

MYRDAL CONTRA WINSLOW: ORIGENS E CONCEITOS CENTRAIS DE UMA POLÊMICA INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Roberto Passos Nogueira¹

1 INTRODUÇÃO

Por ocasião da V Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1952, ocorreu um importante confronto de ideias acerca da relação entre saúde e desenvolvimento. De um lado, encontrava-se o bacteriologista e sanitarista norte-americano Charles-Edward Winslow, e, de outro, o economista sueco Gunnar Myrdal, que era então secretário executivo da Comissão Econômica para a Europa e que, nesse evento, também representava o secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Trygve Lie.

A tese de Winslow centrava-se na ideia de que há um círculo vicioso entre doença e pobreza: os pobres adoecem mais porque são pobres e tornam-se mais pobres porque adoecem. Tal círculo vicioso somente poderia ser rompido quando as autoridades sanitárias de cada país aplicassem sistematicamente técnicas de prevenção e de tratamento mediante uma rede de assistência médico-sanitária voltada para os grupos populacionais mais pobres.

Por sua vez, a tese de Myrdal baseava-se em sua conhecida teoria da causalidade cumulativa: as condições de saúde da população pobre dependem de um conjunto de fatores econômicos e sociais que podem se potencializar entre si, tanto em sentido negativo quanto positivo. Neste caso, a questão estava em como conceber intervenções sociais e econômicas com efeito final o mais positivo possível. O que Myrdal defendia era a necessidade de um processo de desenvolvimento nacional voltado para a superação das condições de pobreza. Ao se contrapor à análise do norte-americano Winslow, Myrdal estava orientado por um estudo que realizara acerca das melhorias progressivas das condições de vida da população negra dos Estados Unidos e de seus impactos favoráveis à redução dos preconceitos por parte da população branca.

O presente artigo tem um cunho historiográfico e não ambiciona realizar qualquer tipo de incursão disciplinar no campo das teorias do desenvolvimento. O que pretende mostrar é que o viés “sanitarista” da OMS conduziu essa organização a abraçar uma interpretação socialmente reducionista da relação entre pobreza, doenças transmissíveis e desenvolvimento. Aparentemente, os sanitaristas da OMS, devido à sua formação profissional, estavam motivados a apoiar imediatas ações pragmáticas de cooperação internacional no combate a doenças transmissíveis e tinham dificuldades para assimilar a lógica das mudanças estruturais, politicamente complexas e de longo prazo, preconizadas por Myrdal.

2 OS PRINCÍPIOS INSTITUCIONAIS DA OMS E SUA POSIÇÃO DIANTE DA QUESTÃO DO DESENVOLVIMENTO

A OMS foi criada em 1948 por iniciativa da Comissão Econômica e Social da ONU, e o primeiro princípio de sua constituição pode ser lido como estabelecendo um amplo compromisso com o desenvolvimento: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste

1. Técnico de planejamento de pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2006). Por certo, uma concepção de tal amplitude exigiria a adoção não apenas de políticas e ações específicas de saúde, mas a implantação gradual de políticas sociais e econômicas que pudessem se fortalecer mutuamente, dando lugar a um processo continuado de desenvolvimento nacional. Tal processo poderia, inclusive, culminar no estabelecimento de um Estado de bem-estar, como aconteceu, de fato, em alguns países europeus em décadas posteriores, embora esse objetivo tenha se revelado inalcançável para a grande maioria dos países do mundo.

Consta também da constituição da OMS a afirmação de que a cooperação internacional para o combate às doenças transmissíveis é algo que interessa a todos os países, dado que “o desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e ao combate às doenças, especialmente as contagiosas, constitui um perigo comum” (WHO, 2006). Foi este princípio que deu origem ao objetivo institucional prioritário da OMS em seu nascedouro, que era o controle global das doenças transmissíveis. Entendia-se que os países-membros da OMS deveriam empreender iniciativas coordenadas nesse campo, na medida em que os agentes dessas doenças facilmente atravessavam as fronteiras internacionais, ocasionando graves prejuízos sociais e econômicos a todos.

Desde logo, ficou clara a contradição entre, de um lado, a definição muito abrangente de saúde como bem-estar completo e, de outro, as prioridades da cooperação técnica internacional da OMS, voltadas exclusivamente para o controle das doenças transmissíveis. A ação de controle focalizado das doenças transmissíveis, ou seja, limitada a uma população de determinada área geográfica, foi reconhecida pelos sanitaristas da OMS como tendo êxito garantido e custo relativamente reduzido. Entendia-se que o papel dessa organização internacional era dar um bom exemplo, criando uma espécie de programa “padrão”, que pudesse ser reproduzido de modo ampliado pelos governos nacionais usando seus próprios recursos. Tanto é assim que, na Assembleia Mundial da Saúde de 1951, o ministro da Saúde dos Estados Unidos, Leonard Scheele, afirmou que as iniciativas de cooperação internacional encetadas diretamente pela OMS haviam motivado ações similares por parte dos países com uma magnitude trinta vezes maior.

3 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DO DEBATE

Winslow iniciou sua exposição na OMS exaltando o “grande despertar sanitário” produzido pelo relatório de Edwin Chadwick, de 1842, acerca das condições sanitárias da população trabalhadora britânica. Chadwick foi secretário particular e discípulo de Jeremy Bentham, o pai do utilitarismo como concepção filosófica e econômica. Assim, a compreensão de que é possível e necessário melhorar as condições de vida dos pobres por meio das ações de controle das doenças transmissíveis relaciona-se com os ideais utilitaristas e com sua ênfase no objetivo de beneficiar o maior número possível de indivíduos.

As ideias de Winslow foram expostas em uma monografia publicada pela OMS (Winslow, 1951) sob o título *O Custo da Doença e o Preço da Saúde*, no qual menciona duas condições necessárias para o êxito das iniciativas de cooperação técnica da OMS:

a primeira é uma análise por cada país – em qualquer estágio de evolução que possa se encontrar – acerca dos problemas mais vitais que podem ser atacados com o máximo de resultados. A segunda é o desenvolvimento de programas cooperativos de assistência técnica em que as áreas mais afortunadas possam cooperar com as menos avançadas com vistas ao objetivo comum de um mundo mais saudável, próspero e pacífico (Winslow, 1951, p. 9-10).

Na parte final da frase, surge a noção de *prosperidade*, que tem um sentido muito particular no âmbito da cultura liberal americana. Essa noção foi elaborada com muita engenhosidade por Henry Ford (1967) em *Os Princípios da Prosperidade*, que foi traduzido ao português e prefaciado por Monteiro Lobato, que é também o autor da famosa historieta de Jeca Tatu, uma vítima da ancilostomose. Os pressupostos de Lobato são assemelhados aos de Winslow, já que acreditava que a combinação adequada entre tratamento e educação sanitária no combate às endemias poderia ser a base para a superação da condição de pobreza rural. Por meio dessa transformação das condições sanitárias, podem ser beneficiados o trabalhador, o patrão e o consumidor – todos saem ganhando, tornam-se prósperos, de acordo com a mesma fórmula usada por Ford.

Contudo, a noção liberal de prosperidade não pode ser considerada como sinônimo de desenvolvimento, pelo menos no sentido dado por Myrdal, que assumia uma orientação claramente socialdemocrata, conferindo ênfase à superação das desigualdades sociais como um todo.

Conforme consta dos registros oficiais da Assembleia da OMS de 1952, Myrdal inicia sua exposição destacando elogiosamente a experiência de cooperação técnica internacional dessa organização, que considerou como sendo um exemplo a ser seguido por outros órgãos da ONU. Mas, a tese que sustentou é claramente contrária à de Winslow, porque considerava que os elementos do sistema social (tais como condições de saúde, educação, emprego, alimentação e moradia) respondem, de modo positivo ou negativo, às mudanças dos outros elementos, e o importante é o comportamento final do sistema social como um todo. É o que afirma no ensaio *Les Aspects Économiques de la Santé*:

(...) se um dos elementos do nível de vida, por exemplo, o estado sanitário da população, começa a mudar, resulta igualmente uma mudança de todos os outros fatores e uma série de reações ao longo das quais as modificações aportadas à ação de um fator serão continuamente reforçadas pelas reações de todos os outros fatores[,] e assim por diante (Myrdal, 1952, p. 789-790).

A crítica de Myrdal ao esquema de círculo vicioso entre doença e pobreza de Winslow é que a ação sobre um único fator, tal como estado de saúde, não é suficiente para garantir a direção da mudança do sistema social como um todo. Para entender melhor essa posição é conveniente ter em consideração sua definição sintética de desenvolvimento como sendo “o movimento para cima do sistema social como um todo” (Myrdal, 1974, p. 729). Neste sentido, pode-se dizer que cooperação técnica internacional em saúde pública pode ajudar a controlar a incidência de malária em uma dada população rural, mas não é capaz, por si mesma, de empurrar o sistema social para cima. Por exemplo, se grande parte dessa população rural perde suas condições de trabalho devido a dificuldades de acesso à terra, nada garante que seu nível de saúde irá melhorar de fato, embora a malária e outras doenças transmissíveis possam estar perfeitamente controladas em um dado momento.

O fato de que Winslow exercia, no momento do debate, a função de consultor técnico da OMS veio a resultar no entendimento generalizado de que a tese sobre o círculo vicioso entre doença e pobreza tinha caráter oficial. Ao longo das décadas seguintes, os termos precisos desse debate perderam-se no que tange à contribuição de Myrdal. Suas complexas ideias acerca da relação entre saúde e desenvolvimento foram divulgadas em artigo publicado em uma revista francesa especializada em economia a que certamente poucos sanitaristas tiveram acesso. Como resultado, pode ser dito que as teses de Myrdal jamais foram incorporadas à cultura acadêmica da nova medicina social institucionalizada na Europa e na América Latina ao longo das décadas posteriores a esse debate. Alguns dos autores do campo acadêmico e político da medicina social europeia eram fortemente críticos em relação à tese oficial da OMS, como é o caso do italiano Giovanni Berlinguer, que teve forte influência no movimento da

reforma sanitária brasileira. Berlinguer (1978, p. 91) afirma que os sanitaristas da OMS entendiam ser “suficiente quebrar essa circularidade num ponto, o nível sanitário, para garantir uma espiral ascendente”; contudo, não faz qualquer menção à interpretação contrária apresentada por Myrdal.

4 MUDANÇA DE PRIORIDADE DAS POLÍTICAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE

A polêmica aqui retratada ocorreu em um determinado contexto institucional, marcado pela relevância do controle das doenças transmissíveis como objetivo prioritário das políticas internacionais de saúde. Os insumos necessários às campanhas de controle das doenças transmissíveis eram produzidos sob o regime econômico concorrencial: vacinas, penicilinas, pesticidas, vermífugos e vitaminas. Tais insumos e variados tipos de medicamentos podiam ser produzidos livremente pelas indústrias endógenas de cada país ou podiam ser aportados a baixo custo pela cooperação internacional.

O que mudou desde então? Primeiramente, mudou o objetivo prioritário das políticas internacionais de saúde. Desde 1986, quando ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, o grande objetivo da OMS passou a ser o controle das doenças crônicas não transmissíveis, também denominadas de “doenças do desenvolvimento”, que incluem, por exemplo, o câncer, o diabetes e os problemas cardiovasculares. Essa nova orientação implicou tanto o incentivo a campanhas nacionais de apelo à responsabilidade pessoal, para lidar cotidianamente com os fatores de risco relacionados a estilos de vida (obesidade, ociosidade, tabagismo, alcoolismo etc.), quanto o incentivo para que os governos nacionais adotem medidas de regulação dos ramos industriais de produtos associados ao risco de incidência dessas doenças (por exemplo, as indústrias de derivados de tabaco, bebidas alcoólicas, refrigerantes e agrotóxicos).

Ademais, a combinação entre envelhecimento progressivo da população e as sequelas incapacitantes deixadas pelas doenças crônicas faz aumentar notavelmente a proporção de pessoas com deficiência no conjunto da população. Estas pessoas necessitam de políticas públicas adequadas à sua condição particular não somente no âmbito dos cuidados de saúde, mas também em relação às inúmeras políticas públicas de promoção da acessibilidade.

Uma implicação economicamente muito relevante para as políticas de controle das doenças crônicas não transmissíveis é que, em geral, o tratamento dos doentes crônicos envolve um custo bastante elevado, devido a dois fatores principais: *i*) a necessidade de uso de medicamentos de alto custo vinculados a patentes industriais; *ii*) o tratamento preventivo e curativo por um longo período de tempo e, para alguns problemas, por toda a vida.

Pode-se dizer que é com base na combinação desses fatores que a indústria farmacêutica mundial conseguiu alcançar hoje um faturamento anual superior a US\$ 1 trilhão (Worldwide..., 2018). Essa cifra dá uma ideia da importância dessa indústria no âmbito da acumulação de capital sob o regime monopolista que vigora hoje em todo o mundo. Como integrante do regime de direitos de propriedade intelectual, a política de respeito às patentes de medicamentos só se tornou uma realidade graças às sucessivas rodadas diplomáticas de negociação encabeçadas pela Organização Mundial do Comércio (OMC) a partir de sua criação, em 1995.

Na década de 1950, Myrdal e outros economistas da ONU perguntavam sobre o que o desenvolvimento social e econômico poderia fazer pela saúde da população pobre. Hoje parece que a pergunta foi invertida, devido aos grandes interesses econômicos investidos nesse campo: o que a saúde de todos os grupos sociais pode fazer pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica mundial, que é, reconhecidamente, uma das pontas da economia global de inovação tecnológica?

Contudo, uma parte considerável do consumo de medicamentos para doenças crônicas, especialmente no campo dos problemas de saúde mental, é desnecessária, abusiva e imposta diretamente pelos interesses da grande indústria farmacêutica (*big pharma*), conforme tem sido denunciado pela própria OMS. Neste caso, o grande avanço que se espera no futuro próximo é uma competente e inovadora regulação do mercado de medicamentos por parte das instituições governamentais.

5 CONTINUIDADE DA LINHA DE PESQUISA

A reflexão de caráter essencialmente historiográfico encetada neste artigo terá continuidade por meio de uma linha de pesquisa que deverá analisar os seguintes tópicos:

- o pensamento de Gunnar Myrdal sobre saúde e desenvolvimento, de modo a cotejá-lo com a ideia liberal de prosperidade, defendida por Winslow e, no Brasil da década de 1920, por Monteiro Lobato;
- o estudo de cunho demográfico acerca dos “custos da doença” escrito por sanitaristas brasileiros que estiveram presentes ao debate da Assembleia Mundial da Saúde de 1952, cujo teor só foi divulgado recentemente;
- o pensamento de Mário Magalhães da Silveira, médico e demógrafo, professor de cursos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e patrono do assim chamado *sanitarismo desenvolvimentista*;
- a posição do médico Josué de Castro na década de 1950, para quem o subdesenvolvimento era sinônimo de fome e produto de uma “colonização desenvolvimentista”, interna ou externa a cada país;
- os conceitos e os objetivos de políticas públicas que relacionam o desenvolvimento socioeconômico com a melhoria das condições de vida das pessoas com deficiência, segundo o pensamento de Amartya Sen, Martha Nussbaum e de lideranças teóricas do movimento social dessa área;
- desafios para uma estratégia de inovação da política pública de regulação de medicamentos, com foco no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- FORD, H. **Os princípios da prosperidade**. Tradução de Monteiro Lobato. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1967.
- MYRDAL, G. Les aspects économiques de la santé. **Revue Économique**, v. 3, n. 6, p. 785-904, 1952. Disponível em: <<https://goo.gl/a9DuRF>>. Acesso em: 9 set. 2018.
- _____. What is development? **Journal of Economic Issues**, v. 8, n. 4, p. 729-736, 1974. Disponível em: <<https://goo.gl/4ASbtc>>. Acesso em: 9 set. 2018.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/JudnfQ>>. Acesso em: 18 set. 2018.

WINSLOW, C.-E. A. **The cost of sickness and the price of health**. Geneva: WHO, 1951. (Monograph Series, n. 7). Disponível em: <<https://goo.gl/1FJXAu>>. Acesso em: 9 set. 2018.

WORLDWIDE forecast of pharmaceutical expenditures in 2017, by country (in million U.S. dollars). **Statista**, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/u4bXL7>>. Acesso em: 9 set. 2018.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FORD, H. **Minha vida e minha obra**. Tradução e prefácio de Monteiro Lobato. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1972.

LOBATO, M. **Urupês**. Porto Alegre: Editora Globo, 2012.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Official Records of the World Health Organization, n. 35. *In*: WORLD HEALTH ASSEMBLY, 4., 1951, Geneva. **Annals...** Geneva: WHO, 1951. Disponível em: <<https://goo.gl/fj3J4d>>. Acesso em: 9 set. 2018.

_____. Official Records of the World Health Organization, n. 42. *In*: WORLD HEALTH ASSEMBLY, 5., 1952, Geneva. **Annals...** Geneva: WHO, 1952. Disponível em: <<https://goo.gl/HdeP5R>>. Acesso em: 9 set. 2018.