

A saúde na política nacional de desenvolvimento um novo olhar sobre os desafios da saúde

Carlos Augusto Grabois Gadelha
Laís Silveira Costa

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GADELHA, CAG., and COSTA, LS. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 103-132. ISBN 978-85-8110-015-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**A Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento:
um olhar sobre os desafios da saúde**

A SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO: UM NOVO OLHAR SOBRE OS DESAFIOS DA SAÚDE¹

*Carlos Augusto Grabois Gadelha
Laís SilveiraCosta*

1 | INTRODUÇÃO

O objetivo central deste texto é identificar e analisar a relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento no Brasil e as dinâmicas que reforçam e limitam a política de saúde no País. Busca também apontar desafios para a consecução dos objetivos sociais estabelecidos pela política nacional de saúde, ressaltando o papel da saúde em uma proposta de desenvolvimento que articule as vertentes econômica e social.

Intenciona, assim, contribuir para a construção de uma agenda que permita atualizar os grandes desafios da reforma sanitária brasileira, considerado o contexto contemporâneo de globalização assimétrica, da revolução tecnológica em curso, de exaustão do modelo econômico hegemônico de mudança no perfil epidemiológico e sociosanitário da população brasileira, impondo novos desafios.

Para tal objetivo, adotam-se, neste trabalho, uma abordagem sistêmica para o entendimento dos dois campos aqui estudados, justamente por traduzirem, em seu cerne, a relação de causalidade que interessa aqui identificar: qual é o papel da saúde para a promoção e sustentabilidade do desenvolvimento nacional? E, como o padrão de desenvolvimento nacional pode fomentar ou erguer barreiras ao sistema de saúde brasileiro?

Além da sua importância para a seguridade social, a saúde, como fator básico de cidadania, é parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento. Ademais, possui características, cada vez mais evidenciadas, que a colocam como área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional em outras dimensões, além da social, como por exemplo: (I) a econômica e tecnológica, uma vez que alavanca

1 Os autores agradecem a colaboração dos demais pesquisadores do Grupo de Inovação em Saúde da Fiocruz, em especial de Taís Borges e Paula Burd, pelos seus comentários e contribuição na sistematização final deste artigo.

aproximadamente 9% do PIB brasileiro e articula a geração e difusão de tecnologias de futuro; (II) a democrática, por ser um dos campos mais institucionalizados de participação social em sua gestão; e; (III) a territorial e regional dado que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional (Gadelha e Costa, 2012a).

Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população” (Viana e Elias, 2007,p.1766). Isto pode ser observado a partir da recente institucionalização do caráter central da saúde na agenda de desenvolvimento nacional, conforme ilustra a escolha do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) como uma das áreas prioritária no Programa Brasil Maior da Presidência da República, para citar um exemplo.

Tal fato aponta para a inadequação do tratamento insulado da mesma, ou seja, restrito ao setor saúde, dado que subestima seu impacto tanto sobre a qualidade de vida do cidadão brasileiro, quanto sobre as demais variáveis críticas do desenvolvimento.

Tampouco é adequada a abordagem da economia da saúde, uma vez que resume a relação entre saúde e desenvolvimento à visão de que essa deve ser apoiada por ser um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos e (ou) porque tem potencial para gerar um efeito indireto sobre o crescimento econômico.

Tanto o tratamento insulado quanto um olhar multidisciplinar, porém essencialmente funcionalista da saúde, excluem da agenda variáveis centrais para a análise, como o padrão de desenvolvimento nacional, a fragilidade da base produtiva da saúde nacional, os limitantes à universalização e integralização do acesso que não residem no setor saúde, mas afetam a prestação da mesma, dentre outros.

A relevância do aprofundamento da análise da relação entre saúde e desenvolvimento pauta-se, de forma mais explícita, pela constatação de que mais de vinte anos se passaram desde a implementação do SUS e, em que pesem os avanços observados, grande parte da população, particularmente aquela residente em regiões remotas ou com piores condições socioeconômicas, não tem acesso a serviços de saúde de qualidade (Machado *et al.*, 2009; Viana e Machado, 2008; Gadelha *et al.*, 2012).

Portanto, faz-se necessário repensar a saúde retomando e atualizando a abordagem estruturalista que privilegia os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira, sua inserção internacional, assim como sua relação com uma difusão extremamente assimétrica do progresso técnico e, nos termos atuais, do conhecimento e do aprendizado, dissociados das necessidades locais.

Pelas questões expostas, utiliza-se o arcabouço teórico conceitual da economia política da saúde para a análise aqui apresentada, politizando o debate e trazendo luz às tensões que precisam ser enfrentadas entre os interesses sociais e os econômicos envolvidos na agenda da saúde. Viana, Silva e Elias (2007) advogam a adequação deste arcabouço, dado que contempla a complexidade da relação da saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital, categorias analíticas fundamentais para o seu entendimento.

Assim, visando aprofundar essa análise crítica e pensar o desenvolvimento e os desafios postos para a saúde, estruturou-se esse texto em sete tópicos. Além dessa introdução, o segundo tópico trata da evolução da abordagem teórico-metodológica na análise da relação entre desenvolvimento e saúde. A terceira seção apresenta a conceituação das duas variáveis em análise e, a partir disto, problematizam o relacionamento das mesmas.

Em seguida, a seção 4 trata do processo de institucionalização do reconhecimento do protagonismo da saúde na política de desenvolvimento nacional. No tópico seguinte, são apresentados os impactos desta recente articulação entre saúde e desenvolvimento, referentes à melhoria de condições de saúde e acesso da população e à retomada da política industrial para a área de saúde. A sexta seção traz os desafios estratégicos para a concretização da saúde como direito universal e como fator estratégico para o desenvolvimento socioeconômico nacional e para a superação da vulnerabilidade estrutural do Brasil. Por fim, são feitas algumas considerações conclusivas.

2 | RELAÇÃO SISTEMÁTICA ENTRE OS CAMPOS: UMA VISITA AOS CONCEITOS

Na análise da dinâmica que inter-relaciona saúde e desenvolvimento, enfatiza-se a necessidade de evitar um olhar essencialmente funcionalista da política social, pois este referencia uma indesejada relação hierárquica entre o social e econômico, como o faz a abordagem tradicional da economia da saúde. De forma análoga, vale ressaltar a necessidade de partir de conceituações mais abrangentes, tanto no que diz respeito ao “desenvolvimento”, como à “saúde”.

Em relação ao primeiro, é reconhecida a inadequação do uso dos conceitos de “crescimento econômico” e “desenvolvimento” como sinônimos, uma vez que o primeiro é apenas uma das dimensões do segundo, conforme afirmou Schumpeter (1912, p.47): “não será designado aqui como um processo de desenvolvimento o mero crescimento da economia (...) pois isso não suscita nenhum fenômeno qualitativamente novo (...).” (Schumpeter, 1912).

Furtado (1964, p. 27) acrescenta ainda que 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 [por meio] de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas.

Compreende-se, ademais, o desenvolvimento “em termos da universalização e do exercício efetivo de todos os direitos humanos: políticos, civis e cívicos; econômicos, sociais e culturais; bem como os direitos coletivos ao desenvolvimento, ao ambiente etc.” (Sachs, 2004: 37). O desenvolvimento deve contemplar, portanto, vertentes sociais e ambientais, além das econômicas, e, no caso brasileiro — país com dimensões continentais e marcado por iniquidades regionais —, também territoriais, de modo a garantir a sustentabilidade do exercício da potencialidade e bem-estar humanos.

Já em relação à saúde, destaca-se sua importância social (com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população) dado que é um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social brasileiro — uma vez que universalização desses direitos, marcando a desmercantilização do acesso, foi determinada na Constituição de 1988.

Entretanto, e de forma análoga a uma conceituação mais abrangente de desenvolvimento, a importância da saúde não se restringe aqui à sua função social. Deve-se considerar também a participação da saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo nacional, perfazendo 9% do PIB, observada no consumo final de bens e serviços. Além disto, de acordo com Gadelha e Costa (2010), no que tange ao seu impacto no emprego, não somente as ocupações diretas em saúde cresceram 22% no período entre 2003 e 2007 — chegando a 4,2 milhões, enquanto as ocupações totais da economia cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009); como também 10% do total de empregos qualificados estão ocupados pelo sistema produtivo da saúde.

Apesar de os aspectos estritamente sociais e econômicos da saúde serem essenciais, eles não são suficientes para a análise aqui pretendida, por isso propõe-se uma abordagem sistêmica do papel da saúde na trajetória de desenvolvimento nacional.

Neste sentido, é importante ressaltar a particular relevância da saúde para a geração de inovação, dado ser um dos maiores focos de investimento de P&D no mundo, em um contexto em que a inovação configura-se como grande diferencial na capacidade competitiva nacional em ambiente globalizado (Guimarães, 2006; Albuquerque, 2007). Fato este corroborado por Guimarães (2005), ao afirmar que a

saúde é responsável por ¼ do esforço nacional em pesquisa, situando-a em posição de liderança, no que tange ao investimento em P&D para a geração de conhecimento (Gadelha e Costa, 2007; Draibe, 2007).

Assim, o complexo da saúde mostra-se como importante catalizador de inovação, graças à relação sistêmica estabelecida em seu cerne entre os serviços em saúde e os segmentos industriais de base biotecnológica, química, mecânica, eletrônica e de equipamentos. Estes são segmentos portadores de futuro e, como tais, são cruciais para alcançar autonomia tecnológica, fator essencial para reverter estágios mais atrasados de desenvolvimento de uma nação.

O fortalecimento da base produtiva da saúde é essencial também para reverter a vulnerabilidade a que hoje está exposto o SUS, dado o envelhecimento da população e os custos crescentes pautados por novas e complexas tecnologias, a dependência externa dos produtos do complexo da saúde, em especial ao se considerar as características da população brasileira e do sistema sanitário nacional. De forma análoga, condições gerais socioeconômicas, a exemplo da infraestrutura instalada, acesso a serviços básicos, condições ambientais, entre outros, impactam sobremaneira a saúde da população. Ressalta-se, desta forma, a clara interdependência que saúde e desenvolvimento exercem entre si. E revela-se o papel da saúde sobre a formação de ambiente socioinstitucional capaz de induzir o investimento.

O caráter estratégico da saúde fica ainda mais evidente no cenário internacional a partir da progressiva e lenta mudança no paradigma geopolítico, em que se observa maior protagonismo da área da ciência, da tecnologia e da inovação. Assim, Gadelha *et al.* (2009) reafirmam a influência da saúde em agendas diversas da arena internacional.

Ainda no que tange à geopolítica internacional, deve-se atentar para seu impacto sobre o grau de amadurecimento e evolução da institucionalidade das relações internacionais nas fronteiras brasileiras, dado que a saúde tem sido um dos principais temas estruturantes da integração nas regiões fronteiriças².

Gadelha *et al.* (2009) enfatizam ainda o seu envolvimento no complexo arranjo político institucional, nacional e internacional, relacionando as diversas esferas de governo, fator importante dadas as assimetrias socioeconômicas em território nacional.

E por fim, para citar as interfaces mais marcantes desta relação no caso brasileiro, dadas suas dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional, a saúde destaca-se ainda como elemento estruturante da ocupação

2 A relevância deste fato decorre de que 30% do território nacional encontra-se na faixa de fronteira (Gadelha e Costa, 2007).

territorial. Ela é essencial para a organização das redes urbanas e a delimitação de escalas e limites territoriais, reunindo elementos centrais para o planejamento e implementação de novas políticas de desenvolvimento nacional não concentradas territorialmente (Gadelha *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2006).

É, portanto, a partir da conceituação mais ampla tanto de desenvolvimento (que pressupõe sua sustentabilidade e uma articulação virtuosa entre as variáveis econômicas e sociais) quanto de saúde (observadas suas dimensões e impactos além daqueles tradicionais circunscritos ao setor social); e da análise dos setores que pautam a competitividade e desenvolvimento em um ambiente geopolítico marcado por um processo de globalização assimétrico e intenso, que se parte para analisar o estágio evolutivo do reconhecimento macropolítico do caráter estratégico do complexo da saúde na agenda de desenvolvimento nacional.

3 | RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: UM BREVE OLHAR HISTÓRICO SOBRE O ARCABOUÇO TEÓRICO

Somente a partir da década de 1980 é que as relações entre saúde e desenvolvimento passaram a ser investigadas mais sistematicamente, apoiando-se, sobretudo, na abordagem da economia da saúde. Apesar de seu importante papel para o reconhecimento do caráter estratégico do campo, tal abordagem é considerada inadequada, uma vez que o conceito de utilidade utilizado por ela não se aplica à saúde, em função do caráter de essencialidade da mesma.

Na realidade, a intermediação da saúde encontra-se dentro, mas também fora, da lógica de mercado, aspecto não problematizado suficientemente por esta linha teórica. Tal abordagem, ao subordinar as questões sociais às econômicas, se mostra insuficiente para explicar a complexidade dessa relação, cuja institucionalidade é pública e privada a um só tempo, tornando imprescindível análise de variáveis diversas de diferentes setores da economia e categorias distintas de intervenção pública.

A análise da complexidade da saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital não é trivial. Envolve interesses de atores diversos que figuram no cenário político com forças assimétricas. Marques (1997) pontua o relevante papel não somente do capital e do Estado, como também dos agentes estatais e das comunidades de classes, assim como o poder de veto dos arranjos institucionais, abordando a questão do contingenciamento do processo político. Ressalta que não é suficiente conhecer os interesses em jogo na arena política, sendo necessário compreender como estes se articulam para exercer influência no resultado final da política.

É justamente a necessidade de acomodar a inerente tensão entre interesses da base produtiva e de condições de cidadania que aponta para a importância de

incorporar variáveis da ciência política para sua análise. É a partir deste reconhecimento, assim como em função de suas categorias analíticas — a saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital —, que se propõe o resgate da visão da economia política da saúde. Ao ampliar as variáveis que relacionam desenvolvimento e saúde, esta abordagem teórica permite elaborar uma base analítica e metodológica da relação entre saúde e desenvolvimento para a formulação da política nacional de saúde.

Assim, parte-se de uma abordagem histórica e sistemática das relações entre saúde, desenvolvimento e proteção social no Brasil, incluindo elementos fundamentais nesta relação como a organização do Estado, a questão territorial e as especificidades das políticas de saúde (Machado *et. al.*, 2009). E adota-se o enfoque estruturalista de desenvolvimento para analisar a relação entre este e a saúde, revelando o papel dos diversos atores e interesses que levam à conformação dos sistemas de saúde.

Propõe-se uma abordagem mais ampla do papel da saúde nos modelos de desenvolvimento nacional e são apontados, no campo da economia política da saúde, três grandes eixos estruturantes dessa análise: a desmercantilização do acesso, a mercantilização da oferta e a formação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Viana, Silva e Elias, 2007; Viana e Machado, 2008; Viana e Elias, 2007).

O Complexo Econômico-Industrial da saúde (CEIS), base produtiva da saúde, é analisado por este arcabouço teórico, a partir do esforço de caracterização do mesmo e da análise da relação sistêmica estabelecida entre segmentos industriais e o setor de serviços de saúde, dinamizada essencialmente por estes serviços. Gadelha *et al.* (2012) caracterizam este Complexo a partir de uma segmentação em indústrias de base química e biotecnológica (farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e serviços de saúde (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento).

Em decorrência do caráter estratégico das indústrias relacionadas à prestação de serviços em saúde, este Complexo enfatiza o espaço de negociação e as tensões entre os interesses coletivos e os privados, evidenciando a necessidade de atuação do Estado na adequação de seu arcabouço institucional (Machado *et. al.*, 2009).

Assim, é a partir da base conceitual da economia política da saúde que se parte para analisar a relação entre essa e o desenvolvimento, cuja importância neste momento histórico é enfatizada por Machado *et al.* (2009). As autoras entendem que urge a atualização dos grandes objetivos da reforma sanitária, em um contexto pautado pelo foco na estabilização financeira e na segurança do fluxo de capitais, e “de globalização fortemente assimétrica, de revolução tecnológica e de realocação da situação de dependência”, em especial por suscitar atenção para as “barreiras intransponíveis para as políticas setoriais de saúde” decorrentes do atual padrão de desenvolvimento brasileiro (p.24).

4 | INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PAPEL DA SAÚDE NO PADRÃO DE DESENVOLVIMENTO NACIONAL

Em decorrência do reconhecimento da relação intrínseca entre os campos da saúde e do desenvolvimento, tem se observado na última década, e mais especialmente a partir de 2007, forte institucionalização do complexo da saúde no cerne da agenda de desenvolvimento nacional.

A orientação macropolítica nacional na última década buscou criar um círculo virtuoso entre a melhoria na distribuição de renda, as condições de exclusão social e pobreza, a competitividade econômica e a geração de emprego, renda e riqueza. Neste sentido, a partir da análise dos principais documentos políticos³ do período, fica claro que o governo buscou consolidar o reconhecimento institucional da convergência entre as dimensões econômica e social na trajetória de crescimento do País.

De fato, instaurou-se uma nova concepção a partir da qual a vertente social foi considerada como “eixo do desenvolvimento e não mero apêndice ou um suposto resultado natural do crescimento econômico” (Programa de Governo, 2002, p.25), sendo, portanto, um âmbito específico e prioritário nas políticas públicas.

Para além da institucionalização da intenção de fazer convergir essas duas dimensões, iniciou-se um processo de construção de uma base para sua realização, cujos desdobramentos foram a redução das desigualdades socioeconômicas, a melhoria da renda, a garantia dos direitos e a inclusão social, para citar alguns efeitos mais imediatos. Assim, intensificou-se um processo com forte potencial para realizar uma profunda mudança nas condições de cidadania e de bem-estar da população, afetando, inclusive, os determinantes sociais da saúde da população brasileira (Gadelha e Costa, 2012a).

Esta expansão dos direitos traz consigo a expansão do mercado interno. E acaba por impactar também o investimento produtivo e ocasionar a geração de inovações e de empregos, dando início a um círculo virtuoso. O que se observa é que esta nova proposta de desenvolvimento, mais inclusiva socialmente, permite aliar as diretrizes para concretização de um sistema de proteção social com a retomada de uma estratégia econômica dinâmica e menos dependente.

No campo da saúde, essa perspectiva vem sendo crescentemente incorporada na política nacional de saúde e baseia-se no reconhecimento da área como articuladora das dimensões econômica e tecnológica e a social, conforme problematizado nos tópicos anteriores.

3 Carta ao Povo Brasileiro (Silva, 2002), nos Programas para os dois mandatos (Programa de Governo, 2002 e Programa de Governo, 2006), e nos documentos básicos do planejamento como o PPA 2004-2007 (MPOG, 2003) e PPA 2008-2011 (MPOG, 2007).

Esse avanço pode ser observado mais concretamente a partir do estabelecimento de diversas diretrizes, entre elas: a consolidação da atenção à saúde em seus diversos níveis de complexidade e das ações de prevenção e de vigilância em saúde; a constituição de uma rede nacional de serviços de saúde descentralizada; o fortalecimento da regulação sanitária mediante a consolidação do papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a melhoria da regulação do segmento de saúde suplementar; a garantia de um financiamento estável; a introdução de mecanismos de gestão; o compromisso com o acesso a produtos e insumos estratégicos em saúde; e o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, fruto do reconhecimento que a saúde depende de um conjunto de políticas econômicas e sociais que extrapolam a governabilidade específica do setor (Gadelha e Costa, 2012a).

A institucionalização do caráter estratégico da saúde pode ser observada a partir da retomada das ações de política industrial para a área e, em 2003, é lançada a Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), que situa a cadeia produtiva farmacêutica como estratégica, dado articular tecnologias portadoras de futuro, a exemplo da nanotecnologia, biotecnologia e química fina. Além disto, o lançamento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, também reflete o protagonismo da saúde, que, entretanto, passa a ter sua importância reconhecida de forma mais sistemática a partir de 2007. Observou-se, na época, grande convergência nas orientações macropolíticas do governo. (Gadelha e Costa, 2012b)

Neste contexto o Complexo Industrial da Saúde (CIS)⁴ passou a figurar como área estratégica no Mais Saúde (2007). Assim, pela primeira vez na agenda da política social, foi considerada a importância do desenvolvimento da base produtiva e da inovação, e reconhecida a intensidade científica e tecnológica do CEIS e seu potencial de disseminação de conhecimento e inovação para a matriz produtiva. Atualmente, já se observa a incorporação de objetivos estratégicos do complexo da saúde e do campo de ciência, tecnologia e inovação como uma das prioridades da atual política nacional de saúde.

Vale enfatizar que o reconhecimento estratégico do complexo da saúde extrapolou as fronteiras da política sanitária. E este complexo foi considerado estratégico também no âmbito da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP)⁵, lançada em 2008 pelo Ministério da Indústria e Comércio Exterior, e no “PAC da inovação”⁶ (2007), do

4 Para ficar evidente que o CIS também incorpora as atividades de serviços (todos os segmentos seguem um padrão industrial de produção), Gadelha *et al.* (2009) adotam o termo “Complexo Econômico-Industrial da Saúde” (CEIS) ao invés de Complexo Industrial da Saúde (CIS) para demarcar a visão de que existe um verdadeiro Sistema Produtivo da Saúde que mobiliza parte substantiva da economia nacional (IBGE, 2009).

5 A PDP define o CIS como uma das seis áreas estratégicas portadoras de futuro.

6 Sob a designação de “Insumos em Saúde”, no Plano de Ação em C&T&I (PACTI), que abrange o período 2007-2010. É comumente apelidado de “PAC da Inovação”.

Ministério da Ciência e Tecnologia, orientando o financiamento e a atuação do Sistema Nacional de Inovação (SNI).

A atual gestão do governo federal intensificou tais diretrizes e, em 2011, foi lançado o Brasil Maior que dá continuidade à PITCE e à PDP. O Plano reafirma o protagonismo da saúde como um dos segmentos estratégicos a serem fomentados no Brasil e estabelece diretrizes para a intensificação do uso do poder de compra no Estado no setor, política com grande potencial de aperfeiçoamento de infraestrutura e serviços públicos em geral, de acordo com Schmidt e Assis (2011).

Por fim, foi lançada em 2012 a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, que enfatiza a necessidade de promoção de mecanismos de estímulo à inovação em saúde e de intensificação da transferência tecnológica para os laboratórios públicos nacionais e aponta uma série de lacunas da base produtiva inovativa nacional que precisam ser superadas.

Vale notar que além de ter sido pontuada a centralidade do CEIS na orientação estratégica estabelecida nos documentos macropolíticos nacionais, observou-se também consequências tangíveis, como por exemplo, a disponibilidade de linhas de financiamento específico para fomentar o desenvolvimento do CEIS, como o Profarma do BNDES e de linhas de fomento da FINEP.

A institucionalização e priorização do complexo da saúde representam um possível passo na direção da articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, e pode estimular um maior grau de integração entre as políticas industriais e as de serviços de saúde, em caráter inédito no Brasil.

Esta institucionalização do CEIS também representa a incorporação, nas políticas de governo, da percepção de que a fragilidade da base produtiva nacional e de inovação em saúde, área de alta intensidade e dinamismo científico e tecnológico⁷, implica risco para o sistema de saúde e para sua estratégia de universalidade. O fato de esta nova perspectiva ter surgido no campo da saúde, no Programa Mais Saúde, impulsionando sua absorção por outras políticas nacionais de áreas até então distantes da social, ilustra a inserção da saúde na estratégia global do governo.

Pode-se afirmar, portanto, que esta nova perspectiva desdobrou-se em um movimento das políticas públicas para reconhecer, ainda que de modo incipiente, associação das dimensões social e econômica, refletida no círculo virtuoso entre equidade e direitos sociais, consumo de massa, inovação e competitividade.

Percebeu-se que a redefinição e impulso ao desenvolvimento do sistema produtivo da saúde dependem, por sua natureza, de uma política transversal e

⁷ A saúde representa 22% do gasto mundial de P&D, assumindo, em conjunto com a área de defesa, a liderança do esforço mundial de inovação (Global Forum, 2008).

multidisciplinar que envolva todas as esferas de governo, aproximando-se da natureza das políticas de desenvolvimento produtivo, só que coordenadas pelo Ministério da Saúde, devido à especificidade do tema⁸.

Em resumo, os compromissos assumidos recentemente buscam superar as lacunas entre o que propôs o movimento sanitário e a realidade do SUS, vinte anos depois, ao relacionar a saúde a um direito de cidadania. Destaca-se, assim, o caráter estratégico da saúde, situando-a como segmento-chave em políticas e programas federais que refletem a atuação do Estado em busca da retomada de uma trajetória de desenvolvimento pautada na sua sustentabilidade econômica e social.

5 | IMPACTOS DO NOVO PADRÃO DE DESENVOLVIMENTO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

No item anterior foram apresentados elementos que ilustram a institucionalização da relação entre saúde e desenvolvimento nacional e o reconhecimento político do caráter estratégico desta relação. Nesta seção serão analisados alguns de seus desdobramentos práticos, aqui segmentados em dois grupos para análise. Um primeiro em que se destaca o impacto da melhoria dos determinantes sociais da saúde concomitantemente à expansão das ações em saúde em praticamente todas as áreas de intervenção e níveis de complexidade, ou seja, os efeitos mais setoriais. E um segundo em que são ressaltadas as consequências práticas do movimento que trata a saúde como área estratégica do padrão de desenvolvimento nacional, referente aos impactos sobre a base de conhecimento da saúde.

Em relação aos desdobramentos da evolução favorável dos determinantes sociais e da expansão dos serviços de saúde, verifica-se que o cidadão brasileiro experimentou uma significativa melhoria nas condições de saúde e de acesso. Vale notar que esta melhoria tem uma dupla origem: de um lado, os aspectos histórico-estruturais conquistados há mais de uma década, e que foram preservados explicitamente nos anos recentes e, de outro, fatores diretamente decorrentes das políticas públicas adotadas nos últimos anos, referentes a alterações do padrão de desenvolvimento nacional.

Existem dois indicadores-síntese da saúde da população que refletem a melhoria nas condições gerais de um país e a expansão das ações em saúde: os coeficientes de sobrevivência na infância e a esperança de vida ao nascer. Ambos evoluíram de modo significativo nos anos 2000.

⁸ O Ministério da Saúde coordena a ação transversal para o fortalecimento do complexo da saúde no âmbito da PDP, e, além disso, foi criado o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), por decreto presidencial, envolvendo quatorze Ministérios e instituições estratégicas para o CIS.

A mortalidade infantil chegou a 19 por mil nascidos vivos no País, o que significou uma redução de 21% entre 2003 e 2008, refletindo uma variação expressiva, considerado o curto período observado. Em relação à esperança de vida ao nascer, houve aumento de 1,6 anos de vida entre 2003 e 2008, chegando ao patamar nacional 73 anos de vida (IBGE 2009).

Merece destaque, como fator que contribui para a evolução destes indicadores, a crescente mobilização e indução nacional às iniciativas de promoção à saúde que possuem elevado impacto e representam o início de um processo, ainda incipiente, de percepção da saúde como um fator associado à qualidade de vida, contrapondo-se à medicalização excessiva. Entre estas iniciativas, vale ressaltar o controle do uso do tabaco, a política para o planejamento familiar (incluindo a proposta de extensão da licença maternidade para seis meses), a política contra o uso de bebidas alcoólicas ao dirigir e a imposição de redução de sódio e de restrição à gordura trans nos alimentos.

No que tange à evolução da prestação de saúde, é importante enfatizar o impacto dos serviços na virtuosidade da relação da agenda setorial com uma mais ampla de desenvolvimento nacional sustentado. Isto se deve não somente por ser o segmento com maior peso econômico do complexo da saúde (CEIS), mas também porque são os serviços os principais responsáveis pela dinamização do CEIS ao estabelecerem a demanda por produtos industriais.

Observa-se também relevante expansão dos três níveis de complexidade da atenção, ainda que a ênfase seja dada à cobertura da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Brasil Sorridente. Esta ênfase se baseia em uma nova proposta de modelo de atenção, orientada pela necessidade de superação de um modelo excessivamente centrado em hospitais e marcado por uma excessiva medicalização que tem se mostrado pouco efetivo para a população brasileira.

Além disto, a expansão dos serviços via a Estratégia Saúde da Família, que atualmente cobre 95% dos municípios e mais da metade da população, ocasionou importante ampliação da capilaridade municipal e da abrangência nacional dos serviços. E implicou, como consequência, um importante efeito na equidade em saúde, enfatizando a relação entre saúde e desenvolvimento, sobretudo em um país cuja escala de alcance das ações sociais é de alta relevância.

Nas áreas mais estritamente relacionadas à atenção médico-hospitalar (envolvendo a atenção de média e alta complexidade), as informações indicam, de forma análoga, uma evolução expressiva tanto nos serviços oferecidos à população usuária do SUS quanto na assistência farmacêutica. Há, portanto, variadas evidências de uma expansão do SUS atuando na direção da universalização.

Vale enfatizar melhorias no potencial de organização de uma rede regional envolvendo a articulação dos três níveis de governo, que contribui, inclusive,

para avançar no estágio de desenvolvimento do federalismo brasileiro. Entretanto, do ponto de vista da regionalização do acesso — e na contramão do que se observa nos programas de atenção básica, de prevenção e vigilância — os indicadores apontam grande rigidez, denotando a dificuldade de se estabelecer uma rede regionalizada de assistência mais equânime e eficiente no território.

Esta realidade pode ser observada a partir de dados relativos às internações, distribuição de médicos, equipamentos e infraestrutura para o tratamento de doenças de alta complexidade, entre outros. O que se observa é uma ameaça em relação aos compromissos assumidos pelos objetivos de regionalização previstos nos princípios básicos do SUS, em função da restrição financeira ao investimento no sistema e sua aplicação fragmentada, impedindo a reestruturação da rede segundo uma lógica nacional regionalizada (Gadelha *et al.*, 2009).

No que diz respeito aos desdobramentos concretos da nova institucionalização do elo entre saúde e desenvolvimento, vale a pena citar algumas iniciativas. Em primeiro lugar, merece ênfase a retomada da política industrial para a área da saúde, expressa no estímulo à produção nacional de fármacos no Brasil. Para alcançar este objetivo, foi dado um passo em direção ao uso mais abrangente do poder de compra do Estado para o desenvolvimento tecnológico em saúde, por meio da criação de parcerias para o desenvolvimento produtivo entre empresas farmacêuticas nacionais e laboratórios oficiais que possuem acesso ao mercado público.

Neste sentido, houve uma expansão da política de assistência farmacêutica para a transformação da base produtiva nacional de medicamentos, observada pelo crescimento da participação dos genéricos nas vendas da indústria, passando de 5,5% em janeiro de 2003 para 15% do mercado em dezembro 2009 (Progenéricos, 2010); pela evolução do gasto do Ministério da Saúde com a compra direta de medicamentos e outros produtos; e pela expansão do programa de Farmácia Popular, levando a uma significativa mudança no perfil da demanda de medicamento.

Essas mudanças, em conjunto com o novo contexto de renascimento da política industrial para a área da saúde, tiveram um forte impacto no aumento da participação do capital nacional na indústria farmacêutica. Embora ainda exista risco de reversão neste processo pela falta de uma base endógena de inovação (Gadelha e Costa, 2010), as empresas brasileiras já atingem 45% do faturamento total contra um patamar histórico não superior a 20% (Aguilar, 2009; Garrido, 2009).

Outro desdobramento deste processo foi a produção nacional do Efavirenz⁹, inaugurando o primeiro licenciamento compulsório no Brasil, que envolveu dois laboratórios públicos oficiais (Farmanguinhos/Fiocruz e Lafepe) e três

9 Medicamento que compõe o 'coquetel' para o tratamento da AIDS no Brasil.

empresas privadas produtoras de fármacos no País. Esta primeira experiência serviu de modelo para que o Ministério da Saúde institucionalizasse em 2008 uma Política de Desenvolvimento Produtivo, viabilizando nove outras parcerias com um marco legal mais estável.

Além do suporte e incentivo à produção de genéricos, houve um aprofundamento do apoio à inovação dos produtores públicos de vacinas, reagentes para diagnóstico e biofármacos (notadamente Fiocruz e Butantan). Assim, vem se associando a estratégia de imunização com a de desenvolvimento tecnológico nacional, utilizando-se o poder de compra do Estado para ter acesso, inclusive, às tecnologias das empresas líderes mundiais.

Como marcos desta estratégia, vale enfatizar os diversos acordos de transferência de tecnologia no período¹⁰. O acordo para a produção nacional de vacina para pneumococo, assinado em agosto de 2009 entre o Ministério da Saúde, por meio da Fiocruz, e a GlaxoSmithKline deu origem a negociações para a construção de um Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em vacinas, a ser instalado na Fiocruz em parceria com a multinacional inglesa. A dengue será uma das primeiras doenças a ser pesquisada no Centro de Pesquisa.

Esta iniciativa é de extrema relevância porque permite aprimorar no Brasil fases pré-clínicas de pesquisa, o que potencializa a produção de outras inovações. Nas palavras do próprio Ministro na época, “o país deixa de apenas comprar pacotes básicos de transferência de tecnologia para a construção de uma relação que permite o desenvolvimento de insumos desde a sua fase de pesquisa” (MS, 2009).

Ademais, observou-se importante investimento nas instituições públicas de produção e inovação em saúde. Na rede de Laboratórios Oficiais, por exemplo, o Ministério da Saúde investiu R\$ 370 milhões nos produtores públicos com recursos orçamentários entre 2003 a 2009 (SCTIE/MS, 2010). Ressalta-se, também neste processo, a criação da Hemobrás, em Pernambuco, para atuar no campo dos hemoderivados e produtos para biotecnologia, investimento ainda em fase inicial (Gadelha e Costa, 2012a).

Não obstante, esses avanços ainda estão essencialmente circunscritos às indústrias da saúde — não envolvendo de forma sistemática os serviços de maior densidade tecnológica — e sua escala ainda precisa ser muito ampliada, quantitativa (mobilizando maior quantidade de recursos) e qualitativamente (exigindo a elaboração de um marco regulatório) para engendrar uma profunda transformação produtiva para a ampliação do acesso de massa e para a geração endógena de inovações em saúde.

¹⁰ São exemplos o acordo entre Fiocruz e GSK, para produção de vacina contra pneumococo, entre Sanofi e Butantã, contra a gripe, e Novartis e Funed, contra meningite C, além das vacinas contra o Rotavírus, Gripe, Tríplice Viral, Quádrupla bacteriana (DTP + Hib), Pneumocócica 10-valente e meningocócica C conjugada. Para os anos de 2011/2012, prevê-se ainda o desenvolvimento de uma vacina pentavalente (DTP, Hib, Hep B).

Neste sentido, um desdobramento que vale ser mencionado refere-se aos significativos investimentos para a construção do novo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e do Campus Integrado do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ou seja, está se investindo em dois importantes Institutos de serviços de alta complexidade e densidade tecnológica. A ideia é que estes novos empreendimentos atuem como coordenadores nacionais de redes assistenciais nacionais descentralizadas de inovação em serviços com alto potencial de articulação com a indústria. Estas duas iniciativas simbolizam o início de um importante processo de incorporação da concepção que alia a dimensão social à inovação no campo dos serviços de maior intensidade de conhecimentos.

Por fim, vale ressaltar a participação inédita de instituições da área econômica e de Ciência e Tecnologia (C&T) na priorização da produção e inovação em saúde. Um exemplo é a criação, por parte do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em articulação com a área da saúde, de um programa para a área farmacêutica em 2004 (Profarma I) e sua ampliação, três anos mais tarde, passando a incorporar as indústrias do complexo da saúde, como um todo (Profarma II). Até julho de 2009 a carteira de investimento, incluindo as contrapartidas, era de R\$ 2,54 bilhões. No momento o Programa passa por uma terceira formulação e este ano ele passa a ter sua carteira de investimento majoritariamente voltada para ações de inovação (não só de produção) e conta com aumento significativo do aporte de recursos. Já no campo de C&T, os fundos de subvenção canalizaram para as empresas inovadoras em saúde o valor de R\$ 800 milhões em 2007 e 2008, sendo cerca de 27% para a saúde no edital deste último ano, de acordo com informações coletadas no MCT.

6 | GRANDES DESAFIOS PARA UMA ARTICULAÇÃO VIRTUOSA ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Apesar da expansão do compromisso com a universalidade em todos os níveis de atenção, e da retomada de uma política industrial e produtiva para a saúde em novas bases, permanecem lacunas estruturais que limitam os resultados alcançados. Assim, a despeito de a área ter sua importância reconhecida, não se observam ainda condições políticas e institucionais reais para o enfrentamento de entraves estruturais, sugerindo que a saúde ainda não obteve, de fato, centralidade na política nacional de desenvolvimento.

Ainda se observam importantes desafios que inibem uma transformação profunda na área da saúde e possuem impactos negativos na qualidade e na perspectiva de dinamização do SUS frente ao sistema privado de serviços. A necessidade de seu enfrentamento aponta para frentes de intervenção que, se não forem tratadas com

prioridade, implicarão riscos de crises sucessivas na saúde que podem minar o objetivo de concretização de um sistema de saúde universal socialmente justo e também dinâmico do ponto de vista econômico.

Nesse tópico, serão apresentadas algumas dessas questões que afetam desde a geração de inovação em saúde até a capacidade de um SUS universal que favoreça a redução das desigualdades de acesso (pessoais e regionais). O não enfrentamento das mesmas ocasionaria prejuízos consideráveis, tanto no âmbito específico da prestação de serviços em saúde, como nos resultados relativos à estratégia nacional de desenvolvimento.

6.1 | O Papel do Estado na Estratégia de Desenvolvimento Nacional

O arcabouço político institucional do CEIS precisa se adequar continuamente para responder aos desafios inerentes à conjugação dos interesses públicos e privados envolvidos na prestação da saúde. Ainda que os próximos subitens enfoquem no papel do Estado em relação aos entraves ao desenvolvimento da saúde, neste tópico optou-se por analisar o papel do Estado na estratégia de desenvolvimento nacional, uma vez que este influencia toda a análise tratada neste texto.

De acordo com alguns autores, entre eles Gadelha, Quental e Fialho (2003), Gadelha (2006), Guimarães (2006), o Estado é ator essencial na promoção da articulação da saúde com o sistema de inovação, exercendo papel de grande importância estratégica na orientação da base produtiva do Sistema Nacional de Inovação em Saúde, ou seja, do CEIS.

É na escolha destes paradigmas que o Estado tem que atuar como agente promotor de desenvolvimento: a partir da adequação das orientações macropolíticas, de estratégias diversificadas de fomento e do fortalecimento de seu arcabouço regulatório, para citar alguns exemplos. Vale menção específica à importância do uso de seu poder de compra enquanto estratégia de desenvolvimento produtivo, dado o modelo institucional do SUS, e os consequentes impactos que a adequação desse instrumento pode ter para que as necessidades coletivas da população pautem a agenda de inovação em saúde.

Ressalta-se ainda seu papel crucial no fomento à pesquisa científica e tecnológica para o desenvolvimento nacional e também no que se refere à distribuição regional dos recursos a serem aplicados em território nacional, o que pressupõe reorientação dos padrões organizacionais e de financiamento (Viana, 2007, apud Silveira, 2009).

No caso específico da saúde, ressaltam-se as consequências da não coincidência entre as demandas sociais e o mapa de investimentos privados, enfatizando-se o papel do Estado na orientação do CEIS em um novo, e sustentável, padrão de desenvolvimento (Silveira, 2009). Sem esta orientação nacional, a tendência

natural é que os investimentos continuem sendo alocados nas áreas mais dinâmicas, de maior rentabilidade econômica e que tendem a concentrar mão de obra qualificada (MI, 2003, Araújo, 2006).

Note-se que a tendência decorrente da acirrada competição do mercado global, aliada à debilidade do Estado em investir na reversão dos custos sociais em função da concentração regional e da crise da Federação, é de repetição da trajetória de concentração regional (Araújo, 2006). Sem a mudança na tendência da baixa capacidade de investimento público na saúde, este círculo vicioso tende a se perpetuar.

A ideia é superar, inclusive, o estágio da discussão que polariza Estado e mercado, de modo a analisar o arcabouço político institucional que envolve os interesses públicos e privados da saúde para que o Estado, em parceria com a sociedade, possa pautar a dinâmica do mercado e não o contrário, como tem acontecido na saúde.

Uma vez esclarecida a necessidade da consolidação do papel do Estado em uma agenda de desenvolvimento mais articulada com as diretrizes estratégicas estabelecidas, serão apontados sucintamente os principais desafios para a consolidação da saúde na agenda nacional de desenvolvimento, que em grande parte já foram mencionados ao longo deste texto, valendo ressaltar especificamente àqueles decorrentes das características do SUS, da exaustão do modelo econômico hegemônico, dos avanços no estágio de desenvolvimento socioeconômico nacional, assim como de sua reorientação voltada para a inclusão social e distribuição de renda, do novo contexto de transição demográfica e deslocamento da fronteira tecnológica em saúde e da necessária mudança no modelo de gestão do Estado. Em conjunto, estas questões impõem enormes desafios que refletem, parcialmente, as lacunas das estratégias implementadas.

6.2 | Papel do Estado na Coordenação do Sistema de Saúde

O segundo desafio retoma a importância da atuação do Estado no que se refere à organização de um sistema de saúde ao mesmo tempo hierarquizado e regionalizado, buscando garantir o predomínio de uma visão nacional do sistema de saúde, em sua orientação, estrutura e regulação. Sem esta articulação, as iniciativas locais e regionais, ainda que bem sucedidas, acabam por perpetuar, ou aumentar, as disparidades regionais que pautam um destino de pobreza e falta de condições dignas de cidadania para boa parte da população brasileira.

Para que a concepção de organização de um sistema descentralizado — que priorize a execução das ações em nível estadual e, principalmente, municipal — se efetive, é necessária uma estrutura hierarquizada capaz de estabelecer organicidade às ações, de forma a configurar um sistema nacional de saúde integrado no território. Para tanto, a esfera federal tem que ter uma alta capacidade de formulação e indução

de políticas nacionais e de regulação do sistema, estabelecendo formas democráticas e coerentes de organização federativa.

Urge, portanto, retomar a dimensão nacional de coordenação e de indução para que a descentralização institucional — sujeita a todos os tipos de pressão política — não gere um sistema fragmentado. Para tanto, são necessários o fortalecimento da capacidade institucional e profissional no nível federal e recursos para investimentos, que são atualmente escassos e fragmentados e que seguem, muitas vezes, uma lógica particularista local.

Além dessa efetivação do papel de coordenação do governo central, há que se qualificar a atuação das unidades federadas e recuperar, de forma definitiva, o papel dos estados como coordenadores das ações dentro de seus limites territoriais.

Apenas desse modo será possível, por exemplo, realizar uma ação efetiva para viabilizar os objetivos de uma atuação regionalizada baseada em uma visão nacional das iniquidades — que inclusive recupere o espaço crítico dos estados na ação regional — e a regulação da incorporação tecnológica no SUS que induza inovações que a população realmente precise. Sem isso, a ineficiência sistêmica e o descontrole do uso de tecnologias — como de fato vêm ocorrendo, a exemplo da “judicialização” da saúde — tornam qualquer financiamento insuficiente para o atendimento de demandas que nem sempre se ligam às necessidades de saúde.

6.3 | Regionalização do CEIS

No caso brasileiro, dadas suas dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional, a superação das iniquidades regionais brasileiras torna-se cada vez mais complexa, e demanda aporte de recursos substanciais. Brandão (2007) ressalta que regras de mercado tendem a agravar as iniquidades regionais, dado que o uso do território torna-se mais seletivo, enfatizando a necessidade de atuação do Estado (Gadelha e Costa, 2012a). Assim, uma melhor distribuição de recursos pelo território nacional exige reorientação dos padrões organizacionais e de financiamento (Viana, 2007, apud Silveira, 2009).

No caso do complexo da saúde, esta questão sugere a necessária descentralização da base produtiva e das instituições de C&T, o que implica o aprofundamento de estudos sobre a “geografização de objetos e ações (...) [com a] intenção de impregnar o território com determinadas funções (usos)” (Iozzi e Albuquerque, 2009, p.64).

Tal descentralização não pode desconsiderar também as necessidades de economia de escala e escopo necessárias à esta base produtiva. Indústrias com características oligopólicas, como as do complexo da saúde, não têm como

estar distribuídas homoganeamente pelo território. De toda forma, determinadas orientações para a reversão da predatória trajetória de concentração regional podem definir relações simbióticas entre a saúde e o desenvolvimento regional, como, por exemplo, o estabelecimento de polos industriais da saúde. Sugere-se, neste sentido, avaliar a pertinência de se fomentar a instalação de polos tecnológicos visando conjugar a necessidade de concentrar e de desconcentrar territorialmente esta base produtiva. A viabilidade de tal projeto dependeria, entretanto, de questões mais gerais do padrão de desenvolvimento brasileiro, a exemplo da infraestrutura instalada nas diversas regiões, pontos de escoamento da produção, fluidez do território, entre outros.

Além disto, podem-se analisar quais atividades de C&T são mais afetadas à descentralização. Há atividades da cadeia de fornecedores para o complexo da saúde que poderiam estar distribuídas no território, fomentando não somente o desenvolvimento loco-regional, como também ajudando a articulação dos interesses no bojo desse Complexo.

Entretanto, conforme ressaltam Gadelha e Costa (2012a), a atual tendência, decorrente da acirrada competição do mercado global, aliada à debilidade do Estado em investir para a reversão dos custos sociais decorrentes da concentração regional e da crise da Federação, é de repetição da trajetória de concentração regional (Araújo, 2006).

Assim, a falta de prioridade na orientação da desconcentração territorial na agenda da saúde brasileira, aliada à composição (origem) do financiamento público da saúde e seus efeitos sobre as iniquidades regionais, apontam a questão territorial como um desafio que ainda não foi enfrentado de forma satisfatória (Gadelha e Costa, 2012a).

6.4 | Financiamento Público

Uma quarta questão desafiadora é a insuficiência de financiamento público e um processo de “desfinanciamento” por parte do governo federal. Um sistema igualitário, universal e redistributivo pressupõe forte presença do Estado para sua implementação, inclusive no que se refere ao seu papel como financiador. Entretanto, a ideologia neoliberal, dominante até recentemente, privilegiou a chamada alocação eficiente de recursos, ocasionando a deterioração do quadro social.

Como consequência, apesar dos vinte anos do SUS, observam-se distorções diversas que reforçam desigualdades de acesso de diferentes naturezas — inclusive regionais — aos serviços em saúde, caracterizando o que Faveret e Oliveira (1990) denominaram de “universalização excludente”.

As questões relativas ao financiamento da saúde são agravadas ao se observarem mudanças significativas no perfil de financiamento público, decorrentes das características intrínsecas ao processo de descentralização brasileira, que vem contribuindo para uma base regional desigual deste financiamento (Ugá e Marques, 2005; Machado e Viana, 2009). O expressivo financiamento por parte dos governos subnacionais (aproximadamente 50%) também atribui iniquidade ao sistema e, além disto, a proporção do gasto governamental sobre o PIB e sobre o gasto total do governo é incompatível com um sistema universal.

O somatório dos gastos públicos nos níveis federal, estadual e municipal chega a 3,6% do PIB, o que é incompatível com um sistema universal. Além disso, não há no mundo nenhum sistema universal cujo financiamento público esteja abaixo de 70% do gasto em saúde. No Brasil, entretanto, a participação pública no gasto em saúde situa-se em torno de 45%, tendo também uma reduzida participação no gasto total do governo frente aos países da OCDE.

O aumento da participação das demais esferas de governo não foi, e nem é, suficiente e (ou) efetivo no caso brasileiro para garantir o atendimento dos preceitos e diretrizes estabelecidos pelo SUS (Arretche, 2003). Em especial, ao se considerar o rápido avanço tecnológico que pautou, na saúde, a mercantilização da oferta de seus bens e serviços, representando pressão extra sobre os dispêndios em saúde (Gadelha et al, 2007).

Apesar de a universalização expressar a ampliação do direito à saúde, quando a base de beneficiários é ampliada sem que haja uma redefinição da fonte de financiamento, é estabelecido um acirramento do conflito econômico no setor, pois há intensificação da demanda, mas os recursos existentes não são suficientes para suprir as necessidades ditadas por estas. Tal situação evidencia a insuficiência da mobilização política, social e econômica para embasar a estruturação efetiva de um sistema universal. E é agravada ao se considerar que aproximadamente $\frac{3}{4}$ da população dependem exclusivamente do SUS, sem acesso a planos de saúde registrados e regulados pela ANS (ANS, 2010).

A insuficiência de apoio político para a constituição concreta de um sistema universal no Brasil se expressa na extinção da CPMF, na demora e nos termos em que se conseguiu regulamentar a Emenda Constitucional 29 e na inexistência de aprovação de mecanismos alternativos de financiamento do SUS. Também é sintomático o inadequado tratamento da questão dos recursos para o SUS em arenas restritas ao setor sanitário.

Ademais, o fato de que o pacto político-social constitucional, que define um sistema universal, coabita com a estrutura de dispêndio de um sistema de saúde mercantil, cujo peso do gasto privado é incompatível com a universalização do acesso, é outro indicativo da referida falta de apoio político ao SUS. Assim, a análise da

dinâmica entre os interesses mercantis e capitalistas nos espaços sociais e de como suas contradições podem ser reguladas faz parte do processo de compreensão de que desafios ainda precisam ser superados pelo SUS.

Nesta análise, o Estado configura-se como ator central e é relevante avaliar se o modelo de financiamento da saúde brasileira traz em seu bojo características capazes de promover relações de equidade do acesso ou, se na prática, vem inibindo a real universalização do sistema.

6.5 | Modelo de Gestão do SUS

O quinto grande desafio diz respeito ao modelo de gestão do SUS. Em primeiro lugar, deve-se considerar que a discussão do modelo jurídico das unidades de produção de bens e serviços deve estar subordinada à busca da melhor forma de operar estas unidades produtivas visando garantir seu objetivo principal: a efetividade para atingir os princípios constitucionais de acesso universal com qualidade.

Além disto, cabe reconhecer que, do ponto de vista econômico, as unidades de produção de bens e serviços em saúde são organizadas de modo bastante complexo, assemelhando-se a uma estrutura produtiva empresarial, ainda que esta característica não se confunda com sua natureza jurídica (sejam órgãos da administração direta, fundações, empresas públicas ou privadas, organizações sociais ou outras modalidades).

Neste sentido, o formato jurídico-institucional do setor saúde deixa de ser uma questão apenas industrial ou da relação entre o público e o privado para se tornar uma agenda da garantia dos meios para um sistema universal e de qualidade.

De acordo com Santos (2007), o aumento da complexidade e da pressão de demanda contextualizado em um modelo de gestão de Estado burocrático dificulta “uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público”, o que é particularmente limitante no caso da administração de hospitais e serviços ambulatoriais. Desta forma, os princípios norteadores do SUS, voltados para maior eficiência e abrangência dos serviços de saúde, encontram no “engessamento dos trâmites burocráticos” um sério entrave à prestação pública de saúde (Costa, 2005, p.18).

A partir desta constatação, foram realizados avanços nas formas de gestão contratualizada com os hospitais universitários e filantrópicos, que se mostram, entretanto, tímidos frente às necessidades existentes para todo o sistema.

É neste contexto, considerado por Mansur (2007, p.42) como inadequado e rígido, com limitada autonomia de gestão — tanto de pessoal, quanto de insumos e financeiro —, que se observa, atualmente, o predomínio de um modelo burocratizado

de gestão, segundo o qual o controle ineficiente dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade da atenção à saúde. Esse modelo burocratizado perpassa toda a organização do sistema, caracterizando tanto a relação entre a União, os estados e os municípios, quanto o modelo de gestão das unidades de saúde.

Ademais, do ponto de vista de uma rede descentralizada e regionalizada, as várias partes do sistema precisam ser articuladas, envolvendo um resgate e uma redefinição do papel das distintas esferas de governo e da relação entre o SUS e o segmento de saúde suplementar.

De fato, a questão da gestão das unidades produtivas também carece de uma visão político-estratégica, como fica evidente pela paralisação no Congresso Nacional do projeto para as Fundações Estatais, sem que tenha sido dada qualquer alternativa para esta situação crítica e sem que houvesse articulação com a questão do financiamento.

6.6 | Base Produtiva de Inovação em Saúde

O sexto desafio refere-se à capacitação da base produtiva e de inovação em saúde e à forte dependência externa dos produtos do CEIS, sobretudo daqueles de maior complexidade tecnológica, o que torna o país vulnerável socioeconomicamente e ameaça a soberania nacional, dado o caráter estratégico das indústrias desse Complexo (Gadelha, Quental e Fialho, 2003e Gadelha, 2006).

Mesmo com a mudança no modelo de atenção — estruturado com base na atenção primária, em rede e com atividades intensas de promoção à saúde —, há enormes desafios a serem enfrentados, sobretudo porque a construção de um sistema universal, a evolução dos indicadores econômicos e sociais fruto dos últimos anos de gestão federal (crescimento com distribuição de renda e inclusão social) e o novo contexto estrutural e prospectivo (transição demográfica, deslocamento da fronteira tecnológica em saúde e mudança na estrutura e papel do Estado) já pressionam significativamente a demanda de assistência em grande escala.

Entretanto, a ausência de uma base produtiva com gestão moderna e capacidade de geração de conhecimento e de inovação, tanto para introduzir novos produtos e processos na atenção à saúde, quanto para controlar a incorporação tecnológica, faz com que o compromisso com a universalidade esteja permanentemente em risco. Os dados do déficit comercial, que atingiu um patamar superior a U\$\$ 9,5 bilhões em 2010, expressam essa dependência estrutural em uma área de alta sensibilidade social e importância econômica.

A despeito de marcantes conquistas no sentido de institucionalizar o caráter estratégico do complexo da saúde, muito há que se avançar, tanto no que tange

à regulamentação (em relação, por exemplo, à incorporação tecnológica e ao poder de compra do Estado), quanto à adequação dos incentivos de fomento e ao aporte de recursos, sob risco de a política de saúde, garantida na carta constitucional, ver-se ameaçada pela baixa capacidade produtiva nacional.

Nesta direção, entende-se que a constituição de uma base endógena de inovação em saúde no País requer a estruturação de uma rede de instituições de Estado, que deverá dar suporte a uma estratégia de âmbito nacional, à semelhança do que ocorre nas áreas de energia e da agropecuária, nas quais a Petrobras e a Embrapa ancoram o processo de inovação em articulação com o setor privado.

Ademais, fica clara a necessidade de se promover o desenvolvimento tecnológico, articulando os sistemas de inovação e Bem-Estar Social como estratégia de superação da histórica polaridade modernização-marginalização observada no país. A superação dessa polaridade passa, no caso brasileiro, pelo fortalecimento das instituições do sistema de inovação do setor saúde (Albuquerque, Souza e Baessa, 2004)

É importante ressaltar que o ponto de partida para uma política de inovação deve ser a necessidade social, o que na saúde se reflete muito concretamente na necessidade de acesso aos bens e serviços em todos os níveis de complexidade (como preceito constitucional do Sistema Único de Saúde), assim como às ações de promoção e prevenção. Essa visão de política de inovação é que deve nortear o desenvolvimento do complexo econômico-industrial da saúde.

6.7 | Gestão Democrática e Mecanismos de Participação do SUS

No que tange aos desafios decorrentes da qualificação da gestão democrática do SUS, vale enfatizar uma questão estrutural referente à incapacidade de o SUS atrair grupos sociais de maior poder aquisitivo, que passam a buscar, no mercado privado, os serviços de saúde.

Como consequência, observam-se não somente essenciais perdas políticas e sociais, dado que setores potencialmente reivindicatórios acabam privilegiando a prestação privada de saúde e se distanciando do SUS, como também o não estabelecimento de relações solidárias no âmbito do sistema sanitário (Faveret e Oliveira, 1990).

Ainda que não caiba aqui detalhar as consequências deste esvaziamento político na defesa dos interesses coletivos do SUS, vale mencionar uma característica relativa aos mecanismos de gestão que afetam diretamente esta agenda intersetorial da saúde e a relação entre saúde e desenvolvimento. Assim, um último grande desafio aqui apontado refere-se à necessidade de tirar o SUS do insulamento nos fóruns

participativos de decisão. A sugestão é que as instâncias de pactuação e de deliberação devem ser repensadas para aprofundar a gestão democrática, incorporando novas lógicas e novos atores no direcionamento estratégico e no controle social.

No presente, observa-se o risco destas instâncias participativas se burocratarem e refletirem lógicas e interesses particularistas que não interagem com uma política nacional de desenvolvimento que remete para novas questões e para a necessidade de ruptura com paradigmas restritos ao campo da saúde.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto busca aprofundar a relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento no Brasil. Ainda que tenha partido de reflexões conceituais, não se restringe às mesmas, na medida em que busca problematizar a relação a partir de exemplos concretos que incorporam a saúde em uma agenda intersetorial, extrapolando suas funções sociais, de modo a compor outras variáveis do desenvolvimento. E, a posteriori, aponta alguns desafios que hoje ameaçam tanto o cenário específico do setor quanto o mais geral referente ao estágio de desenvolvimento nacional.

Procura também apresentar o estado da arte da institucionalização da agenda em análise, e apontar as diretrizes macropolíticas assumidas na última década, pertinentes à análise. Verifica-se tanto o aprofundamento da proposta constitucional da saúde como direito de cidadania, mediante a configuração no Brasil de um sistema de proteção social universal, quanto o início de um processo político que situa a saúde nas grandes prioridades de uma agenda nacional de desenvolvimento.

Ademais, situa a importância da recente priorização e articulação da saúde com as demais políticas setoriais, dado que o CEIS figura como área estratégica não somente no âmbito setorial, como também nas diretrizes macropolíticas voltadas para o desenvolvimento nacional. Em decorrência deste reconhecimento, observa-se uma série de iniciativas com foco intersetorial, ainda que não articuladas entre si, representando maior grau de integração entre as políticas industriais e de serviços de saúde, em caráter inédito. Esta institucionalização do CEIS representa, portanto, um possível passo na direção da articulação entre saúde e desenvolvimento.

Todavia, questões estruturais ainda não foram equacionadas e assumidas como prioridades nacionais. Sendo assim, apesar dos avanços, a saúde não contou com a priorização política necessária e sua centralidade na agenda de desenvolvimento é preciso avançar substancialmente.

Este debate adquire particular importância no momento histórico atual brasileiro, no qual se restabelece o papel do Estado como agente presente na agenda

de desenvolvimento, o que, aliado às mudanças socioeconômicas e epidemiológicas, pautam desafios específicos para a reestruturação produtiva do complexo da saúde como um todo. Assim, pensar o desenvolvimento da saúde exige um olhar sistêmico, que supere uma visão setorializada, tradicionalmente enviesada.

A articulação sustentável da saúde e do desenvolvimento remete à necessidade de pensar o padrão geral de desenvolvimento brasileiro e a maneira como ele se expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Essa perspectiva propõe assumir que a saúde é parte deste processo e que as possibilidades de transformação nacional existem e se refletem neste campo, tanto em sua dimensão política e social, quanto em sua dimensão econômica. Enfim, no âmbito de um novo modelo de desenvolvimento, a saúde constitui uma das atividades em que é possível articular a busca de equidade social e regional com o dinamismo econômico em longo prazo, que caracterizam o processo de desenvolvimento de um ponto de vista substantivo (Gadelha, 2007).

A grande aposta — que constitui, ao mesmo tempo, uma expressiva oportunidade para o SUS — é articular esta política de proteção social universal (que fomenta, inclusive, estabilidade do consumo de massa), com variáveis que extrapolam o setor saúde (relacionadas ao seu potencial como vetores de inovação, investimento e competitividade). Propicia-se, assim, a redução da vulnerabilidade econômica e social e insere-se a saúde, de modo orgânico, na nova estratégia nacional de desenvolvimento.

A centralidade da saúde na agenda de desenvolvimento pauta também questões relevantes na busca da virtuosidade desta relação, destacando-se particularmente a necessidade de superação de falsas polaridades no âmbito do SUS. A primeira delas refere-se à polaridade entre promoção e assistência e a base produtiva da saúde. O preconceito com o segmento produtivo da saúde não altera o fato de que quanto melhor a qualidade e maior a expectativa de vida da população, mais se pressionará a demanda por produtos oriundos da base produtiva de inovação em saúde. Assim, é justamente uma política eficiente de prevenção e promoção que levará ao aumento da demanda do complexo da saúde, que envolve interesses privados na prestação saúde. Logo, não há dicotomia entre ações de prevenção e fomento à produção de insumos de saúde.

De forma análoga, os princípios do SUS, que implicam a expansão da base de atenção, ao incorporar pessoas e regiões antes excluídas do direito à saúde, também levarão ao aumento da demanda sobre os produtos do complexo da saúde. Assim, o segundo viés a ser superado refere-se à polarização entre a incorporação tecnológica e a prestação de saúde (em seus diversos níveis de complexidade), dado que são partes indissociáveis em um sistema que se pretenda universal e integral.

Por fim, a terceira falsa polaridade é aquela entre o Estado e mercado. Uma vez que a base produtiva da saúde, essencial para o cumprimento dos preceitos constitucionais do SUS, se dá no âmbito do mercado, a discussão deve voltar-se para a

necessidade do desenvolvimento econômico ser guiado pelas necessidades sociais. Em outras palavras, o ponto central da discussão deve ser a busca de mecanismos para que o Estado e sociedade pautem a dinâmica de mercado e não por ele sejam pautados.

A complexidade da questão sugere que a superação das tensões inerentes ao confronto entre os interesses públicos e privados na saúde demanda uma atuação estruturada e coordenada por parte do Estado. A relação entre os interesses públicos e privados tende a manter-se desequilibrada se não houver a devida intervenção estatal. Esta se daria por meio da qualificação de seu aparato regulatório, da acentuação do uso de seu poder de compra, do aumento dos aportes financeiros e redefinição das fontes de financiamento do SUS, da adequação de seu modelo de gestão e do fortalecimento da institucionalização do complexo da saúde em todas as suas dimensões.

Os custos decorrentes de uma atuação não efetiva por parte do Estado não são sustentáveis ao longo do tempo, ameaçando a política de saúde e, conseqüentemente, o sistema de Bem-Estar Social brasileiro.

8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, A. Inovação é o calcanhar de Aquiles. **Valor Econômico**. Valor Setorial, p. 22-24, 2009. Suplemento Especial.

ALBUQUERQUE, EM. 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). **Celso Furtado e o século XXI**. Barueri, SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.p. 181–203.

ALBUQUERQUE, EM, SOUZA, SGA, BAESSA, AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (2):277-294, 2004.

ARAÚJO, TB. **Desenvolvimento regional**: a descentralização valorizaria a diversidade. In: Fleury, S (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, pags. 373-396.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas. In GERSHMAN S E WERNECK VIANNA ML (orgs.) **A miragem da pós-modernidade**. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003 (pp. 127-152).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS. **Pró Genéricos**. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br/mercado.html>. 2010.

BERZOINI (coord). **Programa de Governo** (2006) — Lula Presidente: Programa de Governo 2007/2010. Brasília, 2006.

BRANDÃO, C. **Território e Desenvolvimento**: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Política Nacional de Desenvolvimento Regional** (PNDR). Brasília: SDR/MI, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MS vai investir em novas vacinas. 30/09/09.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Dados fornecidos pela DAF/SCTIE/MS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. **Plano Plurianual 2004-2007**: Mensagem Presidencial/ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos — SPI. Brasília: MPOG; Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. **Plano Plurianual 2007-2010**: Mensagem

Presidencial/ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos — SPI. Brasília: MPOG; Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

COSTA, LS, *et al.* **Instrumentos Supranacionais e Ações Internacionais visando à Integração das Fronteiras**. Integração de Fronteiras: Possibilidades Brasil — Bolívia na Saúde. Costa, LS (org). Brasília, MI, MS e OPAS/OMS, 2006.

COSTA, NQ. **Organização Social** — alternativa eficiente à gestão pública? Estudo de caso em um hospital público e um publicizado da Rede de Saúde do Estado do Ceará. (Monografia do curso de Especialização em Administração Hospitalar em Gestão da Qualidade e Sistemas de Saúde do Centro de Estudos Sociais Aplicados, da Universidade Estadual do Ceará). Fortaleza, CE, 2005.

DRAIBE, SM. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN G, organizador. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 27–64.

FAVERET, P. E OLIVEIRA, PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 3, 1990, p.139-162, IPEA.

FURTADO, C. **Dialética do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, Ed. Fundo de Cultura, 1964. 2ª Ed.

GADELHA CAG, QUENTAL C, FIALHO BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cad Saúde Pública**, 19(1):47-59, 2003.

GADELHA, CAG & COSTA, LS (2010). **Trajетória Brasil 2003-2009**: A Saúde na Perspectiva da Proposta de Desenvolvimento do Governo Federal. Nota Técnica. Brasília: CGEE, 2010.

GADELHA, CAG & COSTA, LS. **Saúde e Desenvolvimento no Brasil**: estado da arte e desafios. Revista de Saúde Pública da USP. Suplemento Especial Saúde e Desenvolvimento. São Paulo, 2012. (2012b).

GADELHA, CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**, 40(N Esp): 11-23, 2006.

GADELHA, CAG. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, p. 326-327, set/dez. 2007.

GADELHA, CAG E COSTA, LS Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**. Integración Regional y Políticas de Salud. Volume 23. Suplemento 2, p. S214-S226, 2007.

GADELHA, CAG E COSTA, LS. Saúde e desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF E LIMA, LD (Org). **Política de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, (2012a).

GADELHA, CAG, *et al.* **Estudo da Dimensão Territorial do PPA**. Estudos prospectivos setoriais e temáticos. Módulo 4, tema: Saúde. Nota técnica final. Centro de Gestão de Estudos Estratégicos. Rio de Janeiro: março, 2007.

GADELHA, CAG, *et al.* Saúde e Desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, AL, IBAÑEZ, N, ELIAS, PEM, (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.97-123. (2009b).

- GADELHA, C. A. G. *et al.* **Complexo Econômico--Industrial da Saúde. Relatório final do Projeto PIB: Perspectiva do investimento no Brasil.** Rio de Janeiro: IE-UFRJ/IE-Unicamp; BNDES, 2009. Disponível em <www.projetopib.org/?p=documentos>. Acesso em abril 2011.
- GADELHA, CAG *et al.* **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012; 221p.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento. In: VIEIRA, C. *et al.* (Org.). **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, no prelo.
- GARRIDO, J. Perfil de consumo muda e altera a produção. **Valor Econômico.** Valor Setorial. Suplemento especial, p. 33-35, 2009.
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. **Monitoring Financial Flow for Health Research: the changing landscape of health research for development.** Geneva: Andrés de Francisco and Stephen Matlin (ed.), 2008.
- GUIMARÃES, R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 235-256.
- GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 40, p. 3-10, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contas-satélites da Saúde: 2005-2007.** Rio de Janeiro: Coordenação de Contas Nacionais; Diretoria de Pesquisas; IBGE; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. n. 29.
- IOZZI, FL, ALBUQUERQUE, MV. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, AL, IBAÑEZ, N, ELIAS, PEM (Org). **Saúde, Desenvolvimento e Território.** São Paulo: Editora Hucitec, p. 60-96, 2009.
- MACHADO, CV, VIANA, AL. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, AL, IBAÑEZ, N, ELIAS, PEM. (Org). **Saúde, Desenvolvimento e Território.** São Paulo: Editora Hucitec, p. 21 a 59, 2009.
- MACHADO, CV; LIMA, LD; BAPTISTA; TWF. Desenvolvimento, Sistema de Proteção Social e Saúde: Correntes Teóricas e Perspectiva Histórica (Parte 2 do Eixo I). In: GADELHA, CAG & MALDONADO, JSMV (Coord.). **Desenvolvimento e Saúde: consolidação e disseminação do marco conceitual sobre o complexo econômico-industrial da saúde, numa perspectiva que articula a dinâmica de inovação com a conformação de Estados de Bem-Estar, a partir de uma abordagem de economia política. Relatório final do Projeto OPAS/Fiocruz/Fiotec, 2009, Mimeo (Relatório em fase de edição para publicação).**
- MARQUES, EC. **Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos.** Rio de Janeiro: ANPOCS, bib, 1997.
- PALOCCI FILHO, A E DANIEL, C (Coord.). **Programa de Governo: Coligação Lula Presidente (2002) — Um Brasil para Todos: crescimento, emprego e inclusão social.** Coligação Lula Presidente. Brasília, 2002.
- SACHS, I. **Desenvolvimento includente, sustentável sustentado.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004, pp 37.

SANTOS, L. **Da Reforma do Estado à Reforma da Gestão Hospitalar Federal: algumas considerações**. Seminário III: OS, OSCIP, Fundação Estatal de Saúde. São Paulo: Cepam, Governo do Estado de São Paulo, 2007.

SCHMIDT FH, ASSIS LRS. O Estado como cliente: característica das firmas industriais fornecedoras do Governo. **Radar**, Brasília, 17:10-20, 2011.

SCHUMPETER, J A. **Teoria do Desenvolvimento Econômico** (1912). São Paulo: Ed. Abril, 1982.

SILVA, L. **Carta ao povo brasileiro**. São Paulo, 22 de junho de 2002. Acessado em abril de 2009 no site da Fundação Perseu Abramo < <http://www2.fpa.org.br/carta-ao-povo-brasileiro-por-luiz-inacio-lula-da-silva>.

SILVEIRA, ML (2009). Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, AL, IBAÑEZ, N, ELIAS, PEM. (Org.) **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Editora Hucitec, p.127 a 150, 2009.

UGÁ, MAD, MARQUES, RM. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, NT, GERSCHMAN, S E EDLER, FC (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 193-233, 2005.

VIANA AL, SILVA HP, ELIAS PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, 37:7-20, 2007.

VIANA, AL & ELIAS, PE. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, Suplemento, p. 1765-1776, 2007.

VIANA, AL & MACHADO, CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008.