argumentam ser a defendida por Harris, por defender que todos deveriam ter acesso ao mesmo nível de tratamento. Os autores reforçam a finitude dos recursos e a necessidade de se implementar medidas sejam sustentáveis. O estudo, assim, está inserido no contexto maior do pensamento neoclássico.

Em publicação colaborativa de 2016 entre Revill, Sculpher e outros autores (25), traça-se comparativo sobre limiares de custo-efetividade quando na alocação de recursos em países de diferentes perfis de renda - Inglaterra, Malawi, Camboja, El Salvador, Cazaquistão. O estudo defende que os limiares de custo-efetividade na alocação de recursos para serviços e intervenções em saúde defendidos pela OMS e outros órgãos internacionais são muito altos no contexto de países considerados de baixa e média renda (cerca de 1 a 3 vezes o PIB per capita), de modo que dados levantados pelos autores demonstraram limiares reais de menos de 50% do PIB per capita (Malawi e Cazaquistão, por exemplo). Afirmam, assim, que a defesa dos limiares estipulados por órgãos como a OMS pode levar a intervenções que reduzem a saúde da população local, defendendo-se limiares mais baixos. Inserem-se, assim, na escola de pensamento neoclássica.

Smith e colaboradores, em estudo de 2016 (26), debatem sobre como tanto projetos verticais de saúde quanto programas horizontais podem ser submetidos a análises de custo-efetividade. Os autores exemplificam projetos verticais múltiplas intervenções ligadas à prevenção do HIV, como educação entre pares, propaganda quanto ao uso de preservativos e tratamento direcionado a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); enquanto isso, definem programas horizontais a partir das definições da Conferência de Alma-Ata, exemplificando como conglomerados de projetos individuais que compartilham de mesma infraestrutura, recursos humanos, sistemas de informação e capital. Elaboram, assim, um modelo de análise de custo-efetividade para programas horizontais, defendendo que não apenas

projetos verticais podem ser analisados segundo este critério, sendo possível estimar produtividade e crescimento econômico. O estudo, dessa forma, tem no pensamento neoclássico os alicerces de seus principais postulados.

Por fim, o último artigo incluído neste estudo e que aborda alocação de recursos a partir da análise de custo-efetividade é de autoria de Peter Smith e colaboradores, de 2019 (27), avaliando como Bens Comuns da Saúde (*Common Goods for Health* - CGH) podem ser priorizados enquanto intervenções em sistemas públicos de saúde, analisando-os sob a ótica da custo-efetividade. Os CGH podem ser definidos como um conjunto de intervenções que apresentam 1) falhas de mercado devido às externalidades, assimetrias de informação e monopólios naturais associados; e 2) grande impacto sobre a vida humana, citando-se como exemplo eventos provocados por doenças infecciosas como Zika e Ebola. O estudo, assim, elabora uma árvore de decisões para o financiamento de CGHs, priorizando apenas aqueles que sejam custo-efetivos, sugerindo que intervenções que não apresentem externalidades podem ser geridas por serviços privados, apenas sendo repassado para o setor público em caso de falha daquele. Apesar de o estudo defender a implementação de métricas de custo-efetividade para avaliação do financiamento de CGHs, reconhecem que há escassez de evidências devido ao fato de CGHs beneficiarem uma grande extensão de pessoas, de modo que sua aferição enquanto análise de custo-efetividade pode ser desafiadora. Devido a estas características, o estudo se insere majoritariamente na escola de pensamento neoclássica, porém mantém elementos da escola keynesiana pela defesa do financiamento de CGH enquanto políticas públicas e com grande impacto na sociedade como um todo.

Alocação de recursos a partir da equidade e necessidades em saúde

Além do modelo de alocação de recursos centrado na análise de custo-efetividade e outras medidas correlatas, 7 dos 19 artigos incluídos englobou também a alocação de recursos a partir de critérios de equidade e de necessidades em saúde. Em estudo de 2000 de Smith e Sheldon (28), os autores defendem a necessidade de se levar em consideração a equidade no contexto da alocação de recursos, mais especificamente focando na definição de regimes orçamentários a partir de sistemas de gerenciamento de risco. Baseiam-se no caso do NHS-UK e de outros sistemas como o de países escandinavos e da Nova Zelândia, realizando críticas ao sistema de capitação conforme usualmente é implementado – “de forma irresponsável”. Defendem, assim, a associação de capitação com estratégias de gerenciamento de risco e de performance, alegando a redução de iniquidades na alocação a partir destas medidas. O estudo, assim, encontra-se consonante à escola de pensamento neoclássica.

Dialogando com este último estudo, publicação de Smith e colaboradores de 2002 (29) detalha de forma mais aprofundada o então modelo de capitação no interior do NHS-UK, expondo iniquidades inerentes ao modelo. Os autores identificam dentre as principais fontes de iniquidade no sistema de capitação britânico variações no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde, à utilização dos serviços de saúde e na eficiência das pessoas em produzirem saúde. Defendem a necessidade de uma definição universal de equidade em saúde, reiterando a importância de um acordo nesta definição não apenas entre pesquisadores, mas também com a categoria política e legislativa. Inserem-se, assim, parcialmente na escola de pensamento keynesiana e neoclássica.

Em trabalho colaborativo de Gravelle e colaboradores de 2003 (30), os autores revisam distintos modelos de alocação de recursos a partir das necessidades em saúde de uma dada população, comparando-os e expandindo suas metodologias na tentativa de reduzir iniquidades associadas ao modelo de alocação, especialmente a nível hospitalar, saúde comunitária e na APS. Sugerem, assim, inovações metodológicas que abrangem formas alternativas nos cálculos das variáveis de oferta; avaliação de efeitos das variáveis de oferta relacionados a proporções étnicas da população, focando em minorias; extrapolação de dados individuais coletados para serem utilizados em avaliações populacionais de pequenas áreas baseadas em necessidade, explorando a partir daí os possíveis efeitos sobre equidade. Defendem, assim, um modelo de alocação que aumente a proporção de repasses para áreas com maior densidade de minorias étnicas a partir dos cálculos das variáveis de oferta, na tentativa de equalizar demanda e oferta. O estudo está inserido na escola de pensamento keynesiana.

Goddard e colaboradores, em estudo de 2005 (31), debatem sobre as limitações da avaliação de custo-efetividade enquanto parâmetro isolado na alocação de recursos nas últimas décadas, questionando o fato de, apesar de apresentar evidências que a sustentam, muitos governos ainda terem dificuldades em implementá-las. O estudo, assim, almeja debater modelos - compreendidos pelos autores enquanto constitutivos da economia política - que podem influenciar a tomada de decisões na alocação de recursos, por vezes de forma iníqua. Dentre os modelos incluídos, tem-se a formação de grupos de interesse para compreender como áreas mais ricas centralizam a maior parte dos investimentos em saúde pública; a aplicação do Teorema do Eleitor Mediano, que aborda a dificuldade na comunicação entre a área técnica, a categoria política e sua base eleitoral no que tange às decisões de alocação de recursos; a importante presença de estruturas burocráticas, que focam especificamente no aumento da influência de grupos políticos; e o modelo de busca de renda (*rent-seeking*), nos quais provedores se apropriam do superávit de determinado setor e o transferem de forma iníqua para

outros, de modo que os autores defendem que este efeito ocorre devido a imperfeições na competição dentro do mercado. Apesar de os autores trazerem, pela primeira vez neste estudo, alguma crítica à avaliação puramente baseada em custo-efetividade, reforçam que a abordagem de tais modelos de economia política é fundamental para que se possa debater de forma mais ampliada a avaliação a partir da custo-efetividade. Inserem-se, assim, na escola de pensamento neoclássica.

Smith e Gravelle, em estudo de 2011 (32), por sua vez, elaboram novo modelo estatístico para a alocação de recursos hospitalares e de outros serviços de saúde dentro do NHS britânico, mais especificamente focando-se nos gastos das antigas *Primary Care Trusts* (PCTs), organizações ligadas ao NHS que detinham a custódia e manejavam os gastos dos níveis primário e secundário de um determinado território, sendo a partir de 2013 substituídas por *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) – grupos de médicos generalistas, que em sua maioria atuam na APS, que deliberariam como seriam organizados os gastos localmente do nível secundário e terciário não-especializado, posteriormente incluindo parte da APS. Os autores argumentam que a alocação de recursos até então estabelecida era baseada fortemente em amostras censitárias, experiências anteriores e dados empíricos, de modo que defendiam uma mudança que englobasse as necessidades em saúde da população adscrita a cada território. Criaram, assim, um modelo de alocação de recursos “baseado nas pessoas” – *Person-based Resource Allocation* (PBRA) – que leva em consideração apenas a população cadastrada, da admissão na Atenção Primária até a Atenção Hospitalar. Relatam no estudo que o modelo inclusive teve sucesso em prever cerca de 12% das variações de custo no ano seguinte, sendo necessário associá-lo a outras ferramentas de compartilhamento de risco no interior do NHS. Dialoga, assim, diretamente com a escola de pensamento neoclássica.

Em estudo de 2011 de McKee e colaboradores (33) foram debatidas as iniquidades relativas ao modelo de alocação de recursos na África do Sul pós-apartheid. Os autores reforçam a visão de um sistema de saúde fragilizado, com importantes iniquidades, especialmente geográficas, com áreas mais ricas centralizando recursos, exemplificando a Lei dos Cuidados Inversos, que versa sobre o fato de aqueles que mais precisam terem menos acesso aos recursos necessários. Os autores também criticam o aumento do gasto público em saúde e a destinação de recursos para aumento da infraestrutura, defendendo que o aumento da capacidade conseqüentemente gera um aumento na demanda por investimentos, aprofundando iniquidades. Reiteram também a interface com o mercado privado de saúde, de modo que exercem lobby para que serviços públicos sejam instalados em regiões onde já há grande densidade de serviços privados, especulando-se a possibilidade de facilitação na celebração de

contratos entre as duas esferas. Reforçam, por fim, a necessidade de superar o que os autores consideram uma “armadilha” no aumento do gasto público com investimento em infraestrutura e aumento da capacidade instalada. O estudo, assim, está inserido no contexto maior do pensamento neoclássico.

Por fim, o último artigo incluído no estudo e que aborda alocação de recursos a partir da equidade se tratou de trabalho colaborativo de Mossialos de 2005 (34), no qual ele e colegas se aprofundam nas CCGs no interior do NHS-UK, interrogando se este novo modelo de gestão e de alocação de recursos poderia avançar sobre questões envolvendo equidade a partir de uma revisão sistemática. Além de não haver literatura extensa sobre CCGs e seus impactos sobre equidade, estas estão dissociadas da saúde pública em si, de modo que se ocupam de forma mais específica com a provisão de serviços de saúde do que com a saúde populacional, não lançando mão de metodologias epidemiológicas. Os autores defendem o fato de o conceito de equidade possuir certa fragilidade no que tange à sua aplicabilidade política, sendo necessária uma definição mais universal e clara entre níveis de atenção, não havendo, por conta disso, evidências que sugiram que CCGs abordem de forma mais estruturada iniquidades do que modelos anteriores. O estudo se insere na escola de pensamento keynesiana.

O quadro 02 segue abaixo com os artigos incluídos em ordem cronológica, bem como um resumo dos resultados aqui relatados.

QUADRO 02: Quadro-síntese da pesquisa

Nº	Ano de publicação	Autor	País estudado	Metodologia	Qual a relação de alocação de recursos está sendo discutida?		Qual sistema de saúde está sendo analisado?	Qual o pensamento econômico que informa esta análise?
					Qual modelo de alocação de recursos?	Em qual nível está sendo aplicado este modelo?		
1	1986	McGuire A	NSA	Revisão de literatura	Alocação de recursos a partir de uma visão individualizante x social	Todo sistema de saúde	NSA	Keynesiano + Neoclássico
2	1999	Mossialos E	União Europeia - Alemanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Suécia	Revisão de literatura e análise retrospectiva de dados secundários a partir da opinião pública	Elencar prioridades a partir de grupos etários; aumento dos investimentos em saúde a partir do aumento da taxação e transferência de fundos de outros setores	Todo sistema de saúde	União Europeia - Alemanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Suécia	Neoclássico
3	2000	Sculpher M	NSA	Elaboração de estrutura conceitual hipotética	Teoria moderna do portfólio	Programas de saúde	NSA	Neoclássico
4	2000	Sheldon T, Smith P	Reino Unido	Revisão de literatura	Gerenciamento de riscos a partir da equidade	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Keynesiano + Neoclássico
5	2002	Sculpher M	Irlanda, França e Canadá	Revisão de literatura	Análise de custo-utilidade e modelos de decisão	Programas de saúde	Sistemas de saúde de Irlanda, França e Canadá	Neoclássico
6	2002	Hauck K, Shaw R, Smith P	Reino Unido	Comparação de modelos	Alocação de recursos por capitação como forma de reduzir iniquidades	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Neoclássico

7	2003	Gravelle H et al	Inglaterra	Comparação de modelos de oferta e procura	Alocação de recursos baseada em necessidades em saúde	Atenção primária e hospitalar	NHS - Inglaterra	Keynesiano
8	2003	McGuire A, Litt M	Reino Unido	Análise do sistema orçamentário a partir das novas regras de eficiência	Alocação de recursos em um contexto de aumento de gastos públicos	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Neoclássico
9	2005	Mossialos E	Grécia	Revisão de literatura	Embate entre modelo atual - precedente histórico e negociações políticas - e o proposto pelo autor - alocação segundo medidas de eficiência, com mensuração de performance	Todo sistema público de saúde	Sistema de saúde grego	Neoclássico
10	2006	Goddard M, Hauck K, Smith P	Reino Unido	Revisão de literatura	Alocação de recursos a partir da avaliação econômica em saúde X alocação de recursos a partir de critérios da economia política	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Neoclássico
11	2008	Sculpher M	Reino Unido	Revisão de literatura	Avaliação econômica em saúde a partir da incerteza	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Neoclássico
12	2008	Gravelle H, Siciliani L	NSA	Elaboração de um modelo de alocação de recursos a partir de estrutura conceitual hipotética	Alocação de recursos otimizada a partir de filas de espera	Todo sistema público de saúde	NSA	Neoclássico

13	2011	Smith P, Gravelle H et al	Reino Unido	Elaboração de um modelo de alocação de recursos a partir de dados secundários	<i>Person-based resource allocation</i> (PBRA) - alocação a partir do cadastro	Atenção Primária e Urgências/Emergências	NHS - UK	Neoclássico
14	2011	Stuckler D, Basu S, McKee M	África do Sul	Regressão multivariada de dados de alocação de recursos	Alocação de recursos a partir de infraestrutura pré-existente e profissionais de saúde - iniquidades na alocação	Todo sistema público de saúde	Sistema de saúde sulafricano	Neoclássico
15	2013	Sculpher M et al	Reino Unido	Comparação de modelos	Análise de custo-efetividade x visão de Harris	Todo sistema público de saúde	NHS - UK	Neoclássico
16	2015	Mossialos E	Inglaterra	Revisão de literatura a partir de documentos oficiais e literatura cinza sobre <i>Clinical Commissioning Groups</i> (CCG)	Alocação de recursos a partir da equidade	Atenção Primária	NHS - Inglaterra	Keynesiano
17	2016	Revill P, Sculpher M	Inglaterra, Malawi, Camboja, El Salvador, Cazaquistão	Elaboração de estimativas a partir de evidências empíricas	Limiares de custo-efetividade baseados em custo de oportunidade	Todo sistema público de saúde	NHS - Inglaterra, Sistemas de saúde de Malawi, Camboja, El Salvador e Cazaquistão	Neoclássico
18	2016	Smith P	NSA	Elaboração de um modelo de alocação de recursos a partir de estrutura	Avaliação econômica para programas verticais e horizontais	Programas de saúde	NSA	Neoclássico

				conceitual hipotética				
19	2019	Smith P	NSA	Elaboração de estrutura conceitual hipotética	Medidas de custo- efetividade como ferramentas normativas	Todo sistema de saúde	NSA	Keynesiano + Neoclássico

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A alocação de recursos no setor saúde, apesar de ser epicentro de debates importantes no interior de sistemas a nível global no que tange ao modelo a ser adotado e em qual nível de atenção, apresenta – especialmente a partir da escola de pensamento de economia de saúde de York – uma linha hegemônica, dominante, fundamentada principalmente no pensamento econômico de origem neoclássica. Dentre os 19 artigos incluídos no estudo, apenas 02 não versavam sobre países pertencentes ao eixo Europa-EUA-Canadá. Tem-se, assim, que grande parte da produção científica sobre modelos de alocação de recursos é baseada nas realidades de países centrais do Capitalismo. Com a presença destes autores e seus colaboradores em cargos consultivos de órgãos internacionais e no apoio bilateral a Ministérios da Saúde, seja na elaboração de recomendações, seja na determinação de planos de ação específicos para cada país, pode-se afirmar que há uma hegemonia das experiências de países de capitalismo central sobre as de capitalismo dependente. Imprime-se, dessa forma, a realidade inglesa, europeia e norte-americana como régua para a implementação e avaliação de modelos de alocação de recursos, de modo que há pouco espaço para que se debata esta temática segundo referenciais locais, das realidades específicas de cada sistema de saúde.

A hegemonia do pensamento neoclássico nas postulações sobre alocação de recursos realizadas por autores que integram a escola de pensamento sobre Economia da Saúde de York se configura especialmente na defesa intransigente da ACE enquanto principal ferramenta para direcionar o gasto público. A avaliação, apesar de apresentar importante relevância no que tange à tomada de decisão sobre incorporação tecnológica, especialmente de medicamentos (35), teve seu uso extrapolado para a avaliação de políticas de alocação de recursos em um sentido mais amplo, por vezes envolvendo todo um setor ou nível de atenção, associando-se e sendo integrada em mais de um estudo a indicadores microeconômicos e de maior relevância no âmbito da economia financeira. Aprofunda-se, assim, a hegemonia da escola de pensamento neoclássica, defendendo-se a gestão do recurso e de serviços públicos tais quais em uma empresa privada (36) mesmo quando se trata de sistemas de saúde públicos estatais – donde a lógica de garantias de direitos é a que deveria prevalecer, especialmente pela natureza prestativa do direito à saúde. Esta dominância, por sua vez, fica ainda mais evidente quando em múltiplos artigos há a menção da finitude de recursos não apenas enquanto um fato inevitável, mas sim enquanto uma bandeira a ser defendida quando no embate com a defesa do aumento de gastos em saúde. A defesa de políticas restritivas, dessa forma, não apenas vem enquanto resposta a um aumento anterior do gasto em saúde, mas já intrínseco ao próprio

modelo de alocação de recursos proposto, questionando, por exemplo, limiares estabelecidos pela própria OMS como “muito altos”, inclusive no contexto de ACE.

Mesmo nos artigos que ensaiam propor modelos distintos de alocação de recursos, há em grande parte, em realidade, a defesa de uma forma de implementação de ACE “mais efetiva”, como, por exemplo, os artigos que abordavam alocação de recursos a partir de critérios de equidade e necessidades em saúde. Apesar de comporem pequeno número quando comparado àqueles que abertamente defendem ACE e sua associação a outros indicadores, os estudos que tentam abordar outros modelos de alocação estão, na realidade, também inseridos no contexto do pensamento econômico neoclássico, podendo-se citar exemplos como ‘estratégias de capitação ponderada’, ‘pagamento por performance’ e a ‘diminuição de limiares de gastos públicos em saúde’. Dessa forma, não foi explorado de forma estruturada como se dariam modelos de alocação de recursos, ora organizados para combater iniquidades, ora que partam das necessidades em saúde de uma dada população. Há, ainda, em um dos artigos, uma tentativa de se pensar em modelos que partam da “economia política”, porém a definição utilizada para defender o modelo versa mais especificamente sobre as interfaces das decisões econômicas no mundo político – tanto sob o ponto de vista eleitoral-partidário, quanto de mobilização e participação popular – defendendo-se, por fim, a otimização da ACE. Assim, o modelo central defendido pela maior parte dos autores da escola de pensamento de economia de saúde de York é de cunho fortemente neoclássico.

A capilaridade do pensamento hegemônico defendido pelos autores é notável, dada sua participação em órgãos internacionais em cargos consultivos e de apoio bilateral a países especialmente da periferia do capital. Difunde-se, dessa forma, modelos de alocação de recursos em uma escala global cujo cerne se informa na escola neoclássica. Contudo, os modelos de alocação não são as únicas recomendações traçadas por órgãos internacionais a estes países – são, em verdade, parte de um conjunto de medidas que visam modificar não apenas estruturalmente sistemas de saúde, mas também as próprias funções do Estado nestes países. O BM, por exemplo, junto do Fundo Monetário Internacional (FMI) apresenta série de condicionalidades para realizar empréstimos e realizar resgates a países até mesmo que não estejam necessariamente na periferia do capital – como foi o caso da Grécia durante o ápice da crise de 2009 (37). Defende-se, assim, a implementação de uma série de reformas nestes países visando, sob um primeiro olhar, a garantia dos repasses acordados, porém em realidade tem-se a defesa da manutenção das relações sociais capitalistas no interior destes países, sendo um exemplo também o caso argentino, com empréstimos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (38).

No caso brasileiro, mesmo que não haja uma situação específica de empréstimo direto, o BM realiza recomendações há décadas no intuito de cancelar contrarreformas no âmbito do SUS. Defende de forma abstrata a “modernização” do modelo de alocação, entendendo-se como “moderno” estratégias que envolvem focalização, pagamento por performance, maior presença do setor privado na forma das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão pública e capitação ponderada. O Previne Brasil, assim, ao beber nesta fonte, não apenas promove mudanças profundas no processo de trabalho de equipes de saúde e gestores locais, mas desfinancia a APS brasileira (2), sem ter sido submetido a qualquer rito de avaliação junto a órgãos consultivos e deliberativos da participação popular em saúde, reforçando o caráter contrarreformista deste programa.

Limites do estudo

O estudo apresenta importantes contribuições no que tange à compreensão das origens do Previne Brasil, entendendo-se não enquanto um programa “pioneiro”, descolado de outras práticas, mas, sim, inserido no contexto de contrarreformas e modelagens de alocação cuja essência é eminentemente neoclássica. Lança-se luz, assim, sobre uma escola de pensamento de economia da saúde que tem influência e capilaridade a nível global, pautando a temática internacionalmente segundo suas próprias referências. Contudo, há importantes limitações no que tange ao escopo deste estudo: ao se utilizar de apenas um banco de dados, limitou-se a quantidade de resultados da produção individual e colaborativa destes autores, sendo possível que escritos importantes possam não ter sido incluídos no estudo; uma segunda limitação tem correlação com a quantidade de autores, de modo que possivelmente seria mais abrangente uma avaliação que englobasse mais pesquisadores da CHE e de escolas associadas.

Considerações finais

A tomada de decisão quanto ao modelo de alocação de recursos em saúde a ser adotado por determinado país não é um produto puramente científico no sentido apolítico da palavra: é uma decisão informada, dentre tantos motivos, por uma escola de pensamento bem delimitada, estruturada e difundida globalmente por organismos internacionais e em acordos bilaterais, com alta capilaridade e influência, especialmente ao se tratar de países da periferia do capital. A escola de pensamento de economia da saúde de York, nesse contexto, não ocupa apenas a posição de divulgadora e de referencial teórico, mas participa ativamente nos processos de contrarreforma de cunho neoclássico a partir das experiências nas quais baseiam seus estudos, majoritariamente em países centrais do Capitalismo. Difunde-se, assim, o pensamento

dominante, hegemônico, inspirando programas como o Previne Brasil no caso brasileiro, que aprofunda o processo de desfinanciamento da APS. Apesar disso, os modelos não são estanques, sendo passíveis de disputa - não sem o debate aberto, não apenas no campo político-partidário, mas também envolvendo a participação popular e os movimentos sociais. Elementos estes que faltaram em todos os passos da implementação do novo modelo de alocação de recursos para a APS brasileira, reforçando seu caráter impositivo, ou até mesmo despótico, de contrarreforma do capital.

Referências

1. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1189–96.
2. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38:e00164621.
3. Marques RM, Mendes A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. Pereira JMM, Pronko M A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013) Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2014;275–93.
4. University of York. Our history: Foundations [Internet]. [citado 24 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/about/history/foundations/>
5. Centre for Health Economics, University of York. About CHE [Internet]. [citado 24 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/che/about-us/>
6. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I: síntese. 2017;
7. Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*. 2020;174–210.
8. Banco Mundial. Propostas de reformas do sistema único de saúde brasileiro. Washington, DC. 2018;1–16.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2979 nov 12, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
10. Couto JGA, Mendes Á. Argumentos “oficiais” utilizados para as mudanças na atenção primária à saúde brasileira: uma revisão narrativa com foco na nova forma de alocação de recursos. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*. 2022;14(spec):e002–e002.

11. Mendes Á, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. *Saúde e Sociedade*. 2023;32.
12. Mendes Á, Carnut L, Melo MA. Crisis of Capital and the Ongoing Bolsonaro's Neo-Fascism: The Destructive Continuum of Public Health via Primary Care. *Theoretical Economics Letters*. 2022;12(6):1970–2001.
13. Carnut L, Mendes KMC. Desafios dos cenários de ensino na atenção primária à luz da neoseletividade do Previner Brasil. *Acta Scientiarum Health Science (No prelo)*. 2023;
14. Prado EF. A ortodoxia neoclássica. *Estudos Avançados*. 2001;15:9–20.
15. Prado EF. Como Marx e Keynes demarcam o campo da macroeconomia. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*. 2016;
16. McGuire A. Ethics and resource allocation: An economist's view. *Social Science and Medicine*. 1986;22(11):1167–74.
17. Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy*. outubro de 1999;49(1–2):75–135.
18. O'Brien BJ, Sculpher MJ. Building uncertainty into cost-effectiveness rankings: portfolio risk-return tradeoffs and implications for decision rules. *Med Care*. maio de 2000;38(5):460–8.
19. Levine M, Taylor R, Ryan M, Sculpher M. Decision-making by healthcare payers. *Respir Med*. agosto de 2002;96 Suppl C:S31–38.
20. McGuire A, Litt M. UK budgetary systems and new health-care technologies. *Value in Health*. 2003;6(SUPPL. 1):S64–73.
21. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*. 2005;14(SUPPL. 1):S151–68.
22. Griffin S, Claxton K, Sculpher M. Decision analysis for resource allocation in health care. *J Health Serv Res Policy*. outubro de 2008;13 Suppl 3:23–30.
23. Gravelle H, Siciliani L. Ramsey waits: Allocating public health service resources when there is rationing by waiting. *Journal of Health Economics*. 2008;27(5):1143–54.
24. Edlin R, McCabe C, Round J, Wright J, Claxton K, Sculpher M, et al. Understanding Harris' understanding of CEA: is cost effective resource allocation undone? *J Health Serv Res Policy*. janeiro de 2013;18(1):34–9.
25. Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. *Value in Health*. 2016;19(8):929–35.
26. Morton A, Thomas R, Smith PC. Decision rules for allocation of finances to health systems strengthening. *Journal of Health Economics*. 2016;49:97–108.

27. Gaudin S, Smith PC, Soucat A, Yazbeck AS. Common Goods for Health: Economic Rationale and Tools for Prioritization. *Health Systems and Reform*. 2019;5(4):280–92.
28. Sheldon TA, Smith PC. Equity in the allocation of health care resources. *Health Economics*. 2000;9(7):571–4.
29. Hauck K, Shaw R, Smith PC. Reducing avoidable inequalities in health: A new criterion for setting health care capitation payments. *Health Economics*. 2002;11(8):667–77.
30. Gravelle H, Sutton M, Morris S, Windmeijer F, Leyland A, Dibben C, et al. Modelling supply and demand influences on the use of health care: Implications for deriving a needs-based capitation formula. *Health Economics*. 2003;12(12):985–1004.
31. Goddard M, Hauck K, Smith PC. Priority setting in health - a political economy perspective. *Health Econ Policy Law*. janeiro de 2006;1(Pt 1):79–90.
32. Dixon J, Smith P, Gravelle H, Martin S, Bardsley M, Rice N, et al. A person based formula for allocating commissioning funds to general practices in England: Development of a statistical model. *BMJ (Online)*. 2011;343(7833):1085.
33. Stuckler D, Basu S, McKee M. Health care capacity and allocations among South Africa's provinces: Infrastructure-inequality traps after the end of apartheid. *American Journal of Public Health*. 2011;101(1):165–72.
34. Wenzl M, McCuskee S, Mossialos E. Commissioning for equity in the NHS: Rhetoric and practice. *British Medical Bulletin*. 2015;115(1):5–17.
35. Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J, Maeda ST. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:287–96.
36. Fisher M. Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo? *Autonomia Literária*; 2020.
37. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*. 2013;103(6):973–9.
38. Ciolli V, Ríos Díaz G, Kejsefman I, Piva A, Gluj A, Pérez Roig D, et al. La dimensión inevitable: estudios sobre la internacionalización del Estado y del capital desde Argentina. 2020;