

## **Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia**

Carlos Augusto Grabois Gadelha\*

A despeito de minha trajetória acadêmica recente estar ligada ao desenvolvimento teórico do tema do complexo industrial e de inovação em saúde, vou inserir este enfoque onde, de fato, ele se situa: na recuperação contemporânea de uma abordagem estruturalista e de economia política para pensar a inserção da saúde no padrão nacional de desenvolvimento. O objetivo central é o de contribuir para a construção de uma nova agenda que permita atualizar os grandes objetivos da reforma sanitária brasileira no contexto contemporâneo de uma globalização fortemente assimétrica, de revolução tecnológica e de (re)colocação da situação de dependência e de atraso no campo da saúde.

Esta perspectiva abrangente torna necessário avançar no debate mesmo que de modo ainda exploratório, pouco estruturado e com idéias em construção e, portanto, inconclusas. Todavia, entendo que ou a saúde enfrenta de frente o tema nacional ou os limites do avanço da reforma sanitária continuarão a ser recolocados a cada momento de nossa história. É como se tivéssemos chegado a um limite em que o País enfrenta os novos e velhos fatores que reproduzem um círculo vicioso entre dependência, atraso, iniquidade e uma estrutura econômica pouco dinâmica. Os objetivos “setoriais” para a saúde parecem encontrar barreiras intransponíveis ligadas ao nosso próprio padrão de desenvolvimento.

Em síntese, estamos numa fase em que, seguindo a perspectiva do CEBES nesta sua nova etapa, se busca motivar o debate e contribuir para a revitalização do movimento sanitário e de uma visão crítica de nosso País, sob o prisma da economia política, não sendo pertinente dar uma “receita” simples e fechada para uma questão complexa do ponto de vista teórico, político e institucional.

---

\* Vice-Presidente de Produção e Inovação da Fiocruz e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Este artigo constitui uma edição modificada da palestra proferida no dia 01/06/2007 para o “Encontro de Conjuntura e Saúde”, promovido pelo Observatório de Conjuntura em Saúde da ENSP e pelo CEBES, com a finalidade de subsidiar o debate sobre o tema “Saúde e Desenvolvimento”. Apesar das idéias apresentadas serem de responsabilidade exclusiva do autor, é importante destacar a contribuição importante proveniente das atividades de pesquisa desenvolvidas com Cristiane Quental, Cristiani Vieira Machado, José Maldonado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Vargas de Faria Baptista.

As implicações desta perspectiva são enormes e impõem a necessidade de avançarmos na visão intersectorial da saúde, o que remete para a ampliação do escopo de nosso pensamento, superando o âmbito específico, se bem que estratégico, da seguridade social, para também incorporar a dinâmica e padrão de transformação de nossa economia e das relações de poder vigentes.

Esta perspectiva, a um só tempo teórica e política, parte (e procura avançar) na concepção de que a saúde constitui uma condição de cidadania, sendo parte inerente do próprio conceito do desenvolvimento. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária. Nesta direção, não se torna necessário nenhum vínculo entre saúde e crescimento econômico para justificar as ações universalizantes e o gasto em saúde. Isto permite “limpar um pouco o terreno” para quem está discutindo a relação entre saúde, desenvolvimento e estrutura econômica, procurando superar falsos e perniciosos dilemas entre uma dimensão econômica restrita e uma visão ampla da saúde como um direito, que constitui uma premissa, inclusive ética, para pensar o desenvolvimento.

Para ilustrar o debate contemporâneo, dominado pela literatura econômica neoclássica, e apresentar a forma limitada em que o tema saúde e desenvolvimento vem sendo trabalhado pelas escolas hegemônicas, proponho uma visita a alguns textos muito recentes que tratam do tema de modo convencional. Este trabalho incorpora, explícita ou implicitamente, a saúde numa função de produção econômica, relacionando-a como um fator explicativo, de maior ou menor intensidade, para a evolução da renda *per capita* e, portanto, para o crescimento econômico.

Este olhar panorâmico da literatura recente, a meu juízo, fortalece o desconforto com a tradição mais recente do tratamento do tema saúde e desenvolvimento pelos economistas. Esta tradição foi muito reforçada com os trabalhos de Amartya Sen, premiado com o Nobel de Economia, de que havia uma relação indissociável entre saúde e desenvolvimento, a partir de sua relação com a própria liberdade humana sempre associada, na tradição liberal, à liberdade do exercício da escolha pelos indivíduos.

No âmbito da saúde, a empolgação foi grande e começam a surgir inúmeros trabalhos teóricos e com forte base estatística e econométrica que incorporam a

saúde da função de crescimento, seja como expectativa de vida, capital humano, mortalidade infantil, entre outras possibilidades. Parecia, enfim, que os economistas tinham despertado e fizeram um “eureka” para a área da saúde, evidenciados sua relação com o desenvolvimento. Como desdobramento, a saúde, passa a ser vista como algo positivo porque aumenta produtividade e gera desenvolvimento econômico, não como um segmento da estrutura econômica, mas apenas como uma área social que, indiretamente, favorece o capital humano. Finalmente, seríamos aceitos não mais como “dinossauros” da intervenção do Estado, mas como propulsores do próprio desenvolvimento, desde que nos ativésemos a práticas eficientes e voltadas para esforços focalizados nos mais necessitados e que não podem exercer sua liberdade em situações de vida tão precárias.

Todavia, os termos desta percepção embutiam dois riscos que passavam despercebidos por diversos autores da área da saúde preocupados com a transformação social, em geral compartilhando uma visão política de esquerda, que embarcavam, inadvertidamente, numa visão liberal da economia de mercado.

O primeiro risco refere-se a possibilidade de que começassem a aparecer estudos com fortes “evidências” estatísticas de que a saúde não fosse tão funcional assim para o crescimento econômico. E se os países pudessem crescer – como os casos da China ou da Índia ilustram – com condições sanitárias perversas? Ficaríamos desanimados e mais uma vez de pires na mão, solicitando uma lei (tupiniquim) dos pobres para a uma ajuda humanitária, ao menos para a atenção básica focalizada? O segundo risco, também grave, era de que passássemos a ver o processo de desenvolvimento como suave, sem conflitos, sem mudanças estruturais, bastando que aos esforços do investimento em capital físico se fizesse um esforço no investimento social e na saúde, em particular. Bastava um “empurrãozinho” e os países se desenvolveriam e haveria uma grande convergência global, não fazendo mais qualquer sentido se falar em periferia, em assimetrias estruturais e em dependência. Na boa tradição liberal, o mercado livre e o gasto compensatório eficiente do Estado seriam suficientes para um padrão de intervenção e de desenvolvimento suave denominado por Amartya Sen (2004), citando Adam Smith (o grande economista liberal), como GALA (*getting by with little assistance* – “ir levando

com uma pequena ajuda”). Despolitizava-se o desenvolvimento e os bloqueios estruturais que, infelizmente, não deixam de afligir a periferia capitalista.

A literatura recente parece evidenciar estes riscos associados a esta visão liberal mais avançada (de corte “iluminista”) sobre a saúde e desenvolvimento, que tanto animou aqueles comprometidos com as reformas sociais. Visitando alguns artigos muito recentes de instituições acadêmicas ou internacionais muito respeitadas, o risco começava a aparecer. Deaton (2006), da Universidade de Princeton, questiona a relação entre a taxa de crescimento econômico e as condições de saúde, utilizando a mortalidade infantil como indicador. Conclui que, na realidade, é a educação e o contexto institucional geral que determinam tanto a taxa de crescimento quanto as condições de saúde, não havendo uma relação direta entre ambas.

Um segundo artigo de autores do renomado MIT - instituto americano de excelência na área de Economia (Acemoglu & Johnson, 2006) - não encontrou nenhuma evidência que um aumento da expectativa de vida gera crescimento da renda *per capita*. Além disto, e isso é importante, os autores observaram que a convergência na expectativa de vida entre os países é muito maior do que a convergência na renda *per capita*. Ou seja, os países atrasados estão com a saúde um pouquinho melhor em termos relativos, mas a distância econômica se mantém ou mesmo se acentua. Provavelmente, muitos destes países estão vacinando, tem ajuda multilateral, conseguem implementar alguns programas de atenção básica, mas continuam pobres e subdesenvolvidos.

Ainda nesta vertente “pouco otimista”, Weil (2006), num artigo em que o autor agradece a colaboração de pesquisadores e instituições também internacionalmente renomadas – Havard, MIT, Banco Mundial, entre muitas outras – efetua estimativas econômicas que indicam que se forem eliminadas as diferenças nas condições de saúde entre os países a variação (variância) da renda *per capita* se reduz em apenas 10%. E mais, com esta eliminação da diferença das condições de saúde, a relação entre o PIB *per capita* entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres cai de 20,5 para 17,9, o que é muito pouco.

Todavia, a despeito destes estudos recentes, o relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001), cujo próprio título já indica a perspectiva adotada -

“Macroeconomia e Saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento econômico” - continua a ser uma referência para o tema que, de certa forma, poderia fornecer um alívio. Enfatiza que a saúde é um fim em si e que, além disto, é um fator favorável ao desenvolvimento econômico. Neste aspecto, ressalta, sobretudo, regiões com condições de saúde explosivas, como a epidemia da AIDs na África Subsaariana, indicando que a carga de doenças relacionadas a esta doença é de tal envergadura que limita qualquer possibilidade de crescimento econômico e de desenvolvimento.

Esta percepção é seguida em um trabalho muito recente, deste ano, elaborado para o FMI. Os autores (Hsiao, W & Heller, PS (2007) são da Escola de Saúde Pública de Harvard e do próprio FMI, e voltam a enfatizar a questão do impacto da AIDs na África na economia, como se a região fosse desenvolvida antes desta doença ou tivesse alguma trajetória de desenvolvimento abortada. Este texto possui aspectos curiosos, constituindo um manual para que os macroeconomistas entendam o que é a saúde. No receituário, coloca-se claramente a questão do enfrentamento das falhas de mercado, que, por sua abrangência na área, a tornam muito peculiar. Além disto, ao contrário de outros bens essenciais, como educação, habitação e alimentação, as pessoas possuem riscos e elevadas incertezas sobre o futuro, decorrentes das doenças e do envelhecimento, justificando o estabelecimento de sistemas de proteção social. Por fim, neste manual aponta-se que a saúde constitui um valor intrínseco para as pessoas e para os países.

Ou seja, até organismos considerados como conservadores, como o FMI, e representantes da hegemonia liberal concordam em associar e justificar a saúde como uma área peculiar, cuja intervenção, focalizada, se justifica em função das falhas de mercado, do risco e da própria cidadania, além de seu impacto nas condições mais elementares de trabalho de certas populações e regiões. Nesta direção, também concordam com o papel distributivo do Estado com foco nos mais pobres ou nas populações mais vulneráveis, adicionalmente a um esforço para tornar os gastos mais eficientes, considerando o problema geral do financiamento na saúde fruto das mudanças demográficas e nos padrões epidemiológicos, entre outros fatores. Com relação à questão tecnológica, fator também central para o aumento dos gastos, os autores propõe a utilização de tecnologias de baixo custo e

complexidade para o combate a doenças de alto impacto epidemiológico como a malária e a Aids.

O que surpreende nestes textos é como a agenda liberal dominante, se estudada com cuidado, tem inúmeros pontos de convergência com a forma como o tema saúde e desenvolvimento - ou a relação entre saúde e economia - vem sendo trabalhado no Brasil. Falhas de mercado, tecnologias de baixo custo e complexidade (justificando inclusive o foco na atenção primária), o foco prioritário no contexto local ou no município e mesmo saúde um direito individual são pelo menos questões compatíveis com o ideário liberal dos países, instituições acadêmicas e organismos internacionais que fazem parte do núcleo central da hegemonia capitalista mundial.

Retomando o tema em debate, no escopo dos paradigmas dominantes, que transborda para nosso contexto, a relação entre saúde e desenvolvimento acaba se reduzindo a visão de que a saúde deve ser apoiada por ser um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos ou se também gera um efeito indireto sobre o crescimento econômico, decorrente apenas de sua dimensão social, implicando na melhoria das condições de vida dos trabalhadores e do ambiente geral para os investimentos. Nesta segunda vertente, certamente, a justificativa do gasto se torna mais robusta ou generosa ao incorporar a saúde como fator indireto de crescimento, analogamente ao que ocorre na educação.

Com este referencial, entramos na armadilha de restringir o debate sobre saúde e desenvolvimento à dimensão dos gastos requeridos e ao tamanho do Estado e do Mercado no provimento de bens e serviços e no financiamento. A agenda estrutural que envolve o padrão nacional de desenvolvimento, a concentração regional e pessoal da renda e a fragilidade de nossa base produtiva em saúde fica completamente subsumida nesta agenda “macro” extremamente empobrecedora, se bem que todos nós estejamos na luta por um financiamento e um papel do Estado compatíveis com as necessidades de saúde, como elementos essenciais para a consolidação de um sistema de proteção social no Brasil.

Belluzo, ironizando a questão do tratamento do Estado e do Mercado como simples alternativas descoladas de suas conexões políticas e econômicas e sociais, faz o

seguinte comentário que evidencia o empobrecimento do debate advindo dos paradigmas dominantes em economia e, no nosso caso, na economia da saúde:

*“...como o senhor prefere, mais Estado ou mais mercado? Desconfio que algumas teorias serviriam melhor como um guia de instrução para garçons de restaurantes baratos”* (Belluzzo 2006, apud Viana et alii, 2007, p.11)

Assim sendo, sugiro que a gente não embarque nestas vertentes que incorporam a saúde como um fator genérico nas funções econômicas de produção, se distinguindo apenas na forma, mais ou menos favorável, em que a relacionam com o crescimento econômico.

A idéia central apresentada neste trabalho é que necessitamos repensar a saúde, retomando e atualizando uma agenda estruturalista que privilegia os fatores histórico-estruturais que caracterizam nossa sociedade – nosso passado escravista e colonial e a conformação de uma sociedade desigual – e nossa inserção internacional e sua relação com uma difusão extremamente assimétrica do progresso técnico e, nos termos atuais, do conhecimento e do aprendizado, dissociados das necessidades locais.

É neste campo que se dá o corte entre uma visão liberal e o pensamento desenvolvimentista em seus diversos matizes políticos e ideológicos. Para esta perspectiva, o tema saúde e desenvolvimento deve ser trabalhado a partir das necessidades de mudanças estruturais profundas em nossa sociedade, economia e política. É desta visão que se torna relevante e diferenciador a necessidade de uma economia política da saúde. A grande referência neste contexto estruturalista é Celso Furtado, numa (re)leitura atualizada, uma vez que seus trabalhos apontam tanto para as dimensões relacionadas aos limites da estrutura produtiva quanto para a desigualdade pessoal e regional como uma marca estrutural da sociedade brasileira.

Esta visão remete para a necessidade de reconstrução de nossa visão sobre saúde e sobre a agenda de reforma. Pensar saúde não apenas como ausência de doença e sim como qualidade de vida - uma percepção arraigada no campo da saúde coletiva-, remete para seguinte pergunta: pode-se dizer que um país e um povo pobre,

dependente, desigual, sem acesso a conhecimento, com condições precárias de trabalho e sem capacidade de aprendizado, mas que venha elevando sua expectativa de vida, é saudável? Eu acho que não. A agenda de saúde tem que sair de uma discussão intrínseca, insulada e intra-setorial e entrar na discussão do padrão do desenvolvimento brasileiro. Ou seja, a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade. A saúde, nesta perspectiva, se torna parte endógena de discussão de um modelo econômico de desenvolvimento.

Aceitando esta perspectiva, proponho que, em vez de se trabalhar o tema saúde de modo analiticamente insulado e ver os nexos que tem com o crescimento econômico, vamos procurar associá-lo com a própria estratégia de desenvolvimento econômico-social brasileiro, à luz de nossa história recente. A trajetória do desenvolvimento brasileiro no período 1930/1980 foi uma trajetória de forte substituição de importação que engendrou uma das maiores taxas de crescimento do mundo, sendo a maior em alguns sub-períodos. Duas grandes críticas ao modelo de desenvolvimento adotado se colocaram (ambas presentes nos trabalhos de Furtado). Primeiro, a desigualdade social e regional se manteve ou mesmo se acirrou. Segundo, não houve uma capacitação tecnológica endógena ao longo desse período. Como diriam os estruturalistas clássicos, o capitalismo brasileiro não conseguia se sustentar sobre seus próprios pés, sendo excludente do ponto de vista social e dependente do ponto de vista do conhecimento e de sua capacidade de inovação.

No âmbito da economia política está havendo todo um processo, pelo menos na academia, de recuperação do pensamento desenvolvimentista em novas bases, considerando as especificidades do mundo contemporâneo. Esta preocupação se mostra totalmente compatível com a tradição estruturalista que refuta ou qualifica a adoção de modelos gerais que desconsideram o momento e a experiência histórica de cada processo nacional de desenvolvimento.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tomou-se como base os artigos que constam da coletânea recente organizada por Saboia e Carvalho (2007), intitulada “Celso Furtado e o Século XXI” (vide bibliografia).



Indicarei algumas idéias, que obviamente estão longe de sintetizar o pensamento desenvolvimentista, a partir de Celso Furtado, mas que são importantes para a nova perspectiva proposta para pensar saúde e desenvolvimento.

1- A evolução do sistema capitalista brasileiro se associa a uma contradição entre a modernização do sistema produtivo e a marginalização social, caracterizando um padrão de desenvolvimento dual (Albuquerque, 2007). O padrão tecnológico é descolado da demanda geral da sociedade, havendo uma estrutura produtiva funcional e adequada para a péssima distribuição de renda do País. Isto causa o que Furtado denominava como um processo de causação circular em que a base produtiva reforça a má distribuição de renda, tendo ainda, segundo minha percepção, um impacto negativo nível de organização política e da própria sociedade.

2- A magnitude e a orientação das inovações e da difusão do progresso técnico estão na raiz dos modelos nacionais de desenvolvimento. De um lado, as relações de dependência e a hierarquização econômica e de poder entre os países estão associadas, no presente, a quem detém (ou não) os conhecimentos produtivos essenciais aos paradigmas tecnológicos dominantes no mundo contemporâneo (tecnologias de informação em bens e serviços, biotecnologia, química fina, novos materiais, equipamentos, etc.). De outro lado, a transposição direta deste padrão tecnológico-produtivo para os países da periferia, desdobra a dualidade verificada na arena internacional para dentro das sociedades locais, reforçando a situação da desigualdade no acesso e no descompasso entre a estrutura da oferta e da demanda da sociedade. Em países como o Brasil, esta dinâmica das inovações e do conhecimento acentuam e se mostram funcionais para um nível de desigualdade da renda muito perverso.

É nesta perspectiva analítica que se coloca a capacidade de aprendizado e de inovação em âmbito produtivo como fatores críticos para o desenvolvimento. Apesar do modismo que o tema envolve, não se está discutindo inovação porque é bonito, porque é moderno ou mesmo porque as empresas que lideram o mercado mundial são intensivas em conhecimento e inovação. O que se está discutindo é a dinâmica e os rumos de um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, remetendo necessariamente para pensarmos qual o padrão tecnológico e quais os rumos e

necessidades de transformação na base produtiva que uma sociedade dinâmica e menos desigual requer. Era esta a questão central de corte estruturalista!

O avanço do País no desenvolvimento com equidade envolve uma grande diferenciação do sistema produtivo (o que caracteriza a inovação) e uma forte expansão do mercado interno de massa (tema “dinossáurico” para o pensamento liberal), incorporando segmentos enormes da população que estão excluídos. É óbvio que esta base nacional pode ser uma alavanca para as exportações, o que é crítico para a autonomia das políticas nacionais, inclusive na saúde. Todavia, é necessário colocar estas dimensões em seu devido lugar, caso contrário continuaremos repetindo “como papagaios” que a Índia é um exemplo a ser seguido, possuindo uma indústria farmacêutica competitiva, exportadora, tendo, como detalhe, um povo pobre e uma sociedade estratificada e excludente e um sistema de saúde muito inferior ao brasileiro. Definitivamente, ou a inovação está incorporada na mudança do padrão de desenvolvimento ou perde o sentido na perspectiva adotada.

A seguinte citação de Celso Furtado evidencia esta percepção da inovação como um processo de transformação econômica e social:

*“o desenvolvimento econômico pode ser definido como processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas, pré-existentes ou criadas pela própria mudança, são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas” (Furtado, 1964, apud Guillén, 2007, p. 143)*

Isto posto, o desenvolvimento econômico constitui um processo de mudança social e envolve uma diferenciação brutal da estrutura produtiva. É nesta dimensão que se coloca o tema do complexo produtivo ou industrial da saúde.<sup>2</sup> Em substância o que se está apontando é a necessidade de uma mudança profunda na estrutura econômica brasileira que permita, mediante um intenso processo de inovação, adensar o tecido produtivo e direcioná-lo para compatibilizar a estrutura de oferta

---

<sup>2</sup> O conceito de Complexo Industrial da Saúde (Gadelha, 2003), de fato, envolvia também a área de serviços, uma vez que esta passa a seguir o padrão industrial. Todavia, para evitar as confusões recorrentes, adotou-se o conceito de Complexo Produtivo para indicar a base de produção de bens e serviços e o de Complexo Industrial para os segmentos industriais que fazem parte do primeiro. Observe-se que são as atividades de serviços que estruturam todo o Complexo

com a demanda social de saúde. Aqui chegamos a uma visão alternativa do vínculo entre saúde e desenvolvimento. A saúde possui uma dupla dimensão na sua relação com o desenvolvimento. Numa primeira vertente, e concordando com o “consenso” já mencionado, é parte do sistema de proteção social, constituindo um direito de cidadania inerente ao próprio conceito de desenvolvimento. Numa segunda vertente, a base produtiva em saúde – de bens e serviços – constitui um conjunto de setores de atividade econômica que geram crescimento e possuem uma participação expressiva no PIB e no emprego (respectivamente, em torno de 8% e de 10% nos empregos formais qualificados) que podem representar uma diferenciação profunda da estrutura produtiva brasileira. Esta diferenciação, que representa um enorme esforço de inovação, é fundamental para viabilizar o consumo social de massa de bens e serviços, contribuindo para dotar o País de uma base produtiva adequada para uma sociedade mais equânime.

Nesta direção, os anos 90 foram uma tragédia para nossa base produtiva e de inovação em saúde em um duplo sentido. Por um lado, nos tornamos mais dependentes nos segmentos de maior densidade de conhecimento, com o déficit comercial saltando de US\$ 700 milhões no final dos anos 80 para mais de US\$ 4 bilhões no presente (Gadelha, 2006 e levantamento junto a SECEX/MDIC). Se incorporarmos outros segmentos ainda não trabalhados no complexo (intermediários da cadeia produtiva farmacêutica, por exemplo) e os pagamentos pela transferência de tecnologia em saúde, chega-se a um grau de dependência em torno de US\$ 6 bilhões. Isto é uma questão de saúde ao tornar nossa política social estruturalmente vulnerável, uma vez que as assimetrias no conhecimento e na inovação não se reverterem facilmente! Por outro lado, o que produzimos e inovamos no País parece estar, em grande parte, descolado das necessidades do Sistema de Saúde ou reproduzindo a desigualdade em seu interior.

Assim sendo, as idéias que permeiam a noção de Complexo Produtivo da Saúde constituem um esforço para costurar o elo saúde-desenvolvimento retomando uma perspectiva estruturalista contemporânea que incorpora os dois grandes pontos frágeis de nosso modelo de desenvolvimento: uma estrutura produtiva pouco densa em conhecimento – agora a assimetria não é mais entre indústria e agricultura, mas

sim entre atividades densas em conhecimento e atividades sem grande valor agregado - e um sistema econômico e social desigual e excludente.

O desafio que se coloca para um aprofundamento da Reforma Sanitária em bases contemporâneas é o de pensar, articular e implementar, a um só tempo, os princípios constitucionais de universalização, de equidade e de integralidade do sistema de saúde com uma transformação profunda da base produtiva, tendo o Complexo da Saúde como um elo forte e estratégico da economia brasileira. Esta transformação implica em elevar o peso dos segmentos produtivos de bens e serviços de saúde que atendem demandas sociais e que incorporam um grande potencial de inovação e de transformação nos novos paradigmas tecnológicos.

Com isto, supera-se o tratamento “insulado” e setorial da saúde e o debate (restrito) em torno de sua funcionalidade para o crescimento, inserindo a área de modo endógeno no debate político sobre o padrão de desenvolvimento desejado para nosso País. Esta perspectiva pode implicar tanto na simplificação de diversas tecnologias utilizadas no sistema quanto em sua complexificação, chamando a atenção para não cairmos nas “armadilhas” da tecnologia apropriada, da concentração dos esforços apenas na atenção básica e nos produtos tropicais ou negligenciados (reconhecendo-se, obviamente, a importância de todas estas áreas). Para sermos coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os requerimentos dos novos paradigmas tecnológicos, a definição das tecnologias estratégicas para o País não pode permitir a segmentação entre práticas sofisticadas e adequadas para alguns e práticas “simples” para a maioria de nossa população.

Esta dimensão que associa o econômico, o social e o político – ou seja, a dimensão de economia política – se aplica tanto para pensarmos a desigualdade de renda entre as pessoas quanto para o desenvolvimento regional (mais uma vez, esta questão estava na agenda prioritária de Celso Furtado). Se pensarmos a regionalização da saúde a partir configuração da rede do serviço de saúde no território brasileiro, cuja estrutura de oferta “congela” o padrão desigual da atenção à saúde, coloca-se a necessidade de se pensar uma estruturação da base produtiva de serviços que não seja reprodutora de desigualdades. Mais uma vez, “por dentro” da questão geral do desenvolvimento (em sua dimensão territorial) a saúde “mostra sua face” como parte do modelo histórico adotado.

Não somos apenas atrasados frente aos países desenvolvidos, somos um País com desigualdades regionais internas das mais expressivas do mundo. Isto implica em alterar, via política de investimentos, a estruturação espacial de nossa base produtiva. E mais, atualizando a agenda, a escala macrorregional se mostra totalmente insuficiente para uma política nacional de regionalização da saúde associada ao desenvolvimento. A desigualdade é, de fato, observada nas macrorregiões – nas quais a situação crítica é o Norte e o Nordeste, mas também é gritante no interior dos Estados e das regiões desenvolvidas e esta situação não muda sem uma visão e indução nacional. Ou será que o noroeste fluminense, o Vale do Ribeira, o oeste do Paraná, o Vale do Jequitinhonha e a Metade Sul do Rio Grande do Sul ficam no Norte e no Nordeste? Se saúde está relacionada ao desenvolvimento da forma estrutural proposta, a dimensão territorial se mostra crítica e endógena ao padrão nacional, sendo ponto de partida e um dos elementos-chave de sua transformação.<sup>3</sup>

Voltando à dimensão mais geral das questões colocadas na agenda nacional de desenvolvimento, avançar em saúde é também enfrentar o hiato da sociedade do conhecimento. Há autores brasileiros, como José Cassiolato e Helena Lastres, do Instituto de Economia da UFRJ, que indagam se estamos na sociedade do conhecimento ou na sociedade da ignorância, porque há uma grande divisão nos potenciais de aprendizado (muito mais forte do que a divisão digital) entre os países e as regiões. A saúde também tem a ver com esta questão. Todos os novos paradigmas tecnológicos que marcam a nova assimetria global se expressam de modo importante na área, com destaque para a biotecnologia, a química fina, os novos materiais, a eletrônica e todo conjunto, pouco ressaltado, de práticas médicas nos serviços, altamente intensivas em conhecimento, e com vínculos precários com uma nova estratégia de desenvolvimento centrada na equidade.

Para dar uma idéia da dimensão desta questão, a saúde é a área mundial que concentra os maiores esforços em pesquisa e desenvolvimento do mundo em conjunto com o Complexo Industrial Militar. O levantamento efetuado pelo Fórum de Pesquisa global em Saúde indica que ela responde isoladamente por 20% de toda

---

<sup>3</sup> O tema da regionalização da saúde está sendo trabalhado com mais detalhe num artigo em conjunto com Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Vargas de Faria Baptista, fruto de um trabalho efetuado para o CGEE e para o Ministério do Planejamento sobre a territorialização do PPA.

despesa mundial com pesquisa e desenvolvimento tecnológico (US\$ 135 bilhões em valores atualizados), sendo que apenas entre 3% e 4% são realizadas nos países de média e baixa renda *per capita*. Ou seja, a questão geral que divide hoje as nações entre o mundo desenvolvido e os “outros mundos” se expressa de forma ultra relevante na área da saúde, evidenciando que somos parte não autônoma de um determinado modelo.

Do ponto de vista da organização política da sociedade para um novo modelo, que necessariamente envolve interesses e lutas por poder na relação entre as pessoas e grupos sociais e no território, a saúde também possui um vínculo intrínseco. A organização política da saúde tanto reflete e reforça as desigualdades existentes quanto constitui um espaço estratégico de fortalecimento da organização da sociedade, sendo notório seu potencial para gerar participação democrática e arranjos sociais com potencial transformador.

Concluindo, articular saúde e desenvolvimento “para valer” remete para a necessidade de pensar o padrão geral de desenvolvimento brasileiro e como ele se expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Isto não constitui uma perda de foco sobre o tema saúde, mas sim reconhecer que somos parte de um determinado sistema capitalista, de um País periférico e dependente e com uma estrutura social e econômica desigual e com fragilidades estruturais marcantes.

Com esta perspectiva, podemos entrar no debate nacional sobre o desenvolvimento não como pedintes que, em troca, dizem, “saúde é bom para o crescimento e no final vai dar retorno”. Ao contrário, propõe-se assumir que somos parte deste processo e as perspectivas de transformação nacional também existem e se refletem na saúde tanto em sua dimensão política e social quanto em sua dimensão econômica. Mais ainda, no âmbito de um novo modelo de desenvolvimento, a saúde constitui uma das atividades em que é possível – se bem que não necessariamente – articular a busca de equidade social e regional com o dinamismo econômico a longo prazo, que caracterizam o processo de desenvolvimento de um ponto de vista substantivo.

Talvez a gente esteja numa fase de construção de uma nova utopia sobre um novo modelo de desenvolvimento. As novas propostas sobre o desenvolvimento estão muito caladas ou tímidas. Sabemos que tudo isto aqui é muito difícil, distante, mas é

preciso. Torna-se necessário que as energias mobilizadoras da sociedade brasileira sejam motivadas por novas utopias e projetos de País. Na realidade, após a crise do padrão de desenvolvimento do pós-guerra e das experiências neoliberais na política nacional, o momento se mostra adequado para se recolocar as bases de um novo pacto político, social e econômico, pensando-se a retomada da perspectiva de se construir um Estado de Bem-Estar contemporâneo no País, que recupere as antigas promessas jamais implementadas e que enfrente os novos desafios.

Este texto de Celso Furtado (2004, apud Saboia, 2007, p. XXIV) permite expressar, com seu brilhantismo, a perspectiva adotada:

*“Forçar um país que ainda não atendeu às necessidades mínimas de grande parte da população a paralisar setores mais modernos em economia, a congelar investimentos em áreas básicas como saúde, educação, para que se cumpram metas de ajustamentos de balanço de pagamento impostas por beneficiários das altas taxas de juros, é algo que escapa a qualquer racionalidade.*

*Compreende-se que esses beneficiários defendam seus interesses. O que não se compreende é como nós mesmos não defendamos com idêntico empenho o direito de desenvolver o País... A experiência nos ensinou amplamente que, se não se atacam de frente os problemas fundamentais, o esforço de acumulação tende a reproduzir, agravado, o mau-desenvolvimento. Em contrapartida, se conseguirmos satisfazer essa condição básica que é a reconquista de ter uma política de desenvolvimento, terá chegado a hora da verdade para todos nós.”*

## Bibliografia

- Albuquerque, EM (2007) – ‘Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social.’ In: Saboia, J. & Carvalho, FJC (orgs) (2007) – *Celso Furtado e o Século XXI*. Barueri/SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ (pp. 181-204).
- Acemoglu, D & Johnson, S (2006) – “Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth”. *Journal of Economic Literature*, 110, 040, J11.
- Deaton, A (2006) – “Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies”. Research Program in Development Studies. Center for Health and Wellbeing. Princeton University. WIDER annual Lecture, Helsinki, September 29<sup>th</sup>.
- Gadelha, CAG (2006) - “Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial”. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (n. especial): 11-23, 2006.
- Gadelha, CAG (2003) – “O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 2(8): 521-535.
- Guillén R., A (2007) – “A necessidade de uma estratégia alternativa de desenvolvimento no pensamento de Celso Furtado”. In: Saboia, J. & Carvalho, FJC (orgs) (2007) – *Celso Furtado e o Século XXI*. Barueri/SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ (pp 139-166).
- Hsiao, W & Heller, PS (2007) – “What should macroeconomists know about health care policy? IMF Working Paper WP/07/13. Washington: International Monetary Fund.
- Saboia, J (2007) – “Celso Furtado e os desafios atuais do desenvolvimento”. In: Saboia, J. & Carvalho, FJC (orgs) (2007) – *Celso Furtado e o Século XXI*. Barueri/SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ (pp. XXIII – XXVI).
- Saboia, J & Carvalho, FJC (orgs) (2007) – *Celso Furtado e o Século XXI*. Barueri/SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ.
- Sen, A (2004) – Teorias del desarrollo a principios del siglo XXI. Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Etica y Desarrollo – [www.iadb.org/etica](http://www.iadb.org/etica).
- Viana, ALA; Silva, HP; e Elias, PE (2007) – “Economia política da saúde: introduzindo o debate”. *Divulgação em Saúde para Debate*, nº31, pp. 7-20, Janeiro de 2007..
- Weil, D (2006) – “Accounting for the effect of health on economic growth”. Brown University and NBER. Texto baixado na internet, provavelmente ainda não publicado.



World Health Organization (2001) – *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO