

Saúde e desenvolvimento

Healthcare and development

Ana Luiza D'Ávila Viana¹
Paulo Eduardo M. Elias¹

Abstract *As modern healthcare systems are the outcome of complex interactions among economic, political and social processes, the purpose of this paper is to discuss the links between health and development in Brazil, showing that the depletion of the liberal economic policy model paves the way for a return to development, understood as a blend of economic growth, changes in the production structure and better living standards. The healthcare production complex plays a crucial role in this process, as a field where technological innovation and capital build-up generate opportunities for investment, work and income, in addition to spurring major steps forward in terms of upgrading individual health. The recent adoption of public policies designed to underpin aspects of economic and social policies shows that the issue of national development has returned to a key position on government agendas, opening up prospects of closer integration between economic logic and public health logic. However, it must be admitted that Brazil has not yet achieved a virtuous association between healthcare and development.*

Key words *Health and development, Liberal model and health, Technological innovation in health, Integral care*

Resumo *Considerando que os modernos sistemas de saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, o objetivo do trabalho é discutir a relação entre saúde e desenvolvimento no Brasil, mostrando que o esgotamento do modelo liberal de política econômica abre nova perspectiva para a retomada do desenvolvimento, entendido como combinação entre crescimento da economia, mudanças na estrutura produtiva e melhora das condições de vida da população. O complexo produtivo da saúde joga papel decisivo nesse processo, pois constitui um campo em que inovação tecnológica e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, trabalho e renda, além de produzir avanços importantes para melhorar o estado de saúde das pessoas. A recente adoção de políticas públicas voltadas para articular, de forma positiva, aspectos da política econômica e da política social revela que a questão do desenvolvimento nacional ganhou nova centralidade na agenda governamental, o que abre a perspectiva de maior integração entre a lógica econômica e a lógica sanitária. Entretanto, é preciso reconhecer que o Brasil ainda não logrou alcançar uma associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento. Palavras-chave Saúde e desenvolvimento, Setor saúde e modelo liberal, Inovação tecnológica em saúde, Intersetorialidade*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP. Av. Dr. Arnaldo 455/2º andar, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP. anaviana@usp.br

Introdução: saúde como direito, bem econômico e espaço de acumulação de capital

O fenômeno mais marcante na área da saúde, nos últimos sessenta anos, foi o processo que gerou, por um lado, a desmercantilização do acesso à saúde e, por outro, a mercantilização da oferta/provisão e, ao mesmo tempo, criou um enorme parque industrial ligado à área, representado pelas indústrias de base química e biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais¹.

O processo de desmercantilização do acesso teve como resultado a saúde como direito e o movimento de formação dos modernos sistemas de proteção social e da saúde, que passaram a responsabilizar-se pelo risco social de um indivíduo enfermar-se. Esse risco passou a ser de responsabilidade coletiva, coberto por toda sociedade, isto é, garantido pela idéia do direito social² – direito do cidadão e responsabilização coletiva, por isso, dever do Estado. Historicamente, a ampliação do acesso aos serviços de saúde teve início com a formação dos seguros ocupacionais e nacionais na Europa, no início do século XX, e sua consolidação ocorreu depois da Segunda Guerra Mundial, com a formação dos grandes sistemas nacionais de saúde financiados por impostos públicos. De fato, a saúde foi peça-chave na construção dos modernos sistemas de proteção social, pois o adoecimento e a velhice foram (e ainda são) os dois principais problemas da população: como garantir assistência à saúde em todos os momentos do ciclo de vida (infância, idade adulta e velhice) e uma renda digna quando o cidadão deixa de trabalhar? Esses dois problemas configuram um dos problemas centrais da proteção social. Nesse sentido, o processo de transformar a cobertura desse risco em uma responsabilidade da sociedade, do coletivo, e obrigação do Estado, constitui o longo movimento de desmercantilização do acesso à saúde e de formação dos modernos sistemas de proteção social.

Outro processo, em sentido oposto, foi o da mercantilização da oferta, que se iniciou com o assalariamento dos profissionais de saúde, principalmente médicos, no início do século XX, pelos aparatos da previdência social e do serviço público, passou pela conformação das empresas médicas para a provisão de serviços assistenciais e terminou na formação das operadoras de planos e seguros de saúde, que passaram a realizar uma intermediação (entre usuários e prestadores de serviços) de natureza financeira na saúde. Esse processo de mercantilização da oferta apresentou

diferentes etapas, muitas vezes não sequenciais, sendo que o assalariamento dos profissionais é fenômeno mais antigo e a emergência das operadoras de planos e seguros, o mais novo.

O processo de constituição de um campo próprio de acumulação de capital em saúde pode ser visto pela formação das grandes indústrias que atuam no setor, conformando o chamado complexo industrial da saúde, sendo processo recente, e altamente dependente da inovação tecnológica e do próprio avanço científico no campo biomédico. A revolução tecnológica dos últimos trinta anos, ao lado da etapa atual de globalização e financeirização da economia mundial, propiciaram a formação/consolidação desse complexo. Vale destacar que a área da saúde representa um dos elementos centrais da terceira revolução tecnológica, baseada na biotecnologia e nas novas tecnologias de informação e comunicação (TIC).

Esses três movimentos simultâneos – desmercantilização do acesso, mercantilização da oferta e formação do complexo industrial da saúde – não foram constituídos em um mesmo momento histórico e nem de forma combinada ou associada, mas convivem hoje de forma complexa e contraditória em um mesmo sistema de saúde.

Quadro 1. As três dimensões da saúde.

1. A saúde como direito → desmercantilização do acesso → sistemas de proteção social
2. A saúde como bem econômico → mercantilização da oferta → assalariamento dos profissionais, formação de empresas médicas e intermediação financeira (planos)
3. A saúde como espaço de acumulação de capital → formação do complexo industrial da saúde → globalização e financeirização da riqueza

Considerando, portanto, que os modernos sistemas de saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, o objetivo deste artigo é discutir as relações entre saúde e desenvolvimento, entendido aqui 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.

A descontemporaneidade dos processos no Brasil

No Brasil, a saúde como direito (e dever do Estado) surgiu na derrocada do projeto desenvolvimentista, que se conformou a partir de 1930 e foi responsável pelo processo de industrialização e modernização da sociedade brasileira. De fato, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação, garantido pela Constituição Federal de 1988, foi introduzido quase meio século após os sistemas de saúde europeus, exatamente quarenta anos depois do sistema inglês, criado logo no início do longo período de fortalecimento das economias européias e de políticas intencionais, objetivando associar desenvolvimento econômico ao desenvolvimento social. A universalidade do sistema de saúde brasileiro, ao contrário, foi concebida em um período de crise, de estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário.

A convenção liberal tornou-se hegemônica no Brasil nos anos 90, em substituição à convenção nacional-desenvolvimentista³. São duas convenções radicalmente opostas, pois o desenvolvimentismo parte da sociedade para chegar ao agente individual, enquanto o liberalismo realiza o percurso inverso; para a convenção desenvolvimentista, o desenvolvimento está relacionado com a transformação da estrutura produtiva, ao passo que a liberal privilegia a alocação eficiente de recursos; para os desenvolvimentistas, o Estado é o motor do desenvolvimento, enquanto para os liberais o motor é o mercado. Por fim, os desenvolvimentistas entendem o subdesenvolvimento como processo histórico e não etapa do percurso dos países avançados. A força das idéias associadas ao desenvolvimentismo no Brasil, em comparação com outros países periféricos, é evidenciada pelo atraso com que a convenção liberal chegou ao país e pela relativa parcialidade e lentidão com que foi implantada.

As políticas liberais, voltadas, em sua maioria, para promover o ajuste macroeconômico dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades, entraram em vigor no Brasil a partir do início da década de 1990 e contribuíram para o deterioramento do quadro social, reunindo baixo crescimento econômico com o agravamento das desigualdades sociais, somente estreitadas na década seguinte, a partir da combinação de uma série de políticas e programas governamentais,

com destaque para o aumento do salário mínimo, a queda no preço dos alimentos via isenções fiscais e a adoção de extensos e vigorosos programas de transferência de renda. Observa-se, portanto, que as políticas liberais não lograram proporcionar uma articulação positiva entre política econômica e política social, impedindo o avanço da construção da cidadania e de um quadro de inclusão marcado pela sustentabilidade.

No âmbito da saúde, algumas dificuldades se colocam como obstáculo importante à construção de um sistema universal nesse contexto de hegemonia do pensamento econômico liberal. Uma primeira dificuldade diz respeito à questão do financiamento, pois a criação de fundos de estabilização fiscal (hoje Desvinculação das Receitas da União - DRU) representa menor disponibilidade de recursos para serem aplicados nas ações e serviços de saúde, recursos esses que são direcionados, em sua maioria, para o pagamento de juros da dívida pública. Esse desfinanciamento federal da política de saúde foi, de certa forma, compensado pela descentralização setorial, apoiada pela descentralização fiscal, o que não impediu, contudo, o agravamento do quadro de desigualdades regionais na saúde.

Outra grande dificuldade é a forte dependência externa de produtos do complexo industrial da saúde, sobretudo aqueles de maior complexidade tecnológica, tornando o país altamente vulnerável às oscilações da taxa de câmbio. A fragilidade do setor de medicamentos, por exemplo, reflete-se na presença de sucessivos saldos negativos na balança comercial: embora a taxa de crescimento das exportações tenha se mantido acima da taxa de crescimento das importações (a partir de 1997), a diferença é muito grande, sendo as importações cerca de quatro vezes superiores às exportações⁴. Em relação aos farmoquímicos e adjuvantes, a desnacionalização foi acelerada no período 2000/2005, sendo que as importações representam hoje o dobro da produção local e são quatro vezes superiores às exportações⁴. A cadeia produtiva de fármacos e medicamentos possui caráter estratégico para a soberania de um país como o Brasil, pois embora possam ser importados de empresas produtoras de diversos países e, nos últimos cinco anos, mais da Índia e da China, a sua relevância para saúde e o bem-estar da população e sua dinâmica inovadora e científica recomendam que o país, sem fechar suas fronteiras para importação, invista no desenvolvimento de um parque produtivo autônomo e competitivo⁴.

Uma terceira dificuldade decorre das mudanças ocorridas na forma de atuação do Estado,

que transferiu para o setor privado a produção e comercialização de bens e produtos importantes, implicando menor capacidade de adoção de políticas voltadas para o desenvolvimento nacional. Do mesmo modo, a passagem para o setor privado da gestão de hospitais e ambulatórios públicos ainda não foi acompanhada de economia de recursos, pois houve expansão do gasto público para essas entidades e a regulação dessas instituições, pelo setor público, ainda não está formalizada em contratos de gestão que norteiam seu desempenho segundo os padrões do SUS, isto é, segundo o estabelecimento de redes regionais de atendimento.

Por fim, a adoção do consenso liberal resultou na ausência de investimentos indutores de inovação tecnológica na rede pública de laboratórios oficiais, que praticamente só realizam atividades de formulação de medicamentos acabados, sem integração da produção e síntese das matérias-primas. Destaque-se que os laboratórios farmacêuticos brasileiros tiveram origem e apresentam características distintas da experiência internacional. Em vez de funcionarem como fonte de P&D e parte do sistema nacional de inovação, como no padrão internacional, surgiram associados ao atendimento à assistência farmacêutica à população e à cobertura das lacunas existentes na produção nacional de vacinas e medicamentos essenciais⁵. O Brasil possui hoje dezoito laboratórios públicos vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde (9), ao Ministério da Saúde (1), às Forças Armadas (3) e às Universidades (5), integrantes da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos⁶. Com algumas exceções, como é o caso da produção de anti-retrovirais, a maioria dos produtos fabricados pelos laboratórios públicos é composta de medicamentos simples, o que evidencia a limitada capacidade tecnológica desses laboratórios, que somente a partir de 2005 passaram a contar com um programa de apoio à produção pública de medicamentos para financiamento dos investimentos de modernização e ampliação da capacidade instalada⁷.

A desmercantilização dos processos de desmercantilização do acesso (saúde como direito), mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e formação do complexo industrial da saúde (saúde como espaço de acumulação de capital) produziu, no Brasil, uma situação que não foi capaz de romper com a natureza dual do sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela segmentação de clientela e predomínio de interesses ligados às duas últimas dimensões, impedindo a

constituição de um sistema que efetivamente garanta o acesso à saúde como direito social.

O precoce e vigoroso processo de mercantilização da oferta de serviços de saúde, que se consolidou antes que fosse instituída a universalidade do acesso, ao formar um aparato previdenciário baseado na compra de serviços para a garantia do acesso à saúde aos inseridos no mercado formal de trabalho, constitui uma das razões históricas que explicam a descontemporaneidade dos processos no Brasil. Além disso, o relativo atraso industrial e tecnológico brasileiro nas áreas-chave da terceira revolução tecnológica, associado à insuficiência de políticas de fomento setoriais e, em específico, daquelas ligadas ao complexo produtivo da saúde, como a indústria farmacêutica, resultou em vigorosos processos de desnacionalização nas décadas de 50 (em pleno apogeu do nacional-desenvolvimentismo) e 90 do século XX. Ao mesmo tempo, não houve aproveitamento adequado do parque público na área de laboratórios e institutos de pesquisa para a inovação tecnológica. Esta situação é completamente distinta daquela observada nos principais países desenvolvidos da Europa, onde parte expressiva do complexo produtivo da saúde se fortaleceu na mesma época de formação e consolidação dos sistemas nacionais de saúde, de modo que houve uma articulação positiva entre as necessidades de valorização do capital e as necessidades de saúde da população, o que impulsionou o desenvolvimento (econômico e social) desses países.

Uma dificuldade adicional a ser considerada é que a constituição de uma indústria nacional junto ao complexo produtivo da saúde, caso se efetive, deverá levar em conta que vivemos hoje um período de financeirização da economia mundial, cujo resultado é, de um lado, o crescimento da participação dos haveres financeiros na composição da riqueza privada e, de outro, o aumento mais que proporcional dos valores dos papéis representativos da riqueza financeira (ações e ativos financeiros em geral) em comparação com os valores dos ativos reais que esses papéis representam⁸. Nessa nova etapa do capitalismo, as grandes corporações capitalistas são organizações empresariais de corte multifuncional (produção, comercialização e finanças), multissetorial (vários segmentos industriais) e multinacional, estruturas corporativas que atuam com critérios puramente financeiros em mente, ou seja, sua atuação obedece a uma lógica financeira geral na definição, gestão e realização da riqueza⁹. Tal situação pode acarretar outros tipos de dificuldades para a constituição e o fortalecimento de uma indús-

tria nacional capaz de competir com os grandes conglomerados empresariais do setor saúde, tendo em vista que os mercados, nesse setor, apresentam estruturas oligopolizadas e grande parte da indústria nacional é formada por pequenas e médias empresas familiares, que ainda apresentam fortes resistências para abertura de capital, ao passo que as grandes empresas internacionais estão totalmente inseridas na lógica de financeirização da riqueza. Embora seja verdade que a indústria nacional tenha ampliado sua participação na estrutura de oferta do mercado farmacêutico brasileiro (de 28,2% das vendas em 2000 para 40,6% em 2005), é preciso considerar que esse comportamento foi impulsionado graças à forte desvalorização cambial no período 1999-2004, desestimulando as importações, e à entrada dos medicamentos genéricos em 2000, dando origem a um novo segmento no mercado farmacêutico brasileiro, com padrão de concorrência completamente distinto do praticado pelo segmento de “drogas de marca”⁴.

O retorno do desenvolvimento

O esgotamento das políticas liberais como base para o desenvolvimento econômico dos países provoca, hoje, uma revisão sobre a estratégia de implementação de um único modelo de desenvolvimento, baseado numa receita universal e no Estado regulador. Alguns autores¹⁰ alertam para o surgimento de uma Nova Economia do Desenvolvimento, baseada em experiências acumuladas e em uma nova idéia de desenvolvimento. Seu objetivo principal seria dar contribuições para aumentar as opções disponíveis à ação do Estado em contestação ao consenso único e à receita universal proposta pela convenção liberal. Para esses autores, há necessidade, nos tempos atuais, de se criar alternativas ou modelos de desenvolvimento econômico que sejam, ao mesmo tempo, economicamente dinâmicos, politicamente democráticos e socialmente inclusivos.

Por conta da estagnação do crescimento econômico e do aumento das desigualdades sociais nos países que adotaram as receitas liberais no atual período da globalização, estão surgindo diversos questionamentos sobre o viés econômico predominante no conceito de desenvolvimento. Esses questionamentos vêm sendo propostos a partir do ressurgimento dos estudos sobre desenvolvimento associando política econômica e política social¹¹, sendo que muitos desses estudos se baseiam também na discussão de conceitos que

estão em voga na política mundial, como: democracia, equidade e promoção social.

Uma vertente proposta por Armatya Sen¹² incorpora a dimensão da democracia e da liberdade ao desenvolvimento. Outra vertente, que ganha força no Brasil e no mundo, é um movimento de resgate da escola estruturalista, a partir de uma releitura de suas teorias com vistas aos conteúdos do período atual. Ainda nesse movimento, há aqueles autores que estão buscando a construção de uma nova Economia do Desenvolvimento com o retorno da escola estruturalista, as contribuições renovadas da escola institucionalista e a interação entre as escolas neo-schumpeteriana e estruturalista. O marco da convergência entre essas escolas é a visão de que o desenvolvimento econômico é caracterizado por mudanças estruturais na economia e essas ocorrem por discontinuidades, geralmente de caráter tecnológico, que afetam e são afetadas pela estrutura econômica social, política e institucional de cada nação. Como esse processo é particular, depende de políticas específicas para cada realidade. O progresso técnico tem um papel central na dinâmica de acumulação capitalista e a visão de progresso técnico e dos retornos crescentes a ele associados é que configura o ciclo virtuoso de desenvolvimento em um sistema nacional. Segundo essa corrente, as assimetrias de acesso ao conhecimento e ao aprendizado podem funcionar como poderosas barreiras ao desenvolvimento e, por isso mesmo, a existência de uma base de conhecimento prévia e o desenvolvimento de um sistema de inovação em alguma área são pré-condições importantes para o deslanchar de um novo ciclo de desenvolvimento.

O Brasil entra nessa nova fase de debate sobre o desenvolvimento e o papel do Estado com uma perspectiva muito interessante, pois sua escola estruturalista deixou importantes bases teóricas para se pensar um desenvolvimento genuinamente brasileiro. Um dos principais autores que vem discutindo o novo modelo de desenvolvimentismo no Brasil é Bresser-Pereira¹³, que coloca a necessidade de uma estratégia nacional de desenvolvimento pautada nos seguintes elementos: aumento da capacidade de poupança e investimentos da nação, forma pela qual incorpora progresso técnico na produção; desenvolvimento do capital humano; aumento da coesão social nacional que resulta em capital social ou em sociedade civil mais forte e democrática; e uma política macroeconômica que garanta a saúde financeira do Estado e do Estado-nação, levando a índices de endividamento interno e externo dentro dos limites

conservadores. Seguindo mais para o enfoque do Estado no novo desenvolvimentismo, alguns autores¹⁴ apontam a necessidade de rever os dois modelos anteriores – o de Bem-Estar Social e o Neoliberal – para a criação de um novo padrão de desenvolvimento. Como destacam Sicsú *et al.*¹⁴, ***a estratégia novo-desenvolvimentista, embora tenha suas origens no ‘velho desenvolvimentismo’, ainda que com um olhar crítico em alguns aspectos dessa estratégia, busca adequar a estratégia desenvolvimentista aos novos tempos e à realidade brasileira atual.***

A discussão de um novo modelo de desenvolvimento tem sido retomada tanto pelos intelectuais independentes, como pelos organismos internacionais. Entretanto, é importante atentar para a importação de modelos e para os impactos e condicionamentos que essas idéias, na sua maioria advinda de países com grande força política e econômica, podem ter nos países periféricos. Aponta-se a necessidade de avançar na concepção de desenvolvimento não só como modernização, mas também como políticas que embasem um verdadeiro projeto nacional de enfrentamento das desigualdades sociais e de construção de uma cidadania plena. Ao mesmo tempo, há quase uma unanimidade no sentido de resgatar a questão da inovação tecnológica como base para um novo modelo de desenvolvimento.

Sistema de inovação e complexo produtivo em saúde

Um sistema nacional de inovação, de acordo com Albuquerque e Cassiolato¹⁵, é uma construção institucional, produto de uma ação planejada e consciente ou de um somatório de decisões não planejadas e desarticuladas, que impulsiona o progresso tecnológico em economias capitalistas complexas. Esses arranjos institucionais envolvem as firmas, as redes de interação entre empresas, as agências governamentais, as universidades, os institutos de pesquisa, os laboratórios das empresas e a atividade de cientistas e engenheiros. Os arranjos institucionais se articulam com o sistema educacional, o setor industrial e empresarial e as instituições financeiras, completando o circuito dos agentes que são responsáveis pela geração, implementação e difusão das inovações.

De acordo com a tipologia sugerida por esses autores¹⁵, os sistemas de inovação dos diferentes países podem ser classificados em quatro grupos principais. O primeiro grupo inclui os sistemas de inovação maduros, como os dos Estados Uni-

dos, Japão, Alemanha, Suécia, Holanda, etc. O segundo grupo é formado por sistemas de inovação de países de *catching up* (países que estão se aproximando em termos de renda *per capita* e desenvolvimento industrial e tecnológico dos países líderes), como Coréia do Sul, Taiwan e Cingapura. O terceiro grupo abrange os sistemas não-maduros, abaixo do *catching up*, que podem ser subdivididos em três outras categorias: i) países que já possuem sistemas de ciência e tecnologia constituídos, mas com uma infra-estrutura de ciência e tecnologia pouco eficaz (Brasil, México, Índia, África do Sul); ii) países do leste europeu, que compartilham características comuns do passado “socialista” e a presente transição para uma economia de mercado (Rússia, Polônia, Hungria, Bulgária, etc.); e iii) países do sudeste asiático, que compartilham uma realidade de crescimento recente (Tailândia, Malásia, Indonésia, Filipinas). O quarto grupo inclui os sistemas de inovação inexistentes ou imaturos, como Turquia, Afeganistão e países da região da África subsaariana.

Considerando que as características do progresso tecnológico e dos fluxos de informação variam consideravelmente entre os diversos setores da economia, Albuquerque e Cassiolato¹⁵ sugerem que é possível desagregar um sistema nacional de inovação em diferentes setores. Os autores citam que estudiosos da economia da inovação têm se surpreendido com a proximidade da relação entre a ciência e tecnologia no setor saúde e que, desse ponto de vista, o setor saúde pode ser demarcado por outras atividades econômicas em termos de dinâmica inovativa, daí a idéia de um subsistema de inovação do setor saúde. Três fenômenos importantes são citados como pontos de partida para possibilitar uma visualização inicial dos fluxos de informação científica e tecnológica no interior do sistema de inovação em saúde:

- O conceito de complexo médico-industrial da saúde, desenvolvido no Brasil de forma pioneira por Cordeiro^{16,17}, que se refere a uma articulação que envolve a assistência médica, as redes de formação profissional (escolas, universidades), a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e instrumentos diagnósticos;
- A existência de um sistema biomédico de inovação, sugerido por Hicks e Katz¹⁸ em um estudo que apontou que as instituições fora do circuito acadêmico, no caso os hospitais, têm participação importante na produção científica; e
- As interações entre as universidades e as indústrias na geração de inovações tecnológicas em saúde, além de inúmeras particularidades na in-

teração produtor-usuário, na qual a profissão médica desempenha papel importante no desenvolvimento das inovações, assim como em seu aperfeiçoamento¹⁹. Dessa forma, as universidades e instituições de pesquisa, os provedores de assistência à saúde, as instituições reguladoras (como o FDA), a indústria produtora de inovações tecnológicas e as instituições vinculadas ao sistema de saúde pública são os principais agentes que participam dos fluxos de informação científica e tecnológica na área da saúde.

Duas características importantes são, ainda, destacadas por Albuquerque e Cassiolato¹⁵. A primeira é que as inovações no setor saúde são crescentemente dependentes de pesquisas interdisciplinares (em medicamentos, por exemplo, uma nova droga requer o trabalho de químicos, biólogos moleculares, engenheiros químicos, clínicos, etc.; na indústria de equipamentos, inovações requerem o trabalho de físicos, engenheiros eletrônicos, especialistas em novos materiais, especialistas médicos, etc.), ou seja, a produção de inovações tem como pré-requisito uma estrutura de formação universitária e de pós-graduação abrangente e razoavelmente sofisticada, dado o tipo de interação e interdisciplinaridade que ela apresenta. A segunda é que a inovação, nesse setor, depende pesadamente das interações entre universidades (especialmente centros médicos acadêmicos) e empresas industriais, como é o caso do setor de biotecnologia e da indústria farmacêutica. Outra importante particularidade diz respeito à diversidade de padrões de avanço tecnológico no setor saúde, dada a amplitude de produtos e serviços envolvidos (desde a produção de seringas até tomógrafos computadorizados e proteínas geneticamente manipuladas), o que explica a pluralidade de padrões de progresso tecnológico.

De acordo com Lehoux²⁰, existem seis grandes setores cujo desenvolvimento tem sido particularmente rápido e importante na saúde: i) introdução da informática e produtos derivados das tecnologias de defesa, como o ultra-som, a ressonância magnética, a densitometria, a tomografia computadorizada etc., que não são substituíveis entre si; ii) projetos de tele-saúde (internet, cabo óptico, satélite); iii) as biotecnologias, com vários setores de inovação; iv) as vacinas, tanto para doenças infecciosas como crônicas; v) a pesquisa sobre novos materiais e a micro-eletrônica (implantes cardíacos, auditivos etc.); e vi) os medicamentos. O desenvolvimento dessas tecnologias traz importantes conseqüências econômicas, clínicas e sociais: do ponto de vista econômico, as

tecnologias em saúde geram renda para os profissionais, produtores e distribuidores, o que explica, em grande parte, as pressões exercidas para sua adoção e utilização; do ponto de vista clínico, elas aumentam a capacidade de ação dos médicos em gerar saberes (capacidade diagnóstica) e em permitir intervenções sobre o corpo humano e suas funções fisiológicas (capacidade terapêutica), que influi sobre o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes; e, do ponto de vista da sociedade, as tecnologias afetam a distribuição das vantagens e dos custos entre diferentes grupos sociais.

Gadella *et al*²¹ conceituam o setor saúde como um *locus* essencial de desenvolvimento econômico, por ser este um campo em que inovação e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, emprego e renda. De acordo com esses autores, o complexo industrial da saúde é constituído por um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde, um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersectoriais de compra e venda de bens e serviços e que se move no contexto da dinâmica capitalista. Três grupos se destacam no complexo industrial da saúde:

(i) As indústrias de base química e biotecnológica, que produzem fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico. Neste grupo, o setor de medicamentos constitui o grande mercado, sendo liderado por um conjunto de grandes empresas, altamente intensivas em tecnologia e que dominam o mercado mundial;

(ii) As indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais, que produzem equipamentos mecânicos e eletromecânicos, próteses e órteses e material de consumo. Destaca-se, nesse grupo, a indústria de equipamentos, tanto pelo seu potencial de inovação quanto pelo seu impacto nos serviços, ocasionando mudanças nas práticas assistenciais; e

(iii) Os setores prestadores de serviços, constituídos por hospitais, ambulatórios e serviços de diagnose e terapia. São eles que organizam a cadeia de suprimentos dos produtos industriais em saúde, articulando o consumo desses produtos tanto nos espaços públicos quanto privados.

O Estudo de Competitividade por Cadeias Integradas no Brasil²² aponta a existência de um movimento crescente de penetração da lógica capitalista na produção em saúde, a relação de interação e interdependência entre produtores e usuários, a constituição de um mercado de serviços médico-hospitalares privado, as relações de con-

tratualização que impulsionam os agentes a seguir lógicas de competitividade e eficiência em suas atividades e o Estado como agente central de promoção e regulação em saúde. Esse mesmo estudo aponta os fatores-chave para alçar o desenvolvimento do complexo industrial da saúde a um patamar de destaque na condução das políticas públicas nacionais: a relevância econômica e o potencial de inovações do setor, fonte de captação de novos paradigmas tecnológicos; a abrangência da atuação do Estado na área de saúde, que pode usar seu poder de compra em benefício do desenvolvimento do complexo em negociações internacionais, mantendo situações de flexibilidade no mercado interno para estimular a produção nacional; e a busca pela redução da vulnerabilidade externa da política social voltada para a saúde, que não pode ficar à mercê das oscilações do mercado externo no que diz respeito às importações.

A relevância do complexo industrial da saúde pode ser evidenciada pelos dados que confirmam a ampla participação do Estado brasileiro no setor e, conseqüentemente, revela oportunidades de ação em favor do crescimento econômico e social do país em áreas ligadas ao setor saúde. Responsável por 70% da demanda por produtos, bens e serviços em saúde, o Estado ainda responde por $\frac{3}{4}$ dos investimentos no setor. O PIB registra a participação do complexo industrial da saúde na casa dos 5%, sendo que 30% da renda gerada ficam com a iniciativa pública. A área de saúde responde ainda por cerca de 25% do orçamento das agências federais de fomento para Ciência e Tecnologia²³.

Essas características gerais permitem conferir ao Estado o relevante papel de potencial indutor para o estímulo e regulação em saúde e de articulador de políticas de integração entre as esferas tecnológicas, industrial e social, conferindo ao complexo da saúde o patamar de destaque na condução geral das políticas de desenvolvimento nacional. De fato, o Estado deve ser visto como peça-chave na regulação desse processo, contribuindo para reduzir os efeitos negativos do mercado quanto à oferta de cuidados em saúde, intervir no processo de inovação (de modo a orientar a natureza das tecnologias e seu impacto sobre os custos) e avaliar os aspectos éticos e sociais engendrados pela utilização do conhecimento técnico-científico moderno, que exige uma tomada de posição coletiva.

Como o Estado pode concretamente orientar e sustentar projetos particulares de P&D no âmbito da saúde e favorecer o uso apropriado das tecnologias? Para Lehoux²⁰, essa influência pode

ser exercida por meio de três diferentes políticas: políticas comerciais, políticas de P&D e políticas de saúde. As políticas comerciais podem influir no financiamento e criação de empresas, principalmente no setor de equipamentos médicos (via créditos, subvenções etc.); as políticas de P&D em geral podem promover o desenvolvimento de tecnologias particulares que podem, a curto e médio prazo, transformar os serviços de saúde (biotecnologia, telecomunicações, microeletrônica etc.); e as políticas de saúde exercem um impacto direto sobre a oferta de cuidados em saúde, notadamente quanto à regulação da entrada de equipamentos e medicamentos nos sistemas de saúde. O desafio, para autora, consiste em encontrar um equilíbrio naquilo que parece ser a adoção de uma política esquizofrênica: de um lado, buscar formas para incentivar a consolidação de uma indústria lucrativa e que joga papel importante no desenvolvimento econômico; de outro lado, adotar medidas vigorosas de controle das despesas de saúde.

Ainda segundo Lehoux²⁰, é bastante provável que continue a pressão crescente sobre os custos em saúde, dado o dinamismo das atividades inovadoras, sendo que muitos aproveitam esse momento de tensão para propor a privatização da oferta e do financiamento dos cuidados. Entretanto, destaca a autora, a questão que realmente importa não é a de determinar se uma maior participação do setor privado seria capaz de melhorar a *performance* do sistema de atenção à saúde, mas, antes, a de examinar como as preocupações de saúde pública podem se conjugar aos interesses do mercado. Para isso, é preciso que o Estado assuma o papel de protagonista no desenvolvimento de tecnologias que sejam mais eficientes e socialmente legítimas.

As políticas atuais voltadas para a integração entre política econômica e social e o rompimento da díade contraditória

Em 1985, foi criado o Ministério de Ciência e Tecnologia – MCT, que definiu como áreas prioritárias de atuação a química fina, a microeletrônica, a biotecnologia e novos materiais. Essas áreas deveriam ser fortemente apoiadas pelo Estado, mas essa política só começou a ser implementada de fato a partir de 1999, com a criação dos Fundos Setoriais de Ciência e Tecnologia, que articulam a academia e o setor produtivo mediante a cooperação entre empresas e centros de pesquisa,

depois de um extenso período de desarticulação entre a política de C&T e a política industrial. De fato, predominou no Brasil, durante os anos 90, uma abordagem horizontalista de política industrial, baseada na redução linear das tarifas e na ausência de políticas para setores específicos, num contexto de forte valorização cambial. Como resultado, acentuaram-se as importações de produtos estrangeiros, o que promoveu um forte enxugamento nas cadeias produtivas de vários setores, incluindo o complexo industrial da saúde²⁴.

As diretrizes da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), lançadas em novembro de 2003 pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio – MDIC, representam novo alento ao incorporar um segmento importante do complexo industrial da saúde – cadeia produtiva farmacêutica – como pólos de inovação e fomento setorial. A PITCE, como afirmam Barbosa *et al.*²⁴, é um marco com relação à prática dos anos 90, período marcado pelo predomínio de idéias alinhadas com a convenção liberal, por várias razões: por assumir a defesa explícita da necessidade de uma política industrial, por buscar romper com a dicotomia entre políticas setoriais e horizontais, por assumir um conjunto de setores e “atividades portadoras de futuro” como prioritários e também por estipular metas em relação ao desempenho comercial. Entretanto, o viés estruturalista da PITCE não chega a se consumir por completo, na medida em que não foi acompanhada por elevação de tarifas para importação de matérias-primas estratégicas e optou-se, em nível macroeconômico, por uma política de valorização cambial.

Para implementação da PICTE, o governo brasileiro dispõe atualmente de diversos instrumentos setoriais e horizontais, muitos dos quais podem ser utilizados pelos segmentos do com-

plexo produtivo da saúde. Dentre esses instrumentos, destacam-se alguns programas do BNDES – Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma), Programa Finame de Modernização da Indústria Nacional e dos Serviços de Saúde (Finame-Modernaq), Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas Integrantes do Sistema Único de Saúde, Fundo Tecnológico (FUNTEC), Programa de Desenvolvimento da Inovação (PDI), Programa de Competitividade das Empresas do Setor Industrial (Procomp) –, os Fundos Setoriais e outras iniciativas coordenadas pela FINEP – CT-Saúde, CT-Biotecnologia, Programa de Apoio à Pesquisa em Empresas (PAPPE), Projeto Inovar – e algumas ações do Ministério da Saúde, como o Programa Pesquisa para o SUS (PP-SUS).

Na área de fármacos e medicamentos (uma das opções estratégicas do PICTE), vale a pena citar com mais detalhe o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma) do BNDES, lançado em março de 2004, com a finalidade de apoiar investimentos no país de empresas da cadeia produtiva farmacêutica, incluindo intermediários químicos e extratos vegetais, farmaquímicos e medicamentos para uso humano e outros produtos correlatos voltados para a saúde humana. O apoio pode ser dado às atividades relacionadas à produção de medicamentos (implantação, expansão e/ou modernização da capacidade produtiva), à Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (infra-estrutura de P&D, inovação incremental e/ou radical de produtos e processos) e ao fortalecimento de empresas nacionais (incorporação, aquisição e/ou fusão de empresas), visando: incentivar o aumento da produção de medicamentos para uso humano e seus insumos no país; melhorar os padrões

Quadro 2. Linhas de ação, opções estratégicas e atividades portadoras de futuro da PITCE.

Linhas de ação horizontais	Opções estratégicas	Atividades portadoras de futuro
Inovação e desenvolvimento tecnológico	Semicondutores	Biotecnologia
Inserção externa	Software	Nanotecnologia
Modernização da indústria	Bens de capital	Biomassa/energias renováveis
Capacidade e escala produtiva	Fármacos e medicamentos	

Fonte: Brasil. *Diretrizes da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior*. [Paper na Internet]. 2003 Nov 23 [acessado 2007 Out 5]; [23p.]. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/ascom/apresentacoes/Diretrizes.pdf>

de qualidade dos medicamentos produzidos para uso humano e sua adequação às exigências do órgão regulador nacional; reduzir o déficit comercial da cadeia produtiva; estimular a realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação no país; e fortalecer a posição econômica, financeira, comercial e tecnológica da empresa nacional. Os dados de desempenho do Profarma mostram resultados bastante favoráveis: até julho de 2007, o programa acumulou 48 operações em carteira (contratadas, aprovadas, em análise ou enquadradas), totalizando R\$ 972,4 milhões em financiamentos que viabilizam investimentos totais de aproximadamente R\$ 1,9 bilhão. Do total financiado, 53,9% foram destinados a projetos de aumento da produção, 34,3% a operações de fusões e aquisições de empresas nacionais e 11,8% para doze empresas com projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação²⁵.

Apesar dos resultados positivos, algumas lacunas ainda precisam ser enfrentadas pelo BNDES no âmbito do Profarma^{4,24}: necessidade de ampliar a atuação no financiamento de projetos relacionados ao tratamento de doenças negligenciadas e a produtos gerados com base na rota biotecnológica; falta de apoio específico ao desenvolvimento dos laboratórios oficiais; baixa atratividade para as empresas de capital estrangeiro, que conseguem captar recursos no mercado internacional com juros ainda menores que os praticados pelo BNDES e com menos exigências de garantia; e limitação de recursos para financiamento do componente de pesquisa, desenvolvimento e inovação.

As aprovações da Lei de Inovação, de 2 de dezembro de 2004, e da Lei 1.196, de 21 de novembro de 2005, conhecida como “MP do Bem”, constituem instrumentos importantes para fomentar uma cultura de inovação no Brasil, seja aproximando os diversos atores envolvidos no processo de inovação, seja estimulando a criação de empresas que tenham como propósito desenvolver pesquisas tecnológicas, seja ainda estabelecendo incentivos fiscais para empresas que realizam investimento em atividades tecnológicas. A criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI) e da Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI), em 2005, representa, por sua vez, tentativas de coordenar esforços acionados a partir da PITCE, bem como de promover o desenvolvimento industrial e tecnológico brasileiro por meio do aumento da competitividade e da inovação.

Como sugerem todas essas iniciativas, o Brasil vive hoje um momento de maior integração

entre as diferentes políticas voltadas para o desenvolvimento do setor saúde – política de C&T, política industrial e política de saúde. O lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado em janeiro de 2007 e que objetiva promover a aceleração do crescimento econômico, o aumento do emprego e a melhoria das condições de vida da população brasileira, é um exemplo desse esforço. Para tanto, pretende implantar medidas em cinco grandes blocos – investimento em infra-estrutura, estímulo ao crédito e ao financiamento, melhora do ambiente investimento, desoneração e aperfeiçoamento do sistema tributário e medidas fiscais de longo prazo – mobilizando recursos públicos e privados da ordem de R\$ 503,9 bilhões. Embora os investimentos do PAC possam contribuir para melhorar, de forma indireta, as condições de saúde da população, é importante notar que ele não contempla programas específicos na área da saúde. Para essa finalidade, entretanto, o Ministério da Saúde vem trabalhando na formulação do chamado “PAC da Saúde”, conjunto de medidas que deve beneficiar diversos setores do complexo produtivo da saúde, incluindo a produção de medicamentos para hipertensão, diabetes e colesterol, aparelhos de ultra-som, marca-passos e cateteres, além de vacinas e hemoderivados. O objetivo é fortalecer a produção nacional desses produtos, reduzindo a dependência de tecnologia do exterior. Os critérios utilizados para seleção dos setores a serem beneficiados são coerentes com esse objetivo: aqueles ligados a doenças que mais matam no país; onde as despesas do governo são mais elevadas; e setores em que já existe alguma produção nacional²⁶.

Tais iniciativas do governo brasileiro evidenciam que a questão do desenvolvimento nacional voltou a ser um eixo prioritário na agenda pública, isto é, torna-se explícita a idéia de que cabe ao Estado incentivar uma política industrial pautada pela inovação sistêmica de base endógena, pela regulação dos setores estratégicos do complexo produtivo da saúde, por arranjos produtivos locais e por mudanças institucionais do próprio Estado para lidar com as questões tecnológicas e sociais atuais, rompendo assim a chamada “díade contraditória”²⁷.

Considerações finais

O Sistema Único de Saúde explicita claramente as conseqüências geradas pela separação entre política social e política econômica: o sistema se efeti-

va em todos os lugares do território brasileiro enquanto norma (direito à saúde), mas não enquanto modernização, isto é, não enquanto existência de fato de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros. Os lugares que se encontram mais à margem dos processos atuais de modernização e inserção no mercado global são justamente aqueles onde o SUS encontra as maiores dificuldades para atrair e fixar profissionais, manter serviços qualificados e alocar recursos financeiros para serem investidos no sistema de saúde.

Ao mesmo tempo, observa-se que um novo debate sobre saúde e desenvolvimento, baseado, sobretudo, na indagação a respeito dos conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo produtivo da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde, está tomando corpo. Isso porque a melhoria das condições de saúde da população não depende só do êxito das políticas de saúde, mas da combinação virtuosa entre desenvolvi-

mento econômico e social, isto é, da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo. A forma como essas dimensões se combinam configuram diferentes tipos de associação entre política econômica e política social, podendo, por exemplo, constituir um par virtuoso entre saúde e desenvolvimento, quando há simultaneamente o fomento das indústrias ligadas à área, com privilégio do segmento de Ciência e Tecnologia e uma regulação voltada para critérios sociais e includentes. Quando há uma clara dissociação entre saúde e desenvolvimento, seja porque a política econômica não está voltada para o desenvolvimento e a inclusão social ou porque o sistema de saúde não integra o esquema de proteção social, isto é, a saúde é responsabilidade individual, o resultado é a existência de um par não virtuoso. Essas diferentes combinações podem indicar modelos de associação entre saúde e desenvolvimento constituindo vias virtuosas, não virtuosas e de transição (Quadro 3).

Quadro 3. Modelos de associação entre saúde e desenvolvimento.

Dimensão	Modelos de associação entre saúde e desenvolvimento		
	Virtuoso	Transição	Não virtuoso
Direito à saúde	Presente Fatores positivos: • poder de compra do Estado • demandas socialmente legítimas • produtor de serviços e bens, sendo alguns de alto valor tecnológico através de institutos públicos • regulação pública voltada para o interesse coletivo	Presente (ou não)	Presente (ou não)
Política tecnológica (sistema de inovação)	Maduro Fatores positivos: • parcerias exitosas entre produtores de conhecimento e indústria	Incipiente (ou não)	Incipiente
Política industrial (fomento a setores e nichos competitivos)	Presente Fatores positivos: • cadeias de financiamento com juros baixos	Presente	Ausente
Associação entre saúde e desenvolvimento expressa em planos nacionais de desenvolvimento	Presente		Ausente

Fonte: elaboração própria.

O Brasil, pelas razões já apontadas ao longo do texto, não logrou construir um sistema de saúde capaz de garantir a saúde como direito ao mesmo tempo em que se consolidavam os processos de mercantilização do acesso e da formação do complexo produtivo da saúde. Tal característica, combinada com a ausência histórica de políticas públicas voltadas para formar um sistema nacional de inovação na área da saúde, fortalecer a indústria nacional e ampliar a capacidade instalada de empresas inseridas em setores estratégicos do

complexo, cujo resultado evidencia-se na grande dependência de tecnologia do exterior, faz com que o país seja um exemplo de modelo não virtuoso de associação entre saúde e desenvolvimento. Entretanto, a recente adoção de políticas e programas indutores do desenvolvimento nacional, com iniciativas específicas para a área da saúde, sugere que o Brasil tem trilhado caminhos importantes rumo ao modelo de transição. Resta saber se essas iniciativas serão suficientes e bem-sucedidas.

Colaboradores

ALD Viana e PEM Elias participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Viana AL, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; (37):7-20.
2. Marshall TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.
3. Erber F. Celso Furtado e as convenções do desenvolvimento. In: Saboia J, Carvalho FJC, organizadores. *Celso Furtado e o Século XXI*. São Paulo: Editora Manole; 2006.
4. Capanema LXL. A indústria farmacêutica brasileira e a atuação do BNDES. *BNDES Setorial* 2006; (23):193-216.
5. Bastos VD. Laboratórios farmacêuticos oficiais e doenças negligenciadas: perspectivas de política pública. *Revista do BNDES* 2006; 13(25):269-298.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.438. Cria a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 2005; 7 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de apoio à modernização da produção pública de medicamentos*. Brasília: MS/SCTIE/DAF; 2005.
8. Coutinho L, Belluzzo LG. Financeirização da riqueza, inflação de ativos e decisões de gasto em economias abertas. *Economia e Sociedade* 1996; 11:137-150.
9. Braga JCS. *Temporalidade da riqueza: teoria da dinâmica e financeirização do capitalismo*. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas; 2000.
10. Mkandawire T. Le retour du développement. *Courrier de la Planète: développement environnement, les défis d'un monde solidaire* [periódico na Internet]. 2002 Set. [acessado 2007 Set 30]; 67(1): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.unrisd.org/unrisd/website/newsview.nsf/0/154BDB05902D3BD9C1256BEC003EFAEB?OpenDocument>

11. 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.
12. Sen A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
13. Bresser-Pereira LC. Novo desenvolvimentismo e ortodoxia convencional. In: Diniz E, organizador. **Pós-Consenso de Washington e globalização**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. No prelo.
14. Siscú J, Paula LF, Michel R. Por que novo desenvolvimentismo? *Jornal dos Economistas* [periódico na Internet]. 2005 Jan [acessado 2007 Mai 15];186: [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/moeda/pdfs/novo-desenvolvimentismo_jornal.pdf
15. Albuquerque EM, Cassiolato JE. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro**. Belo Horizonte: Fesbe; 2000.
16. Cordeiro H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
17. Cordeiro H. **A indústria da saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
18. Hicks D, Katz J. Hospitals: the hidden research system. **Science and Public Policy** 1996; 23(5):297-304.
19. Gelijns AC, Rosember N. The dynamics of technological change in medicine. **Health Affairs** 1994; 13:28-46.
20. Lehoux P. **Une analyse critique de la valeur des technologies et des processus innovants: peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation?** Montréal: Université de Montréal; 2002.
21. Gadelha CAG, Quental C, Fialho BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(1):47-59.
22. Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia. **Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: complexo da saúde**. Campinas: Unicamp; 2002.
23. Brasil. Ministério da Saúde. CONASS. **Ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: CONASS; 2007. [Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4]
24. Barbosa AF, Mendes RC, Sennes R. **Avaliação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior para o setor farmacêutico**. São Paulo: Febrafarma; 2007. [Estudos Febrafarma, 13]
25. Durão V S. BNDES e Saúde elaboram plano para a indústria farmacêutica. **Valor Econômico** [periódico na Internet]. 2007 Jul 10 [acessado 2007 Set 25]; [cerca de 3p.] Disponível em: <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=367146>
26. Ministro da Saúde quer desonerar remédio nacional. **Folha de S. Paulo** 2007 Set 14; p. C5.
27. Cohn A. O SUS e o Direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: Lima NT, Gerschman S, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 85-405.

Artigo apresentado em 21/08/2007

Aprovado em 03/10/2007

Versão final apresentada em 15/10/2007

