



## SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

— notas para elaboração de uma agenda de debates —

Aloisio Teixeira\*

- (i) O tema das relações entre saúde e desenvolvimento parece ter voltado à ordem do dia. E espero que, desta vez, para ficar — e resolver.
- (ii) A discussão entre nós é antiga. Mario Vitor de Assis Pacheco (1909-1988), médico e oficial do Exército, cassado em 1964 e anistiado em 1979, foi um dos pioneiros. Sua preocupação central era com questões relacionadas à ao controle da natalidade e ao monopólio da indústria farmacêutica. Escreveu vários livros, entre os quais se destacam:
- *Indústria Farmacêutica e Segurança Nacional*. RJ: Civilização Brasileira, 1968.
  - *Neocolonialismo e controle da natalidade*. RJ: Civilização Brasileira, 1968.
  - *Explosão demográfica e crescimento do Brasil*. RJ: Paz e Terra, 1974.
  - *A máfia dos remédios*. RJ: Civilização Brasileira, 1978.
  - *Racismo, machismo e "planejamento familiar"*. Petrópolis: Vozes, 1981.
  - *Abusos das multinacionais farmacêuticas*. RJ; Civilização Brasileira, 1983.
  - *"Planejamento Familiar" e libertação do Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.
  - *Controle da natalidade, imperialismo e o FMI*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- (iii) Outro pioneiro, certamente, foi Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), este talvez mais diretamente ligado ao tema<sup>1</sup>. Mário Magalhães participou dos seminários do ISEB, onde desenvolveu suas idéias, e foi o Secretário-Geral da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, durante o Governo João Goulart, quando Wilson Fadul era Ministro da Saúde. Em seus trabalhos, Mário discute as relações entre pobreza, desigualdade e saúde no Brasil.
- (iv) Falamos dos pioneiros, considerando aqueles que procuraram aprofundar o conhecimento relacionado ao tema. Mas podíamos citar os políticos e lembrar famoso discurso do Presidente Juscelino Kubitschek, pronunciado em 1957, em que dizia: “Não menos que os problemas da educação, os da saúde se prendem, em conexão íntima, ao processo de desenvolvimento nacional. O estado sanitário das populações afeta, notoriamente, o rendimento do trabalho...”
- Ainda que a preocupação do Presidente fosse meramente instrumental e não contivesse nenhuma alusão ao direito à saúde, o problema estava lá colocado.
- (v) Por isso mesmo, talvez, sendo essa uma discussão antiga, é, contraditoriamente, uma discussão nova — ou renovada.

---

\* Professor Titular do Instituto de Economia da UFRJ.

<sup>1</sup> A Editora Revan publicou recentemente o livro *Política nacional de saúde pública: a trindade desvelada - economia - saúde - população*, de autoria de Mário Magalhães da Silveira.



Muita água passou por debaixo da ponte, desde então, e certas questões perderam protagonismo. Políticas de controle massivo da natalidade (baseadas na triste idéia de que, como os pobres tinham mais filhos que os ricos, reduzir sua fecundidade impediria o crescimento explosivo da pobreza) já não figuram no cardápio de recomendações dos organismos internacionais, ao menos para o Brasil. Até porque, dos anos 1960 para cá, a taxa de fertilidade do povo brasileiro reduziu-se a menos de um terço.

Outros temas, no entanto, continuam na ordem do dia, porque não encontraram soluções adequadas — entre eles, por exemplo, o da produção nacional de medicamentos). Mas mesmo estes devem ser vistos por novos ângulos e sob novas luzes.

(vi) Antes de discutir as relações entre saúde e desenvolvimento, valem algumas observações sobre cada um deles.

Começamos pela saúde. No conceito atual, ela deixou de ter como referência a doença (ou sua ausência) e passou a identificar-se como aspiração ao bem-estar e à vida longa. Com isso adquiriu dois atributos:

- tornou-se uma referência ética (no sentido em que Gramsci utiliza a palavra) imprescindível para a organização da vida social e, como tal, deve ser objeto de políticas públicas;
- passou a ser tratada como bem econômico, uma vez que implica custos, tanto para os que dela não dispõem, como para a coletividade como um todo.

Isso coloca, desde logo, dois problemas para nossa agenda de discussão:

1º) a desigualdade básica das condições sociais e econômicas de vida das populações transforma-se em desigualdade de acesso às condições mínimas para uma vida saudável;

2º) a transformação da demanda por tratamentos em demanda por saúde é um processo histórico, social e cultural lento; ou seja, implica uma bagagem de informações e de educação que não está imediatamente disponível para grande parte das populações, cuja renda é diminuta e as condições de vida, precárias.

Ou seja, começamos a discussão pela saúde e chegamos à questão do desenvolvimento. E também a um terreno em que os economistas gostam de intervir, mesmo quando seu enfoque não é exatamente "desenvolvimentista". Os economistas começaram a se interessar pela saúde, por um lado tratando-a como um bem, uma "indústria", um mercado e, por outro, preocupando-se com seus efeitos fiscais (considerando-a aqui como um problema que deve ser resolvido para que se possa chegar ao equilíbrio das contas públicas).



É assim que surge a "Economia da Saúde"; é assim que surgem as políticas de busca de recursos para cobertura dos gastos em saúde através da privatização, da mercantilização e da securitização dos serviços.

- (vii) Vejamos agora a questão do desenvolvimento. Duas perguntas se colocam de pronto, a primeira delas sendo exatamente "o que se pode entender por desenvolvimento". Pode-se imaginar que a resposta passa por alguma distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento, ainda que a fronteira entre esses dois campos seja tênue. A propósito, basta lembrar que um clássico sobre desenvolvimento, o livro de Paul Baran, publicado em 1957 e traduzido em nosso país como *A economia política do desenvolvimento*, tinha como título original *The political economy of growth*.

De qualquer forma, aceita-se que os estudos sobre crescimento limitam-se ao exame de suas propriedades formais e têm origem nos trabalhos de Harrod (1939 e 1948) e Domar (1946) e seguimento com vários outros autores nos anos seguintes. Já a questão do desenvolvimento tem a ver com o reconhecimento de que grande parte da população mundial vivia (e vive) em condições de extrema pobreza, tornando necessárias políticas específicas para reverter esse quadro e melhorar o nível de bem-estar econômico dessas populações. Talvez o ponto de partida do debate tenha sido o ensaio pioneiro de Prebisch, publicado no *Estudio econômico de America Latina* de 1949<sup>2</sup>, que desencadeou toda uma geração de trabalhos na CEPAL sobre o tema.

Talvez a maior distinção entre os dois campos seja o fato de que, quando falamos em desenvolvimento, estamos falando necessariamente de mudança estrutural. Ou seja, não se trata apenas do aumento do PIB, mas também de mudanças na estrutura da sociedade, associadas à industrialização, urbanização e melhorias, entre outros, nos indicadores de saúde e educação.

- (viii) A segunda pergunta é se os problemas do desenvolvimento econômico brasileiro ainda podem ser vistos pela ótica do "desenvolvimentismo", tal como era feito até o final dos anos 1970.

Para mim, a resposta é não. O que significa que não faz sentido pensarmos em mudanças na política econômica com vistas a uma "retomada do desenvolvimento", tal como ele ocorreu no longo ciclo que se estendeu de meados dos anos 1950 ao final da década de 1970.

O mundo mudou e com ele o Brasil. A abertura descontrolada dos mercados, promovida nos anos 1990, associada à natureza restritiva da política econômica em curso na ocasião, e a reorientação do investimento direto externo acabaram

---

<sup>2</sup> O texto de Prebisch foi publicado pioneiramente na *Revista Brasileira de Economia* em 1949, com o título "O desenvolvimento econômico da América Latina e seus principais problemas".



por induzir uma reestruturação da indústria instalada no país. As grandes empresas realizaram processos de especialização nas linhas de maior produtividade, encerrando suas atividades nas demais, e alteraram seu *mix* de produção interna e revenda de importados, além de aumentar o coeficiente importado, reduzindo o valor agregado internamente.

Além disso, os processos de privatização e desnacionalização implicaram uma nova articulação empresarial no país, com associação entre o capital internacional e uma nova elite financeira, formada por bancos e instituições financeiras de geração recente e pelos fundos de pensão. Juntos, compõem eles a fração hegemônica nesta nova etapa de desenvolvimento do capitalismo brasileiro.

Essa articulação — que configura um novo padrão de acumulação capitalista no país — exige a sobrevalorização da riqueza financeira, que requer, por sua vez, elevados patamares para as taxas de juros. A questão dos juros, muito mais do que uma decisão de política econômica, é a exigência de uma estrutura capitalista cujo modo de existência pressupõe a valorização contínua da riqueza financeira. Não se deve estranhar, portanto, que a luta por sua redução venha sendo conduzida mais por intelectuais e economistas progressistas que por empresários “industriais”. Esses, pelo menos os grandes, tornaram-se, simultaneamente, já há alguns anos, empresários “financeiros”, ganhando com os lucros da produção e, ao mesmo tempo, com o rendimento de suas aplicações financeiras.

A esse quadro, deve-se acrescentar os efeitos da crise internacional, que se desenrola desde 2008 e cujo fundo do poço ainda não está visível. “O capitalismo está desgovernado”, como diz Belluzzo.

- (ix) Falemos então das relações entre saúde e desenvolvimento. Quando os economistas começaram a se preocupar com a questão, suas pesquisas iniciais visavam conhecer:
- os fatores determinantes da saúde
  - os impactos da saúde sobre a produção.

Havia algumas idéias subjacentes, tais como: a saúde precária das populações dos países menos desenvolvidos seria elemento fundamental para explicar o baixo nível de bem-estar; mas o que causaria a precariedade das condições de saúde? Para responder a essa pergunta seria preciso conhecer os determinantes da saúde. E mais: caso se conseguisse obter melhorias na saúde da população, o resultado poderia ser uma aceleração do desenvolvimento. Chegaríamos, assim, ao melhor dos mundos, pois não seria preciso adotar nenhuma política econômica diferente.



Infelizmente para esses economistas, os resultados alcançados foram pífios: todas as pesquisas internacionais mostraram que os principais fatores determinantes da saúde eram:

- o nível de renda das populações;
- o nível de educação... das **mulheres**.

Ou seja, a correlação existente entre saúde e renda aponta na direção inversa — não é a saúde que melhora a renda, mas a renda que melhora a saúde. E mais: existe uma correlação entre saúde e educação que poderia estar indicando que um fator importante para a melhoria da saúde seria elevar os níveis educacionais das populações — a menos que as duas variáveis sejam determinadas por uma terceira, como a própria renda, por exemplo.

- (x) Os efeitos da saúde sobre o desenvolvimento são assim indiretos e distantes. O desenvolvimento, por sua vez, continua determinado pelo investimento (público e privado), pela educação, pela infra-estrutura econômica, pela organização das empresas etc<sup>3</sup>.

O fato de ser, a longo prazo, a elevação do nível de renda que explique a melhoria das condições de saúde da população não nos permite, no entanto, concluir que os investimentos em saúde, mesmo em termos econômicos, sejam inócuos.

A vida social é regida pelas leis da dialética e, contraditoriamente, embora a melhoria dos padrões de saúde da população não tragam consigo a elevação do nível de renda, o certo é que a promoção do desenvolvimento não se dará sem acelerado crescimento do PIB; e esse, para crescer, depende da continuidade dos investimentos (públicos e privados). A dialética entra aqui, não como "Pilatos no Credo", mas pelo simples fato de que é melhor que esses investimentos (particularmente os de origem pública) tenham por destino a saúde — e não, por exemplo, o conforto dos rentistas.

Alguma explicação deve ser apresentada para justificar essa assertiva. A saúde, por suposto, é um direito do cidadão e um dever do Estado, que deve cuidar para que o atendimento à sociedade nesse plano atinja os melhores padrões de qualidade, equanimemente. Ademais, o investimento em saúde pode (pode e não deve) melhorar a saúde da população. Mas não é só isso.

A curto prazo, os investimentos em saúde geram um potencial de crescimento mais elevado que em outros setores. Por uma razão simples: esse é um

---

<sup>3</sup> Para ser rigoroso, a questão, na verdade, não faz sequer sentido, do ponto de vista macroeconômico, a triste exceção ficando por conta dos países africanos devastados pela AIDS; no caso, a queda da esperança de vida acarreta queda no PIB.



segmento de atividades altamente empregador e emprego significa salário, que significa demanda<sup>4</sup> — portanto incentivo a mais investimentos.

- (xi) Uma última observação para explicar porque dissemos há pouco que o investimento em saúde **pode** melhorar a saúde da população; dissemos **pode** ao invés de **deve** porque isso dependerá do conteúdo das políticas públicas a serem aplicadas.

Tolstoi começa seu *Ana Karenina* com uma frase, cuja tradução mais conhecida é "todas as famílias felizes são muito parecidas; mas as famílias infelizes o são cada um a seu modo". Mas já houve quem a traduzisse, substituindo felicidade por saúde e infelicidade por doença.

A lembrança da frase é para dizer que a doença (como a infelicidade) se manifesta como fato concreto, enquanto os conceitos das ciências sociais (aí incluindo a Economia) são sempre abstratos. O próprio conceito de população "é uma abstração se desprezarmos, por exemplo, as classes de que se compõe", já nos advertia Marx em uma famosa introdução à crítica da economia política que deixou inacabada.

Portanto, quando falamos da saúde como um direito da **população**, devemos ter sempre presente que as políticas públicas devem garantir esse direito àqueles que, em uma sociedade tão marcadamente desigual (social e regionalmente) como a nossa, não têm condições de acesso a ele. Essa é a questão central quando pensamos nas relações entre saúde e desenvolvimento.

---

<sup>4</sup> Cruzando dados econômicos do Sistema de Contas Nacionais do IBGE, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), o IPEA chegou à conclusão de que os gastos em educação e saúde têm retorno superior ao de outras atividades: o multiplicador do PIB para a educação foi 1,85% e da saúde, de 1,70%, enquanto o da construção civil foi de 1,54% e o de exportações de *commodities* agrícolas, de 1,4%. No caso do multiplicador na renda das famílias, o da educação foi de 1,67%, o da saúde de 1,44%, construção civil, 1,14%, *commodities*, 1,04%.