



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

ZANEIR GONÇALVES TEIXEIRA

ESTADO, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL: DO DESAFIO
FURTADIANO AO ESTADO EMPREENDEDOR

FORTALEZA

2020

ZANEIR GONÇALVES TEIXEIRA

ESTADO, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL: DO DESAFIO
FURTADIANO AO ESTADO EMPREENDEDOR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito. Área de concentração: Ordem Jurídica Constitucional.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo César Machado Cabral

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T27e Teixeira, Zaneir Gonçalves.

Estado, saúde e desenvolvimento no Brasil: do desafio furtadiano ao estado empreendedor / Zaneir Gonçalves Teixeira. – 2020.

224 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Gustavo César Machado Cabral.

1. Desenvolvimento nacional. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Celso Furtado. 4. Estado Empreendedor. 5. Complexo Econômico-Industrial da Saúde. I. Título.

CDD 340

ZANEIR GONÇALVES TEIXEIRA

ESTADO, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL: DO DESAFIO
FURTADIANO AO ESTADO EMPREENDEDOR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito. Área de concentração: Ordem Jurídica Constitucional.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Cesar Machado Cabral (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Jânio Pereira da Cunha
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Mário André Machado Cabral
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Martonio Mont'alverne Barreto Lima
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dra. Raquel Cavalcanti Ramos Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Para Pedro e Vitoriano, que me
movem no tempo e espaço.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará e ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito, minha casa acadêmica, pela oportunidade de desenvolver meus estudos desde a Graduação em uma Universidade livre, pública, gratuita e comprometida com a sociedade brasileira.

Ao meu orientador, Professor Doutor Gustavo César Machado Cabral, por toda a orientação paciente, pela pronta ajuda em todas as horas e, principalmente, pelo estímulo dado nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Maria Zaneir Gonçalves e Luiz Teixeira Neto, que sempre estiveram ao meu lado desde aquele setembro de 1975, quando nos encontramos pela primeira vez.

Aos meus irmãos Virna Teixeira, Mac Gontei e Marina Furtado, com quem compartilhei doces, livros, discos, passeios, descobertas e, principalmente, momentos de amor, alegria, e apoio incondicional.

Às minhas amigas de sempre, Gretha Leite Maia, Cecília Barroso de Oliveira, Natasha Faria e Hérica Jannayna Bezzerra de Menezes, pelas conversas e pelo acolhimento, sempre.

À professora Cynara Monteiro Mariano, pelos livros, pela escuta e pela amizade.

Aos alunos da Universidade de Fortaleza, em especial meus monitores queridos, Edmilson (Edi), Yasmin, Dante, Vítor, Vinícius e Ana Maria, pela ajuda inestimável nesse ano de 2019.

À estimada Maria, trabalhadora doméstica, pela ajuda cotidiana prestada há tantos anos.

Aos companheiros de luta política, pelas ruas ocupadas na construção de um país justo, livre e solidário, pela defesa dos direitos de trabalhadores e trabalhadoras, pela afirmação da democracia, dos direitos humanos e da igualdade social.

Ao Presidente Lula, por acreditar na Universidade pública, por sonhar e realizar, e, acima de tudo, por não desistir de tornar o Brasil um país capaz de superar autonomamente seus desafios sociais e econômicos.

Uma coisa é pôr ideias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente - dá susto de saber - e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons... (Guimarães Rosa, "Grande Sertão: Veredas").

RESUMO

O presente trabalho discute a relação entre Estado, saúde e desenvolvimento, tendo como ideias-força o desafio furtadiano e a perspectiva de Estado empreendedor elaborada por Mariana Mazzucato. Apresentam-se historicamente a organização e as formas de intervenção econômica do Estado brasileiro entre concepções desenvolvimentistas e neoliberais ao longo do século XX. São explicitadas as implicações econômicas desse debate no texto constitucional de 1988, tendo como pano de fundo a exigência de promoção do desenvolvimento nacional expressa do artigo 3º da Constituição Federal. São situadas as diferentes formas históricas de prestação da saúde pelo Estado no Brasil, desde a formação de um embrionário sistema de saúde pública na primeira república, passando pela dualidade institucional que vai da era Vargas até a Constituição Federal de 1988, na qual foi superada a divisão entre saúde previdenciária e saúde pública, com a criação do SUS e o reconhecimento da saúde como direito social de todos. Além disso, a saúde pode ser entendida também como bem econômico e espaço próprio de acumulação de capital, sendo setor de alto dinamismo econômico e fortemente dependente do avanço científico e tecnológico. A compreensão das ligações sinérgicas de natureza econômica, social e política que compõem o setor tornam possível apresentá-lo sob a forma de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). O CEIS é um foco conceitual específico no âmbito do sistema de inovação em saúde. A influência neoschumpeteriana na construção do conceito de sistemas de inovação é aqui exposta e confrontada com as teses do estruturalismo latino-americano e com a tese do Estado empreendedor. A partir desse recorte, são analisadas as políticas específicas para o CEIS estabelecidas pelo Governo Federal brasileiro entre 2002-2014 e atualizadas até 2018. Conclui-se que a promoção de bem-estar em países subdesenvolvidos, em especial a saúde, não é apenas fator de oneração estatal, mas oportunidade de contribuir para superação do subdesenvolvimento, por meio do incentivo ao progresso tecnológico e do fortalecimento da política industrial em setor estratégico e crescente da economia.

Palavras-chave: Desafio furtadiano. Estado empreendedor. SUS. CEIS

ABSTRACT

This thesis discusses the relationship between state, health and development, having as its main ideas the furtadian challenge and the entrepreneurial state in the perspective elaborated by Mariana Mazzucato. The organization and forms of economic intervention of the Brazilian State between developmental and neoliberal conceptions throughout the twentieth century are presented. The economic implications of this debate are spelled out in the 1988 constitutional text, against the background of the requirement to promote national development expressed in Article 3º of the Federal Constitution. The different historical forms of state health care in Brazil are situated, from the formation of an embryonic public health system in the first republic, to the institutional duality that goes from the Vargas era to the 1988 Federal Constitution, in which the division between social security and public health is overcome with the creation of the SUS and the recognition of health as a social right of all. In addition, health can also be understood as an economic good and as an own space for capital accumulation, being a sector of high economic dynamism and strongly dependent on scientific and technological progress. Understanding the synergistic economic, social and political links that make up the sector makes it possible to present it in the form of the Economic-Industrial Health Complex (CEIS). CEIS is a specific conceptual focus within the health innovation system. The neoschumpeterian influence in the construction of the concept of innovation systems is exposed here and confronted with the theses of Latin American structuralism and the thesis of the entrepreneurial state. From this outline, the specific policies for the CEIS established by the Brazilian Federal Government between 2002-2014 and updated until 2018 are analyzed. It is concluded that the promotion of social welfare, especially health care, in underdeveloped countries is not only a factor of State encumbrance, but an opportunity to contribute to overcoming underdevelopment by encouraging scientific and technological progress and strengthening industrial policy in a strategic and growing sector of the economy.

Keywords: Furtadian challenge. Entrepreneurial state. SUS. CEIS.

RESUMÉ

Ce document traite des relations entre État, santé et développement, en se basant principalement sur le défi furtif et la perspective de l'État entrepreneur élaborés par Mariana Mazzucato. L'organisation et les formes d'intervention économique de l'État brésilien entre conceptions développementales et néolibérales tout au long du XXe siècle sont présentées de manière historique. Les implications économiques de ce débat sont énoncées dans le texte constitutionnel de 1988, dans le contexte de l'obligation de promouvoir le développement national énoncée à l'article 3^o de la Constitution fédérale. Les différentes formes historiques de soins de santé publics au Brésil se situent, de la création d'un système de santé publique embryonnaire dans la première république à la dualité institutionnelle qui va de l'ère Vargas à la Constitution fédérale de 1988. La division entre la sécurité sociale et la santé publique a été surmontée avec la création du SUS et la reconnaissance de la santé comme droit social de tous. En outre, la santé peut également être comprise comme un bien économique et son propre espace d'accumulation de capital, un secteur de fort dynamisme économique et fortement dépendant du progrès scientifique et technologique. Comprendre les liens économiques, sociaux et politiques synergiques qui composent le secteur permet de le présenter sous la forme du Complexe Économique Industriel de la Santé (CEIS). CEIS est un élément conceptuel spécifique du système d'innovation en santé. L'influence néoschumpétérienne dans la construction du concept de systèmes d'innovation est exposée ici et confrontée aux thèses du structuralisme latino-américain et à la thèse de l'État entrepreneur. Dans cette perspective, les politiques spécifiques de CEIS établies par le gouvernement fédéral brésilien entre 2002-2014 et mises à jour jusqu'en 2018 sont analysées. Il est conclu que la promotion du bien-être dans les pays sous-développés, en particulier la santé, n'est pas qu'un facteur. La charge de l'État, mais une occasion de contribuer à surmonter le sous-développement en encourageant les progrès technologiques et en renforçant la politique industrielle dans le secteur stratégique en pleine croissance.

Mots-clés: défi furtadien. Etat entrepreneur. SUS. CEIS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDI	Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
ABRASCO Coletiva	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
AED	Análise Econômica do Direito
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AM	<i>Assurance Maladie</i>
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
C,T&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CI-CP	Comissão Interministerial de Compras Públicas
CIEB	Centro de Inovação para a Educação Brasileira
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTR	Comitês Técnicos-Regulatórios
DECIIS Saúde	Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
DNDi	Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNOCS	Departamento Nacional de Obras contra as Secas
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPM	Departamentos de Medicina Preventiva

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ETECS	Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
FAS	Fundo de Assistência Social
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FINEP	Financiadora de Inovação e Pesquisa
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FPAS	Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil
GECIS	Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
IAPs	Institutos de Assistência Previdenciária setoriais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Instituições de Ciência e Tecnologia
IFA	Insumo Farmacêutico Ativo
IFD	Instituição Financeira de Desenvolvimento
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
INOCS	Instituto Nacional de Obras contra as Secas
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTERFARMA	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LPO	Laboratórios Públicos Oficiais
MECS	Medidas de Compensação na Área da Saúde
MES	Ministério da Educação e Saúde

MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NEI	Nova Economia Institucional
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
P,D&I	Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PASNI Imunobiológicos	Programa de Auto-Suficiência Nacional em
PBM	Plano Brasil Maior
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITCE	Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PNCT&I/S	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNE	Plano Nacional de Educação
PNITS	Política Nacional de Inovação e Tecnologia na Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
PROCIS	Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde

PROFARMA	Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada (ANVISA)
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development.
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	UM ESTADO EM BUSCA DO DESENVOLVIMENTO: DO DESAFIO FURTADIANO AO ESTADO EMPREENDEDOR	24
2.1	O subdesenvolvimento como construção teórica no pensamento estruturalista de Celso Furtado e a proposta do Estado desenvolvimentista	25
2.2	Desenvolvimento, subdesenvolvimento e inovação tecnológica em Celso Furtado: subsídios para uma ação política do Estado em países periféricos	31
2.3	Do estado desenvolvimentista ao estado empreendedor: pontos de contato e superação	42
3	ESTADO, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL: UMA IMPLICAÇÃO HISTÓRICA	52
3.1	Estado e desenvolvimento capitalista: o debate acerca de políticas desenvolvimentistas e neoliberalistas	54
3.2	O desenvolvimento nas ordens econômica e financeira e social da Constituição de 1988	59
3.3	Orçamento público e desenvolvimento: relação entre campo financeiro e campo econômico	67
3.4	A saúde no Brasil: de obstáculo ao desenvolvimento a setor estratégico para a atuação do Estado empreendedor	74
3.4.1	<i>Estado, saúde e desenvolvimento entre 1891-1930</i>	<i>77</i>
3.4.2	<i>Estado, saúde e desenvolvimento entre 1891-1930</i>	<i>80</i>
3.4.3	<i>Estado, saúde e desenvolvimento entre 1945-1964</i>	<i>89</i>
3.4.4	<i>Estado, saúde e desenvolvimento no período da Ditadura Civil-Militar (1964-1985)</i>	<i>95</i>
3.4.5	<i>Estado, saúde e desenvolvimento no regime constitucional de 1988 e seus desdobramentos</i>	<i>100</i>

4	SAÚDE, POLÍTICA PRODUTIVA E INOVAÇÃO: O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS)	106
4.1	A Construção do conceito de Complexo Econômico Industrial da Saúde - CEIS e suas implicações para a política de desenvolvimento	114
4.2	Sistemas Nacionais de Inovação e políticas para a saúde.....	120
4.3	Características do Estado empreendedor e política produtiva para a saúde	127
5	ANÁLISE DAS POLÍTICAS DIRIGIDAS AO CEIS E AS POSSIBILIDADES DE UM ESTADO EMPREENDEDOR NA SAÚDE	136
5.1	Políticas específicas para o CEIS e seus instrumentos normativos	139
5.1.1	<i>Política Geral de fomento à produção pública, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação</i>	<i>140</i>
5.1.2	<i>Política de articulação institucional do setor público para atividades de promoção e regulação no âmbito do CEIS.....</i>	<i>148</i>
5.1.3	<i>Política de compras do Estado como ferramenta para o desenvolvimento do CEIS</i>	<i>152</i>
5.1.4	<i>Instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS): transferência de tecnologia e estímulo à inovação nacional para superar as dependências produtiva e tecnológica</i>	<i>160</i>
a)	As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs)	161
b)	As Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS).....	168
c)	Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS)	175
5.1.5	<i>Programas de Financiamento específicos para o desenvolvimento do CEIS: BNDES e FINEP</i>	<i>183</i>
a)	PROFARMA – BNDES	185
b)	Inova Saúde – FINEP	195

5.2 As políticas definidas para o CEIS como políticas orientadas por missões no âmbito do Estado empreendedor	196
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem seu ponto de partida em uma preocupação fundamental expressa na epígrafe: como tomar as ideias bem arrançadas no texto constitucional e na teoria jurídica e transformar as condições reais em que vivem os cidadãos brasileiros, oportunizando democracia e desenvolvimento, com inafastável produção de bem-estar social? É esse sonho intenso que tem animado tantos juristas e intelectuais brasileiros, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

O sonho de conseguir realizar as tarefas constitucionais, e as dificuldades para consegui-lo, encontrou ressonância na formulação enunciada em uma pequena obra publicada em 1992. Em “Brasil: a construção interrompida”, Celso Furtado postulou o que posteriormente seria chamado de “desafio furtadiano”,¹ ideia-força que atravessa o desenvolvimento dessa tese.

A análise de Furtado (1992), forjada a partir do olhar sobre as profundas mudanças estruturais pelas quais passava a economia mundial desde o final da década de 1970, no processo conhecido como o fim dos 30 anos do consenso keynesiano, recoloca a questão do subdesenvolvimento brasileiro em outras bases. Se, principalmente durante o período de 1945 a 1964, buscou-se a definição de um projeto nacional de desenvolvimento baseado no papel preponderante do Estado e na intervenção planejada sobre as estruturas produtivas para a construção de um sistema econômico nacional e autossustentado, a partir da primazia decisória interna, o que fazer diante de uma nova ordem política e econômica baseada em processos de acumulação capitalista globalizada e financeira que parecem aniquilar, progressivamente, a própria instância do Estado nacional e sua governabilidade sobre a política econômica? Como resgatar, em termos nacionais e democráticos, essa dívida

¹ “Na lógica da nova ordem internacional emergente parece ser relativamente modesta a taxa de crescimento que corresponde ao Brasil. Sendo assim, o processo de formação de um sistema econômico já não se inscreve naturalmente em nosso destino nacional. O desafio que se coloca à presente geração é, portanto, duplo: o de reformar as estruturas anacrônicas que pesam sobre a sociedade e comprometem sua estabilidade, e o de resistir às forças que operam no sentido de desarticulação de nosso sistema econômico, ameaçando a unidade nacional” (FURTADO, 1992, p.13).

estrutural com o passado e, ao mesmo tempo, resistir ao sequestro do futuro, em termos de um desenvolvimento endógeno?

Nesse processo de reorganização econômica mundial, nos anos 1980-1990, novas concepções acerca do desenvolvimento foram sendo construídas, rechaçando as teses neoliberais em ascensão que preconizavam o Estado mínimo. Entre elas, merece destaque a economia evolucionária neoschumpeteriana, que, reorganizando as teses de Joseph Schumpeter ([1911] 1988), buscou compreender profundamente o processo de inovação e suas condicionantes, colocando na articulação sistêmica dos diversos atores, inclusive o Estado e seus organismos, e instituições nele envolvidos, o caminho para o desenvolvimento capitalista, por meio da incorporação do progresso tecnológico nos setores produtivos. Nesse contexto, a experiência de países asiáticos, como Japão e Coreia do Sul, que montaram sistemas nacionais de inovação com adequada sinergia, combinados a outras políticas econômicas baseadas no protagonismo estatal, ilustravam a aplicabilidade das teses neoschumpeterianas.

Mais recente, outra concepção que redefine o campo da atuação estatal sobre a política de desenvolvimento está expressa na ideia de “Estado empreendedor”, tal como definido por Mariana Mazzucato (2014). Baseado na liderança estatal para definir e executar estrategicamente os rumos da política produtiva e ancorado em estudos empíricos realizados pela autora em países desenvolvidos, em especial os Estados Unidos da América, esse posicionamento defende que investimento estatal não deve se dar somente diante das “falhas de mercado”, mas dentro de um conjunto articulado de estratégias a que se convencionou chamar atualmente de “políticas orientadas por missões”.

Embora elaboradas em marco distinto do cenário do Estado desenvolvimentista em que se forjou o pensamento de Celso Furtado, é possível encontrar pontos fortes de contato entre as três ideias e ver no desenvolvimento deliberado de políticas industriais e de inovação sob direta ação do Estado um retorno do controle sobre a governabilidade econômica preconizado por Furtado, além da irradiação dos benefícios do desenvolvimento para a melhoria efetiva da vida dos brasileiros, que é o fim último da busca de superação do subdesenvolvimento.

É por meio da articulação dessas três teorias que se desenvolve o ponto fundamental desta tese: a construção de um padrão de desenvolvimento nacional

que seja capaz de articular, ao mesmo tempo, dinamismo econômico e direitos sociais, conformando um Estado de Bem-Estar no Brasil. Para tanto, foi escolhido para uma análise verticalizada o tema da saúde, pela definição constitucional de sua prestação como um direito social de todos e dever do Estado, a ser possibilitado por meio de políticas econômicas e sociais que assegurem o acesso universal, integral e equânime às ações sanitárias de promoção, prevenção e recuperação.

A saúde passou, no mundo todo, no período do pós-segunda guerra, por um processo mais ou menos amplo de desmercantilização do acesso, mercantilização da oferta e estruturação de um campo econômico próprio, formado por um significativo parque industrial ligado à área, com indústrias de vários setores, além de prestadores de serviços. Tornou-se, assim, ao longo do século XX, ao mesmo tempo, um direito social, um bem econômico e um espaço próprio de acumulação de capital no mundo globalizado.

É com base nessa triplicidade que se analisa a construção histórica do sistema de saúde no Brasil como um processo de fortalecimento do Estado, demandando uma específica e articulada atuação deste no campo econômico e social. O desdobramento das políticas estatais para o campo sanitário ilustra uma das ideias centrais deste trabalho, qual seja: a promoção de bem-estar social em países subdesenvolvidos não é apenas um fator de oneração do Estado, mas uma oportunidade de contribuir para a superação do subdesenvolvimento, nos termos do artigo 3º, da Constituição Federal,¹ por meio do incentivo ao progresso científico e tecnológico e do fortalecimento da política industrial em um setor estratégico e crescente da economia, no qual o Estado tem não só o poder de regulamentação, mas também, de intervenção direta, por ser o principal comprador de insumos de saúde.

Assim, a organização do trabalho contempla, no capítulo 2, uma discussão conceitual acerca do subdesenvolvimento, tal como concebido por Celso Furtado em diversas obras, e o papel do Estado em uma concepção desenvolvimentista, marco das teses do estruturalismo cepalino. A ideia é afirmar a

¹ Art. 3º: “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”

atualidade do debate proposto por Furtado e compreender sua influência na configuração do Estado brasileiro proposto pela Constituição de 1988 e o imperativo de completar o processo, inacabado, de desenvolvimento econômico e social no Brasil.

Ainda nesse capítulo, as ideias de Furtado são confrontadas com o pensamento de Mazzucato acerca do Estado empreendedor, verificando-se os pontos de contato e superação entre as duas teorias. Tais ideias podem ser enriquecidas com o debate sobre as políticas de inovação instituídas por um Estado que mais do que facilitar e criar condições para o processo de desenvolvimento, torna-se agente direto, investidor e definidor de rumos nos tempos da economia do conhecimento. Já é insinuada aqui, também, a concepção evolucionária neoschumpeteriana (e suas implicações), sendo esta desenvolvida plenamente no capítulo 4, ao serem abordados os sistemas de inovação.

O capítulo 3 traz a uma discussão histórica acerca da aplicação de ideias desenvolvimentistas e neoliberais no campo da política econômica brasileira, explicitando seus efeitos para a capacidade de governar a política econômica, tomando as formulações desenvolvimentistas a partir dos anos 1930 até o marco jurídico-político da Constituição Federal de 1988. Entende-se que o texto constitucional e o ambiente de redemocratização marcaram nova etapa da trajetória brasileira em direção ao desenvolvimento econômico e social compatível com a construção de um Estado de bem-estar capaz de atender as exigências mínimas de dignidade humana.

Essa trajetória, marcada pela superação da crise da dívida que explode no Brasil a partir dos anos 1980, foi conturbada pela adoção de políticas de estabilização monetária e financeira na década de 1990, que inibiram o protagonismo estatal na promoção do desenvolvimento. Em 2003, com o primeiro Governo Luís Inácio Lula da Silva, o papel protagonista do Estado foi parcialmente retomado com as políticas produtivas voltadas à ampliação da capacidade industrial do país e ao fortalecimento de um sistema nacional de inovação capaz de suprir o hiato tecnológico nacional.

Paralelamente, o capítulo 3 também aborda como historicamente se formou o campo sanitário no Brasil, ainda na Primeira República, especialmente a partir dos anos 1920, até a conformação da atenção à saúde como direito social prestado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), expressa na Constituição de

1988 e na Lei Federal nº 8.080/1990. Profundamente afetado pelo debate desenvolvimentista, o setor da saúde e sua prestação pelo Estado foi, a partir da era Vargas, dualizado em um sistema de saúde pública, prestado pelo Estado de forma mais preventiva e não integral; e um sistema de assistência média e hospitalar no âmbito da previdência social, assegurado apenas aos trabalhadores integrados ao mercado formal.

No plano político e econômico, travou-se a discussão sobre se as condições de saúde da população eram o entrave ao desenvolvimento ou se eram, elas próprias, resultado do processo de subdesenvolvimento, reclamando também políticas horizontais, e não apenas verticais, por parte do Estado. São os avanços trazidos por esse debate que conformarão as teses do movimento sanitário entre meados dos anos 1970 e 1980, base para a elaboração da Reforma Sanitária representada pelo SUS no texto constitucional de 1988.

O capítulo 4 é novamente um capítulo conceitual. Aqui a saúde é vista como bem econômico e espaço próprio de acumulação de capital, no entanto, articulada, como direito social, à prestação estatal. Com base nisso, discute-se o conceito sistêmico de Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS, como forma de captar a triplicidade do campo sanitário, explicitando que o próprio CEIS é um foco conceitual dentro do Sistema Nacional de Inovação em Saúde. A influência neoschumpeteriana na construção do conceito de sistemas de inovação é aqui exposta e confrontada com as teses do estruturalismo latino-americano e com a tese do Estado empreendedor.

Tomar a saúde como campo econômico e social de articulação multisetorial, pública e privada, implica determinar, nesse processo, que papel cabe ao Estado desempenhar. Implica, também, assumir a condição estratégica do campo sanitário em relação ao desenvolvimento, tanto no plano social, como político e econômico, dada a magnitude desse setor de indústria e negócios, fortemente baseado na ciência e na tecnologia, não só no Brasil, mas no mundo.

A discussão conceitual aberta no capítulo 4 prepara a abordagem empregada no capítulo 5, no qual são discutidas as políticas específicas definidas pelo Governo Federal para o desenvolvimento produtivo do CEIS. Campo estratégico para a economia, o CEIS apresenta-se como um sistema que congrega pesquisa, produção industrial e serviços, associado a atividades de alta intensidade de inovação e tecnologia. É um setor de grande dinamismo, que, no Brasil,

movimenta recursos superiores a 6% do PIB, sendo a área de maior investimento público onde se realiza pesquisa e desenvolvimento tecnológico (BRASIL, 2013). Sabe-se também que as importações na área da saúde representam impacto significativo no déficit da balança comercial brasileira.²

Desde 2003, a partir do primeiro Governo Luís Inácio Lula da Silva, foram adotadas políticas econômicas com impacto no CEIS. A retomada da política industrial brasileira tem seu marco em 2004, com a edição da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE, 2004-2008), seguida da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP, 2008-2010), e do Plano Brasil Maior (PBM, 2011-2014), este último já do Governo Dilma Rousseff. Em todos esses planos nacionais, a saúde é apontada como setor produtivo estratégico. Mesmo que o marco inicial desse processo seja com a PITCE, desde 2002 mudanças no perfil de financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES já impactam o setor produtivo, retomando a política dos campeões nacionais pela internacionalização das empresas brasileiras com capacidade competitiva.

Dadas tais condições, o recorte temporal aqui adotado enfoca os anos de 2002 a 2014, abrangendo os dois Governos Luís Inácio da Silva e o primeiro Governo Dilma Rousseff, quando foram definidas medidas, ações e planos para o desenvolvimento industrial brasileiro, articulados a políticas de ciência, tecnologia e inovação com impacto sobre o CEIS. Foram definidos, para o setor produtivo da saúde, programas específicos de expansão da capacidade produtiva; desenvolvimento tecnológico; fortalecimento de laboratórios públicos; articulação institucional intersetorial; financiamentos públicos e uso do poder de compra do Estado, por meio de vários instrumentos analisados. Esse período representa, portanto, uma política coesa e voltada para a mesma direção.

A partir do segundo Governo Dilma Rousseff, em 2015, observa-se a adoção mais ampla de medidas neoliberais. Com o Ministro Joaquim Levy, responsável pela pasta da Fazenda, começa a haver uma perda de direção da política industrial. O quadro foi agravado pelo controverso *impeachment* da Presidenta em 2016, seguido do Governo Michel Temer até o final de 2018,³ ainda

² Somente no setor de farmacêutico, o déficit na balança comercial foi, em 2016, da ordem de 4,91 bilhões. Dados da INTERFARMA. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor>. Acesso em: 05 dez. 2019

³ É do Governo Michel Temer a aprovação, em dezembro de 2016, da chamada “PEC do fim do mundo” ou PEC 55/2016. A mudança na Constituição promoveu o congelamento de gastos públicos

que tenha havido desdobramentos significativos do modelo anterior. Nesse sentido, na análise das políticas ao longo do capítulo 5, embora o foco seja de 2002 a 2014, foram feitas as atualizações institucionais e normativas relevantes para o tema do desenvolvimento do CEIS até 2018.

As mudanças e propostas ocorridas durante o primeiro ano do Governo Jair Bolsonaro não foram analisadas neste trabalho, não só porque é um governo ainda em andamento, mas também porque não parece haver qualquer direcionamento aqui aplicável, além de amplas propostas neoliberais que implicariam a perda da universalidade do SUS⁴ e o fortalecimento da atenção à saúde privada, com péssimos reflexos no campo social e econômico nacional. Preferiu-se, portanto, excluir o período da abrangência dos estudos aqui apresentados.

Nas considerações finais, apresenta-se a convergência de todos os aspectos estudados, compondo o amplo quadro da articulação entre política macroeconômica, política social, política industrial e política de inovação no campo da saúde e sua compreensão, tanto por meio do desafio furtadiano, quanto pelo viés do Estado empreendedor.

Por fim, a pesquisa empreendida no trabalho é de natureza qualitativa, tendo empregado tanto os métodos de pesquisa bibliográfica quanto documental, apresentando análise descritiva quanto ao instrumental normativo que define as políticas do Governo Federal aplicáveis ao CEIS no recorte temporal adotado.

por 20 anos, inclusive nas áreas de saúde e educação. Segundo nota técnica específica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para a saúde, feito na época da aprovação, a saúde pode perder até R\$ 743 bilhões neste período (excluída a antecipação feita em relação às aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde - ASPS definidas na Emenda Constitucional nº 86, de 2015). Fonte: IPEA, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28722&Itemid=2. Acesso em: 25 nov. 2019.

⁴ A chamada PEC do pacto federativo, entregue pelo Governo Federal ao Senado no início de novembro de 2019, já prevê a desvinculação das receitas da União sobre a saúde e a não aplicação dos percentuais orçamentários mínimos para atenção em saúde em todos os entes da federação. A proposta fere de morte o SUS, segundo especialistas, já que “os impactos acumulados da PEC do Teto [PEC 55/2016] e da reforma trabalhista, aprovadas durante o governo Temer, somados às consequências da reforma da Previdência e da desvinculação do Orçamento, propostas do novo governo, vão resultar no absoluto desamparo da população brasileira. Teremos uma população com emprego precário, sem direito à previdência, sem acesso à saúde e educação. Esse é o Estado que está sendo preparado por Guedes e Bolsonaro” (REDE BRASIL ATUAL, 2019, *online*). Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2019/03/proposta-de-paulo-guedes-para-orcamento-levara-ao-fim-da-educacao-e-saude-publicas/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

2 UM ESTADO PARA O DESENVOLVIMENTO: DO DESAFIO FURTADIANO AO ESTADO EMPREENDEDOR

Neste capítulo, apresenta-se a discussão da atualidade do desafio furtadiano, discutindo a formulação e as implicações teóricas e políticas da sua categoria principal do pensamento e ação, qual seja, o subdesenvolvimento.

É possível enunciar o desafio furtadiano nos seguintes termos: as nações que não lograram superar as condições estruturais de subdesenvolvimento ao longo do ciclo específico de acumulação capitalista do pós-guerra apresentam enorme dificuldade de fazê-lo quando as condições da globalização e da prevalência do capital financeiro tornam ainda mais frágeis os arranjos políticos e econômicos nacionais, comprometendo a própria ideia de existência de um sistema econômico nacional e, no limite, a própria possibilidade de uma instância nacional formuladora de uma política econômica (FURTADO, 1992).

Nesse horizonte, seria preciso, então, recuperar o debate sobre o subdesenvolvimento e recolocá-lo em novos termos, adequados às mudanças na economia internacional, trabalho feito por Furtado até as últimas publicações antes de sua morte, em 2004. Mas esse esforço não é apenas para acompanhar as redefinições teóricas do subdesenvolvimento em termos furtadianos. A ideia é, principalmente, debater as implicações políticas de seu desafio, traçando possibilidades e limites à atuação do Estado no processo de desenvolvimento e construindo uma inserção não subalterna da economia brasileira no plano internacional. Para os efeitos desse trabalho, as teses de Furtado serão debatidas em conjunto com a formulação de Mariana Mazzucato sobre o “Estado empreendedor”.

A escolha de Celso Furtado como ponto de partida para o pensamento aqui apresentado não é, portanto, aleatória. Furtado foi o pensador brasileiro que conseguiu ultrapassar os limites da ciência econômica e alcançou a condição de cientista social que mais contribuiu para tornar as economias e sociedades subdesenvolvidas objeto específico de estudo (OLIVEIRA, 2003, p. 11). Mas, além de uma preocupação teórica em compreender o subdesenvolvimento, especialmente o brasileiro, expressa desde a obra clássica “Formação Econômica do Brasil”, há no

pensamento furtadiano uma construção do subdesenvolvimento como problema econômico e social a ser enfrentado mediante a proposição de políticas, sendo sua superação crucial não só em termos econômicos, mas em termos da garantia da própria unidade nacional. Promover o desenvolvimento é, assim, uma pauta de ação mais ampla, nos quadros de um projeto político.⁵ É essa implicação que interessa para o desenvolvimento do trabalho aqui apresentado.

Outro aspecto fundamental a ser aqui abordado é a relação entre desenvolvimento, subdesenvolvimento e progresso tecnológico no pensamento furtadiano, na medida em que é o investimento público em inovação nos setores estratégicos a base do estado empreendedor defendido por Mariana Mazzucato (2014). Assim, é possível localizar tais pontos de contato entre as duas perspectivas - a atuação decisiva do Estado e a dinâmica do progresso técnico e seu domínio - expostas nos dois primeiros tópicos, para, a partir deles, superar a ideia de estado desenvolvimentista, em cujos marcos políticos situa-se o pensamento de Celso Furtado, sem perder a atualidade de suas reflexões e categorias.

2.1 O subdesenvolvimento como construção teórica no pensamento estruturalista de Celso Furtado e a proposta do Estado desenvolvimentista

A trajetória intelectual de Furtado em busca de uma teoria genuinamente latino-americana sobre o subdesenvolvimento superou não só o instrumental teórico da economia neoclássica (que pouco ou nada pode dizer sobre o subdesenvolvimento, e até mesmo sobre o desenvolvimento, posto que está baseada em pressupostos a-históricos), como também as formulações marxistas em torno do problema do imperialismo, em sua postura etapista, que não enxergavam para o capitalismo periférico latino-americano outra saída que não o socialismo. Seu pensamento está ligado à corrente desenvolvimentista e ao estruturalismo cepalino, com os quais Furtado teve contato a partir do trabalho conjunto realizado com o argentino Raúl Prebisch, a partir de 1949, no âmbito da CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina, criada pela ONU em 1948, na qual contribuiu com diversos estudos, além de ter sido Diretor da Divisão de Desenvolvimento Econômico a partir de 1950, estando ligado à Comissão até 1957.

⁵ Muito embora tal formulação só seja plenamente assumida em suas obras finais, quando a política deixa de ser um epifenômeno na teoria do subdesenvolvimento (OLIVEIRA, 2003, p.18).

A compreensão do pensamento de Celso Furtado sobre o subdesenvolvimento contempla uma fase “otimista”, embalada por sua intensa participação tanto na CEPAL quanto na direta formulação de uma política nacional de desenvolvimento. Esta corresponde “à fase de ascensão das forças nacionalistas, populistas e reformistas na América Latina”, que será seguida, posteriormente de “um segundo momento, relacionado com a fase ‘pessimista’ do autor, quando a análise dos processos de industrialização ocorridos em alguns países da América Latina, durante as décadas de 1950 e 1960, obriga-o a reformular e refinar os seus pontos de vista iniciais” (COSTA, 1996, p. 44).

Nesse sentido, entre os autores cepalinos, Celso Furtado foi o mais original e prolífico dos estruturalistas brasileiros e o pioneiro em afirmar que desenvolvimento e subdesenvolvimento fazem parte do mesmo processo de expansão da economia capitalista internacional (LOVE, 1998, p. 359). Afastando-se, como dito, tanto da economia neoclássica como da teoria marxista do imperialismo, os teóricos da CEPAL, inspirados no estruturalismo econômico e na análise macroeconômica de Keynes, “definiram qual o caminho a ser tomado para obter o desenvolvimento da América Latina: a industrialização, que seria o ‘remédio milagroso’ para os males que afligiriam o nosso ‘maldito subcontinente’” (COSTA, 1996, p. 40-14).

É justamente por isso que o pensamento cepalino é responsável por dar fôlego teórico ao processo de industrialização em curso em alguns países da América Latina, como Brasil e Argentina, justificando por meio de seus estudos a intervenção planejada do Estado na economia, única forma de dirigir o curso e as consequências desse processo industrializador, no sentido da promoção de um “salto” para um desenvolvimento endógeno perene. Se abandonado unicamente às forças de mercado, esse processo de industrialização nascente geraria pressões capazes de gerar, sobre as economias desenvolvidas, consequências que acabariam por solapar seus benefícios. O Estado deve assumir, assim, um papel de criador das condições para o desenvolvimento capitalista nos países periféricos. Nesse sentido:

A CEPAL também estava ligada aos movimentos nacional-desenvolvimentistas que emergiram na América Latina a partir das primeiras décadas do século XX e, especialmente, após a crise de 1929, movimentos no geral conduzidos por elites dominantes “renovadas e modernizantes”. O nacionalismo buscava construir a Nação sob vários

aspectos, neles se destacando o aspecto econômico: a independência e autonomia da Nação só estariam dadas na medida em que ela contasse com uma estrutura econômica moderna/industrial, capaz de gerar um impulso dinâmico endógeno” (COSTA, 1996, p. 41).

Na história econômica brasileira, a corrente desenvolvimentista foi responsável por respaldar teoricamente a revolução nacional e industrial, que se deu por força da intervenção estatal, principalmente entre 1930 e 1964. Segundo Ricardo Bielschowski (2004, p. 33), entende-se por desenvolvimentismo “o projeto de superação do subdesenvolvimento através da industrialização integral, por meio do planejamento e decidido apoio estatal”. O mesmo autor considera, ainda, a existência de três correntes desenvolvimentistas no Brasil de 1945 a 1964: a) a do setor privado, antiliberal e desenvolvimentista, que era favorável ao apoio estatal à acumulação privada, sem estabelecer uma posição fechada acerca do grau de participação estatal que convinha ao processo de desenvolvimento; b) a dos não-nacionalistas, que admitia políticas de estabilização econômica e preferia soluções privadas, embora não dispensasse totalmente a atuação estatal; c) a nacionalista, presente no setor público, que defendia investimentos diretos do Estado em setores estratégicos, estabelecendo a liderança estatal no processo de industrialização (BIELSCHOWSKI, 2004, p. 34). É nesta última que está inserido o pensamento de Celso Furtado.

Acerca do estruturalismo econômico, profundamente desenvolvido por Celso Furtado desde a obra “A economia brasileira” de 1954, o autor assim o conceitua:

O estruturalismo econômico (escola de pensamento surgida na primeira metade dos anos 50 entre economistas latino-americanos) teve como objetivo principal pôr em evidência a importância dos “parâmetros não-econômicos” dos modelos macroeconômicos. Como o comportamento das variáveis econômicas depende em grande medida desses parâmetros e a natureza dos mesmos pode modificar-se significativamente em fases de mudança social, ou quando se amplia o horizonte temporal da análise, os mesmos devem ser objeto de metucioso estudo. Essa observação é particularmente pertinente com respeito a sistemas econômicos heterogêneos, social e tecnologicamente, como é o caso das economias subdesenvolvidas (FURTADO, 1983, p. 72).

Nesse aspecto, o enfoque histórico-estrutural dado em “Formação econômica do Brasil” foi lapidar, pois mescla história e economia em bem medidas proporções. Iniciando sua obra com a célebre frase “A ocupação econômica das

terras americanas constitui um episódio da expansão comercial da Europa”, Furtado (2003a, p. 15) integra os fenômenos do desenvolvimento e do subdesenvolvimento na história, superando a perspectiva de que o subdesenvolvimento seria uma “etapa” pela qual os países desenvolvidos teriam passado em direção ao desenvolvimento. Ele é, na verdade, um produto do processo de desenvolvimento do capitalismo europeu. Ainda nesse diapasão, o autor discute as diferentes vicissitudes das colônias de exploração e de povoamento nesse processo, respondendo a persistente questão: por que os EUA alcançaram o desenvolvimento, e os países latino-americanos permanecem subdesenvolvidos?

Perseguindo essa ideia, Furtado traça toda a trajetória da economia brasileira em seus ciclos de expansão e retração, apontando os momentos em que mudanças estruturais alteraram o centro dinâmico do sistema, e oportunidades de desenvolvimento endógeno e formação de um mercado interno se verificaram. Isso pode ser encontrado em dois momentos cruciais: a transição para o trabalho assalariado durante o ciclo cafeeiro e o esforço de industrialização a partir da crise do café em 1929, alavancado pela industrialização baseada na substituição de importações.⁶

Foi só com a implantação e o desenvolvimento da economia cafeeira que se logrou uma mudança nesse mecanismo. Embora também dependente do estímulo externo (o centro do sistema é exógeno), e apresentando inicialmente as mesmas características que as formas anteriores quanto ao fluxo da renda, a introdução do trabalho assalariado, pela via da imigração, proporcionou nova forma de repartição da renda e de sua multiplicação interna (um novo tipo de fluxo de renda), possibilitando a formação de um mercado interno, antes inexistente. Por isso, se a dinâmica do novo sistema ainda responde ao aumento da procura externa por um crescimento extensivo, “a retração do mercado exterior provoca agora a reação dos mecanismos de defesa que, visando à manutenção do nível de emprego, iniciarão a passagem para um sistema industrial, cujo setor dinâmico é agora o mercado interno” (NOVAIS, 1961, p. 278).

⁶ Em “Formação Econômica do Brasil”, os vários ciclos da história econômica brasileira são examinados a partir do fluxo de renda envolvido nesses microssistemas. Utilizando o mesmo método para cada uma das diferentes “economias”, é possível assinalar suas diferenças e semelhanças. Assim, se tanto na economia açucareira quanto no ciclo da mineração todo o estímulo do sistema vem do exterior, e ambas as atividades experimentam um período de expansão e posterior retração para a economia de subsistência, Furtado assinala que a segunda apresentou uma menor concentração de renda, mas que não foi suficiente para a alteração estrutural da lógica do sistema produtivo (FURTADO, 2003a).

Assim, Furtado explicita sua concepção dualista, segundo a qual, nas economias subdesenvolvidas convivem setores dinâmicos, modernos e flexíveis, ao lado de setores atrasados e rígidos, e, mais ainda, há, nos períodos de expansão do sistema, uma elasticidade da demanda e uma rigidez da oferta, que acabam por produzir inflação estrutural e uma tendência crônica ao déficit na balança de pagamentos. Justamente, são essa heterogeneidade e os impasses do sistema que podem ser solucionados, naquele momento histórico, pela via da industrialização, conforme o pensamento cepalino dos anos 1950.

Tal industrialização, como dito, será alavancada e controlada pela intervenção estatal no âmbito de um amplo processo de planejamento econômico. Tudo isso articulado em um modelo que subordina a política monetária à política de desenvolvimento, e no qual a função do Estado não é voltada unicamente a estabilizar a economia por meio de modelos monetaristas de controle da inflação, potencialmente recessivos nas economias subdesenvolvidas, mas sim a construção de um arcabouço estrutural, segundo o qual a inflação será compreendida como mais um dos problemas do subdesenvolvimento superáveis por políticas desenvolvimentistas. É, portanto, primordialmente, uma decisão política que deve dirigir o processo de desenvolvimento.

Em obra posterior, Celso Furtado (2000, p. 30), acentuando as relações entre política e economia envolvidas na questão do desenvolvimento, chama atenção para a posição keynesiana, que, afastando-se da economia neoclássica, restabeleceu a primazia do político sobre o econômico. Ao concentrar-se em uma visão global das decisões econômicas, que, se bem coordenadas, podem oportunizar o pleno emprego dos fatores econômicos, Keynes rompe com a visão otimista do sistema de preços de mercado como único sinal organizador da economia e postula a política econômica como coordenação de decisões tomadas em um centro político nacional, capazes de induzir modificações no comportamento dos consumidores e nas decisões de investidores mediante políticas salariais, fiscais, de preços, de investimentos públicos, entre outras.

Assim, “esse enfoque levou a dar ênfase à dimensão política daquilo que se apresentava como problemas econômicos e a visualizar a superação do subdesenvolvimento no quadro de um projeto político” (FURTADO, 2000, p. 31). É nesse contexto que ganha força a ideia - desenvolvimentista - de que somente com a coordenação política do Estado, planejando e executando ações de choque

visando à reconstrução estrutural da economia, seria possível garantir um plano nacional de desenvolvimento em que se articulariam políticas econômicas e sociais.

É em torno desse projeto que ainda se move parte do pensamento político e econômico brasileiro e latino-americano, uma vez que a tarefa de superação de nosso subdesenvolvimento ainda não se encontra concluída. É também nesse sentido que se move o debate público sobre a ação do Estado, seja para negar (ao modo neoliberalista), seja para afirmar as ideias-força desenvolvimentistas. Tal processo é visível, por exemplo, no histórico de formulação (e abandono) das políticas industriais brasileiras: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo (1930-1964) engendrará uma política de industrialização crescente até os anos 1980, embora com efeitos distorcidos do ponto de vista econômico e social, agravados a partir da ditadura civil-militar de 1964, enquanto a introdução da pauta neoliberal a partir do Governo Collor (privatizações e liberalização comercial) e ao longo do Governo Fernando Henrique Cardoso praticamente enterrará a ideia de uma política industrial articulada ao desenvolvimento autônomo no Brasil, em troca de uma política estatal de favorecimento do capital estrangeiro e financeiro. Já a partir de 2004, com a edição da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), o ideário desenvolvimentista anima a retomada das políticas industriais, em novas bases, a fim de combater o processo de desindustrialização e inserir a economia brasileira em cadeias globais de valor, nos termos das profundas mudanças estruturais sofridas no plano da economia internacional.

O desafio atual, nesse momento do processo brasileiro de superação do subdesenvolvimento, seria afirmar uma governabilidade econômica capaz de desenvolver políticas integradas de indústria, inovação e direitos sociais e de refutar sistematicamente a orientação neoliberal e as políticas de austeridade, mas também de superar as políticas desenvolvimentistas na direção de um estado empreendedor, calcado na inovação tecnológica de setores estratégicos com possibilidade de atingir mudanças estruturais na economia e na sociedade.

2.2 Desenvolvimento, subdesenvolvimento e inovação tecnológica em Celso Furtado: subsídios para uma ação política do Estado em países periféricos

A concepção furtadiana acerca do desenvolvimento e do subdesenvolvimento como processos econômicos e culturais específicos torna-os compreensíveis apenas em termos das condições históricas particulares em que se apresentam. Só a compreensão dinâmica dessas condições, inclusive diferenciando as várias formas e os diversos graus do subdesenvolvimento, permite subsidiar a tarefa maior de agir politicamente para realizar as mudanças estruturais requeridas para sua superação.

Em “Desenvolvimento e subdesenvolvimento”, obra publicada originalmente em 1961⁷ que reúne um conjunto de textos produzidos durante a década de 1950, Furtado apresenta pela primeira vez e de forma sistemática a insuficiência de diferentes vertentes da teoria econômica europeia para a compreensão específica do fenômeno do subdesenvolvimento, e até do próprio processo de desenvolvimento. É onde lança, portanto, as bases nas quais apoiará sua investigação sobre as economias subdesenvolvidas naquele momento (anos 1960) e pelo resto da sua trajetória intelectual, na qual acompanhou as sucessivas mudanças do sistema econômico mundial, sempre preocupado com o significado dos acontecimentos históricos para as possibilidades de superação do subdesenvolvimento.⁸

Tal obra, que se divide em duas partes – justamente “desenvolvimento” e “subdesenvolvimento” -, inicia-se, inclusive, com a análise dos limites da teoria econômica europeia para a compreensão mais ampla do processo de desenvolvimento. É nessa perspectiva que o autor apresenta os limites da economia clássica, do modelo marxista, do enfoque neoclássico, da perspectiva de Schumpeter acerca do empresário como elemento dinâmico das economias capitalistas e, ainda, da teoria da “maturidade” econômica de base keynesiana. Mais adiante, o autor analisa o mecanismo e o ritmo do desenvolvimento a partir das

⁷ No ano de sua publicação, mesmo sendo uma obra técnica de teoria econômica, permaneceu na lista dos mais vendidos, tendo alcançado sucesso inequívoco de crítica e de público e sendo traduzido em várias línguas, inclusive o persa, em meio ao processo da revolução islâmica liderada pelo Aiatolá Khoimeini (FURTADO, 2009).

⁸ Esse é o enfoque principal de sua obra “Brasil, a construção interrompida”, publicada em 1992, em meio ao processo de globalização e transformação do capitalismo financeiro e da governabilidade neoliberal, e ao qual retorna, em perspectiva histórica de suas reflexões, na obra “O longo amanhecer”, de 1999.

categorias de análise econômica, ainda que ciente de suas limitações,⁹ diferenciando os graus de desenvolvimento entre as economias, em função de suas estruturas distintas. Por fim, o estudo do desenvolvimento encerra-se com a compreensão furtadiana acerca do processo histórico do desenvolvimento, que deve necessariamente acompanhar a perspectiva abstrata da teoria econômica.

Assim, Furtado (2009, p. 25) justifica a presença dos dois planos de análise:

A teoria do desenvolvimento econômico trata de explicar, numa perspectiva macroeconômica, as causas e o mecanismo persistente de aumento da produtividade do fator trabalho e suas repercussões na organização da produção e na forma como se distribui e se utiliza o produto social. Essa tarefa explicativa projeta-se em dois planos. O primeiro – no qual predominam as formulações abstratas – compreende a análise do mecanismo propriamente dito do processo de crescimento, o que exige construção de modelos ou esquemas simplificados dos sistemas econômicos existentes, baseados em relações estáveis entre variáveis quantificáveis e consideradas de importância relevante. O segundo – que é o plano histórico – abrange o estudo crítico, em confronto com uma realidade dada, das categorias básicas definidas pela análise abstrata. Não basta construir um modelo abstrato e elaborar a explicação de seu funcionamento. Igualmente importante é a verificação da eficácia explicativa desse modelo em confronto com uma realidade histórica.

Ao definir esse plano de análise, Furtado (2009, p. 26) chama ainda atenção para o fato de que cada economia que se desenvolve enfrenta uma série de problemas específicos, ainda que comuns a outras economias contemporâneas. Assim, sem cair na tentação da descrição simples de casos históricos de desenvolvimento, e muito menos na ilusória validação universal de categorias de análise abstratas, deve mover-se o economista que busca compreender os processos de desenvolvimento e subdesenvolvimento.

Nesse sentido, ao mesmo tempo de modo histórico e abstrato, apresenta-se a compreensão de Furtado sobre o processo de desenvolvimento. Segundo o autor, só é possível entender o desenvolvimento capitalista dos últimos dois séculos, a partir da Revolução Industrial, como um fenômeno histórico autônomo, não

⁹ “A teoria do desenvolvimento econômico não cabe, nos seus termos gerais, dentro das categorias da análise econômica. É esse um ponto de vista já bastante aceito hoje em dia, e caberia apenas citar os seminários sobre desenvolvimento, organizados pela Universidade de Chicago, a partir de 1951, dos quais participaram sociólogos, antropólogos e historiadores ao lado dos economistas. A análise econômica não nos pode explicar a dinâmica das mudanças sociais senão de maneira limitada. Contudo ela pode identificar alguns dos mecanismos (relações estáveis entre variáveis quantificáveis) do processo de desenvolvimento econômico” (FURTADO, 2009, p. 84).

abstratamente reproduzível na forma de processos econômicos fundamentais reconstituídos a partir de dadas estruturas econômicas, nos termos de avaliação das variáveis não econômicas que determinam a taxa de crescimento da produção de uma economia, segundo o modelo geral adotado por Kaldor, Harrod e Domar¹⁰ (FURTADO, 2009, p. 148).

As mudanças são qualitativas e não quantitativas, deslocando-se o agente dinâmico do sistema do comércio para a indústria, bem como alterando-se o próprio conceito de desenvolvimento, de aglutinação de pequenas unidades econômicas em mercados mais amplos, segundo processos de divisão do trabalho mais complexos; para o foco na própria produção em si de bens e no aumento de produtividade do sistema como um todo. Assim:

Com efeito, o advento de uma economia industrial na Europa nos últimos decênios do século XVIII, ao provocar uma ruptura na economia mundial da época, representou uma mudança de natureza qualitativa, ao mesmo título da descoberta do fogo, da roda ou a do método experimental (FURTADO, 2009, p. 148).

A comparação com o fogo, a roda e o método experimental é crucial para compreender a forma de análise do desenvolvimento capitalista proposta por Furtado. Para o autor, dadas as condições históricas que possibilitaram um primeiro núcleo industrial no continente europeu, os fatores condicionantes da economia mundial sofreram rápidas e radicais transformações, que se concentram em dois pontos: a) fatores causais-genéticos do crescimento, que passam a ser endógenos ao sistema econômico; b) imperativo do avanço tecnológico, traduzido no íntimo

¹⁰ Os modelos gerais de crescimento propostos por Harrod (1939) e Domar (1946) e, posteriormente, por Kaldor (1954), são formulações matemáticas que encontram sua base em pressupostos keynesianos e dirigem-se às economias desenvolvidas. Bresser-Pereira (1975b) aponta que o modelo Harrod-Domar (embora sejam modelos separados podem ser agrupados em um só) pode ser considerado o primeiro modelo específico de desenvolvimento, muito embora Ricardo, Marx e Schumpeter tenham esboçado de forma difusa modelos anteriores. Trata-se de um modelo simples, que é caracterizado com uma concepção de crescimento “fio da navalha”, de grande instabilidade, não havendo mecanismos específicos próprios ao sistema que garantam o crescimento. Kaldor constrói seu modelo retornando a Ricardo e Marx e introduzindo no modelo keynesiano de Harrod-Domar aspectos relativos à distribuição de renda. A própria concepção de total instabilidade do crescimento em economias maduras é revista: “O desenvolvimento capitalista das economias maduras, entretanto, não é, na realidade, tão instável quanto o modelo de Harrod nos poderia levar a supor. Ele está sujeito a flutuações cíclicas consideráveis. A manutenção do sistema em equilíbrio depende de toda uma série de intervenções por parte do Estado, das grandes empresas monopolísticas e dos sindicatos. Mas parece razoável admitir que o próprio sistema possua alguns mecanismos que o ajudem a manter-se em equilíbrio” (BRESSER-PEREIRA, 1975a, p. 53). Embora também voltado para economias desenvolvidas, o modelo de Kaldor busca variações para economias subdesenvolvidas, mas seu alcance é pequeno, uma vez que não consegue incorporar toda a complexidade dos elementos estruturais do subdesenvolvimento.

contato entre o processo de formação do capital com o avanço da ciência experimental (FURTADO, 2009, p. 149).

O que Celso Furtado está dizendo é que os fatores endógenos obedecem a uma lógica própria do capitalismo industrial, que é o deslocamento do sentido do lucro, que vai do comércio para a produção em massa dos bens, obrigando o empresário (agora elemento dinâmico da economia) e não mais o comerciante, a pensar nos custos de produção que impactam diretamente seu lucro, puxando o segundo fator, que é o avanço tecnológico, como elemento crucial para redução desses custos, engendrando um movimento próprio que passa a presidir os caminhos do desenvolvimento econômico.

Assim, segundo Furtado, a primeira etapa do desenvolvimento capitalista se dá, do lado do empresário industrial, operando-se as ferramentas da oferta, pela baixa geral dos preços de certos bens de consumo, acarretando, assim, a destruição do velho sistema artesanal. Nesse aspecto, o progresso técnico é fundamental, aumentando a produtividade e baixando os custos pelos ganhos de escala e pelo uso de inovações tecnológicas na forma de produtos ou processos produtivos, iniciando-se, aí, a maior característica da civilização contemporânea, que é a dependência entre processos econômicos e ciência experimental. Tais condições de oferta puderam ser mantidas, pois a abundância de oferta de mão de obra, em um primeiro momento provocada, inclusive, pela desorganização do sistema artesanal, não exercia pressão sobre os custos de produção. Assim, os frutos desse aumento de produtividade pela população consumidora podiam ficar retidos nas mãos do empresário industrial, no processo de acumulação de capital.

Em uma segunda etapa, por efeito da sua própria lógica de reprodução, o sistema passa a operar utilizando ferramentas tanto de oferta quanto de procura, na medida em que a produtividade física nas indústrias dos bens de consumo enseja a procura no setor de bens de capital, gerando maior rentabilidade deste e dirigindo-se para lá os investimentos financeiros. Em um primeiro momento, não se aumenta a produtividade no setor de bens de capital, mas a rentabilidade, acarretando, posteriormente, expansão física do parque industrial e, portanto, expansão no emprego de mão de obra, gerando mais procura dos bens de consumo, fazendo com que essa nova mudança no volume e na estrutura da procura, endógena ao próprio funcionamento do sistema, reorienta o sentido dos investimentos, agora para os bens de consumo.

Opera-se, então, com as duas ferramentas para o aumento da produtividade geral do sistema. Tal é o modelo típico do desenvolvimento da Inglaterra, que “foi dando lugar a um novo estilo de crescimento em profundidade, cuja força dinâmica resultava das próprias transformações internas do sistema econômico” (FURTADO, 2009, p. 152).

Mas tais transformações não se processavam de forma errática, muito ao contrário. O avanço da ciência e a aplicação dos princípios científicos à produção são a parte racional-técnica desse processo, criando-se, em consequência, um acervo de inovações técnicas crescentes, cuja viabilidade econômica dependia da avaliação da indústria, que escolhia quais técnicas incorporar e em qual velocidade. Assim, mesmo que o avanço técnico-científico fosse adquirindo autonomia subsistêmica, ampliando-se as possibilidades tecnológicas potenciais, “as condições econômicas é que determinavam, em cada caso e fase, o tipo de tecnologia a ser utilizado” (FURTADO, 2009 p. 152).

Compreendido o processo de desenvolvimento do capitalismo industrial e de sua dinâmica, a segunda parte da obra de 1961, que vem sendo referida, trata do subdesenvolvimento. É aqui que, pela primeira vez, Furtado defende sua posição acerca da necessidade de uma teoria própria do subdesenvolvimento e aponta suas categorias mínimas.

Partindo da compreensão de que o advento da Revolução Industrial na Europa provocou uma ruptura nos quadros da economia mundial, passando a condicionar todo o processo de desenvolvimento econômico posterior em todas as regiões do planeta, Furtado aponta que o núcleo industrial europeu exerceu sua dinâmica em três direções: a) o desenvolvimento da tecnologia, articulado à disponibilidade relativa de fatores nos centros industriais, conforme explicitado acima; b) o deslocamento de fronteiras da economia europeia para terras ainda desocupadas e com condições próximas às da Europa (Austrália, EUA, Canadá), onde as economias locais eram prolongamentos do sistema europeu; c) o contato do sistema econômico europeu industrializado com regiões já ocupadas, onde predominavam formas internas arcaicas e pré-capitalistas, quais sejam, as antigas regiões coloniais.¹¹

¹¹ Fenômeno não analisado especificamente por Celso Furtado, um estudo muito interessante aponta o impacto da economia industrial inglesa nas próprias regiões europeias onde ainda predominavam condições servis e base agrária. Trata-se da obra de Joseph Love, “*Crafting the third world: theorizing*

Em relação a esta última linha direcional do capitalismo industrial, Furtado ressalta que tal contato se deu de diferentes formas, o que explicita também os diferentes graus de subdesenvolvimento e dependência dos países latino-americanos em que esse processo se deu maciçamente. Assim, em alguns casos, o interesse nas economias locais por parte dos centros capitalistas se deu simplesmente para abertura de comércio, noutras para a produção de matéria-prima. Mas sempre o resultado desse contato entre estruturas avançadas de capitalismo industrial e economias arcaicas exultou na formação de estruturas híbridas, “uma parte das quais tendia a comportar-se como um sistema capitalista, a outra, a manter-se dentro da estrutura preexistente. Esse tipo de economia dualista constitui, especificamente, o fenômeno do subdesenvolvimento contemporâneo” (FURTADO, 2009, p. 161).

Analisando todo esse processo, o autor afirma sua tese fundamental, qual seja, a de que o subdesenvolvimento não é uma etapa no processo de desenvolvimento das economias nacionais, mas sim um fenômeno específico que resulta da penetração de empresas capitalistas modernas em estruturas arcaicas. E que tal se dá em diferentes estágios, variando do caso mais simples, de coexistência de empresas estrangeiras produtoras de mercadorias para exportação em coexistência com larga faixa de economia de subsistência; ao caso mais complexo, como o do Brasil, em que três setores econômicos coexistem: um de subsistência, outro voltado para a exportação de mercadorias primárias e outro como núcleo industrial ligado ao mercado interno, produzindo tanto bens de consumo quanto bens de capital para subsidiar seu próprio crescimento¹² (FURTADO, 2009, p. 171).

underdevelopment in Rumania and Brazil”, publicada em 1996. A ideia da pesquisa específica comparando os esforços de teorização do subdesenvolvimento em países tão díspares como Brasil e Romênia inicia-se, segundo o autor, um estudioso da industrialização brasileira, na seguinte circunstância: “*While studying São Paulo’s relations with the rest of the country, I had learned that in the 1930s a Rumanian economist, Mihail Manoilescu, had provided Paulista industrialists with what seemed to be a scientific rationale for industrialization in a preeminently agricultural country. In Reading Manoilescu, I became curious about the intellectual and cultural milieu in which he wrote ‘The theory of protectionism’ and soon discovered a rich and unsuspected tradition of Rumanian economic thought, much of it a protest literature against the orthodoxy of neoclassical economics and its attendant ideology of liberalism. As I began to study the Rumanian language I realized a project was born. I would examine how the problem of backwardness was, theorized in two nations in different world-regional contexts, one in East Central Europe, which, between the world wars, gave rise to many of the propositions in postwar development theory, and one in Latin America, the locus of structuralism and dependency analysis in the postwar period.*” (Prefácio, p. VIII)

¹² Uma análise bastante conhecida das estruturas econômicas industriais desenvolvidas e de suas interações com as estruturas e processos políticos e sociais nos países subdesenvolvidos na América Latina e Caribe foi realizada por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, na obra “Desenvolvimento e dependência na América Latina” (escrito em 1966/1967). Aspectos da obra serão

Em relação aos países de caso mais complexo, Furtado chama atenção especificamente para a incorporação da tecnologia. Tomada como uma das linhas para onde se expande o processo de desenvolvimento, a seleção e assimilação da tecnologia na produção não se dá da mesma forma em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Aliás, a reprodutibilidade de esquemas econômicos de uma para outra estrutura pode provocar somente similitudes aparentes. O modelo assumido pelo Brasil, de industrialização por substituição de importações, voltado para o mercado interno, fez com que a indústria local procurasse apresentar artigo similar ao importado e utilizar processos de produção que tornem competitivo seu produto, tornando a estrutura de preços no setor industrial voltado para o mercado interno semelhante à estrutura dos países desenvolvidos e exportadores de bens industrializados. Isso tem a seguinte consequência:

Assim sendo, as inovações tecnológicas que se afiguram mais vantajosas são aquelas que permitem aproximar-se da estrutura de custos e preços dos países exportadores de manufaturas, e não as que permitem uma transformação mais rápida da estrutura econômica, pela absorção do setor de subsistência (FURTADO 2009, p. 171).

Ou seja, nas economias desenvolvidas, as inovações tecnológicas interagem com os fatores que induzem transformações estruturais no próprio sistema, alavancando os processos dinâmicos e intensos inerentes ao desenvolvimento, gerando mais progresso técnico como forma de reprodução da estrutura. Já nas economias subdesenvolvidas, a tecnologia já existente é apenas absorvida na similitude com os esquemas de custo e produção das economias centrais, sem papel dinâmico nas transformações estruturais e sem retroalimentação para o desenvolvimento de mais progresso técnico.

debatidos no próximo capítulo, mas adianta-se aqui que o livro tem como objetivo explícito: “esclarecer pontos controvertidos sobre as condições, possibilidades e formas do desenvolvimento econômico em países que mantêm relações de dependência com os polos hegemônicos do sistema capitalista, mas, ao mesmo tempo, constituíram-se como Nações e organizaram Estados Nacionais que, como todo Estado, aspiram à soberania” (2004, p. 13-14) Nesse sentido, os autores diferenciam as economias locais que, após o processo de independência e a partir das articulações com o sistema de poder, e ainda que dependentes das economias periféricas: I – mantiveram o controle nacional do sistema produtivo (Argentina, Colômbia e Brasil, p. e.) por processos internos que controlaram as políticas produtivas ainda que dependentes da dinâmica central, e viabilizaram a formação de capitais locais, mesmo na dependência; II – as “economias de enclave”, onde a incorporação das economias locais ao mercado mundial se deu por meio do controle direto de grupos estrangeiros sobre as atividades primárias de produção para exportação, seja minerário (Bolívia e Venezuela, p. e.) ou agrícola, sem qualquer vinculação com a economia local, seja de subsistência seja quanto o setor agrícola voltado para o mercado externo (países agrícolas da América Central, p. e.).

Para chegar a essa compreensão, Celso Furtado não partiu da perspectiva da teoria econômica europeia do desenvolvimento, mas sim propôs uma forma de análise histórica e estrutural capaz de entender o fenômeno do subdesenvolvimento a partir de sua construção histórica, inclusive na sua ligação visceral de dependência das economias desenvolvidas, o que impede logicamente a reprodução destas experiências como forma de alcançar o desenvolvimento.

Em outros termos, sendo o surgimento das economias subdesenvolvidas um resultado histórico da interação com as economias desenvolvidas, como as primeiras poderiam superar sua condição tornando-se elas próprias desenvolvidas nos moldes das segundas? Na obra “Raízes do subdesenvolvimento”, cujos textos foram publicados com outro título¹³ em 1973 e revisados para a edição aqui utilizada, de 2003, Furtado define assim essa interação dinâmica:

Dessa forma, consideraremos o subdesenvolvimento como uma criação do desenvolvimento, isto é, como consequência do impacto, em grande número de sociedades, de processos técnicos e de formas de divisão de trabalho irradiados do pequeno número de sociedades que se haviam inserido na revolução industrial em sua fase inicial, ou seja, até fins do século XIV. As relações que se estabelecem entre esses dois tipos de sociedades envolvem formas de dependência que tendem a autoperpetuar-se. Essa dependência apoiou-se, inicialmente, num sistema de divisão internacional do trabalho que reservava para os centros dominantes as atividades produtivas em que se concentrava o progresso técnico. Em fase subsequente, a dependência resultou do controle exercido por grupos das economias dominantes sobre as atividades que, nas economias dependentes, mais assimilavam novas técnicas (FURTADO, 2003b, p. 88).

A forma como Celso Furtado entende o debate sobre o desenvolvimento e o subdesenvolvimento, a partir das estruturas econômicas fundamentais construídas dentro de condições históricas, é especialmente interessante por incluir o aspecto central da inovação tecnológica. Ao mesmo tempo estimulada e capturada pela lógica capitalista, a questão do domínio do conhecimento técnico como força produtiva é essencial para a discussão dos efeitos da tecnologia nas economias desenvolvidas e subdesenvolvidas. Em outro trecho da mesma obra, Furtado (2003b, p. 88) sintetiza: “desenvolvimento e subdesenvolvimento devem ser considerados como dois aspectos de um mesmo processo histórico, ligado à criação e à forma de difusão de tecnologia moderna”.

¹³ O título era “A hegemonia dos Estados Unidos e o subdesenvolvimento da América Latina”, lançado pela Editora Civilização Brasileira.

Ainda que a discussão acerca do tema desenvolvimento-subdesenvolvimento apresente muitos outros desdobramentos, para os objetivos desse trabalho, compreender o domínio tecnológico como central nesse processo é um dos aspectos que torna possível combinar as análises histórico-estruturais de Celso Furtado com perspectivas de corte neoschumpeteriano, baseadas em sistemas nacionais de inovação combinados com o papel do Estado para favorecer o investimento em C, T & I e para dar condições infraestruturais e de financiamento, nutrindo o ambiente de investimento em economias capitalistas, cujo papel dinâmico é sempre reservado ao empresário. Foram estas perspectivas as desenvolvidas para a articulação de um modelo de sistema no setor da saúde na forma de CEIS (Complexo Econômico Industrial da Saúde) capaz de ter reflexos sociais e econômicos significativos para mudanças estruturais na economia brasileira, como se verá mais adiante.

Mas é ainda o aspecto da incorporação do progresso técnico que torna possível a combinação da aguda reflexão furtadiana com outras propostas de atuação do Estado no processo econômico capaz de produzir transformações estruturais no sentido do desenvolvimento. Trata-se da discussão da viabilidade da implantação de um estado empreendedor na periferia do capitalismo, puxado justamente pelo amplo investimento e empreendimento público em áreas de desenvolvimento tecnológico e pela conjugação real das áreas de C, T & I com a política industrial. Em uma economia do conhecimento, já em ação desde as primeiras etapas do desenvolvimento capitalista, conforme demonstrado por Furtado, mas em seu ápice no momento contemporâneo, a saída para a superação do subdesenvolvimento não pode se dar apenas pelo estado desenvolvimentista que foca na industrialização, como desenvolvido no âmbito das teorias cepalinas.

Analisando os limites da proposta desenvolvimentista em um mundo globalizado e com a política neoliberal ditada como receita para os países subdesenvolvidos, Celso Furtado propõe essa questão em sua obra de 1992, "Brasil: a construção interrompida". Afirmando que a teoria do subdesenvolvimento trata justamente de casos especiais de economias cujo aumento de produtividade e assimilação de novas técnicas não levam à homogeneização social,¹⁴ ainda que

¹⁴ Celso Furtado explica que homogeneização social "não se refere à uniformização dos padrões de vida, e sim a que membros de uma sociedade satisfazem de forma apropriada às necessidades de alimentação, vestuário, moradia, acesso à educação e ao lazer e a um mínimo de bens culturais".

causem elevação do nível de vida médio da população, Furtado compreende o progresso técnico como o desenho de novos produtos que conformam a civilização industrial e pós-industrial, bem como o desenvolvimento de novos processos produtivos (novas técnicas de produzir).

Desta forma, a assimilação de novas tecnologias, inerente à acumulação capitalista, é um processo que instala nas populações padrões de comportamento em contínua transformação, universalizando valores. Para acessar bens em permanente renovação, alcançando formas mais elevadas de bem-estar social, torna-se necessário o aumento geral da produtividade (FURTADO, 1999, p. 38-39).

O autor afirma que, em uma economia isolada, tais processos de elevação do bem-estar só podem ser alcançados por esforços próprios de assimilação de novas técnicas e processos produtivos. No entanto, em economias que historicamente se abriram ao exterior, integrando-se em sistemas globais de produção, tal elevação geral de produtividade pode acontecer pela forma de atuação no mercado internacional, aproveitando-se as vantagens comparativas. Assim, sem qualquer progresso técnico, ou mediante avanços colaterais, as economias subdesenvolvidas podem crescer, mas não se desenvolverem autonomamente (FURTADO, 1999, p. 39-40).

Isso marca o processo de “modernização” em países como o Brasil, que, ao iniciar sua industrialização na forma de substituição de importações, vê o esgotamento desse modelo em fins dos anos 1960 e início dos 1970, quando deixa de se orientar somente para o mercado interno e concentra-se na exportação como

(FURTADO, 1992, p. 38). Trata-se, portanto, do resultado de uma ação planejada do Estado no campo econômico e social. A necessidade de certo grau de homogeneização social como parte da superação do subdesenvolvimento foi, segundo Gilberto Bercovici (2013), resultado das leituras feitas por Furtado da obra de Hermann Heller, jurista e político socialdemocrata da ala não marxista do SPD (Partido Social-Democrata Alemão) durante a República de Weimar. Em sua participação nos debates acerca do Estado Social e de formas de democracia social e material além da forma liberal, “Heller afirma que a homogeneidade social não representa a suspensão dos antagonismos da estrutura social. A homogeneidade social é uma forma de integração política democrática, em um sentido pluralista e socialista. Para ele, a homogeneidade social é sempre um estado sociopsicológico em que há uma vontade atualizada de pertencimento àquela comunidade, reconciliando os sempre existentes antagonismos e conflitos de interesse. A homogeneidade social pode processar as tensões e antagonismos, mas não acaba com eles, podendo se tornar uma forma democrática de luta de classes. A sobrevivência da democracia, segundo Heller, depende de certo ajuste social. A manutenção das disparidades econômicas faz os trabalhadores desconfiarem das formas democráticas e depositarem suas esperanças na ditadura do proletariado. Assim, a condição fundamental da democracia política é uma certa homogeneidade social, que vá além da igualdade civil e da igualdade política de caráter jurídico formal” (BERCOVICI, 2013, p. 131). Assim, nas palavras do próprio Hermann Heller, “A relativa homogeneidade pode ser uma das causas da unidade do Estado, mas, inversamente, essa homogeneidade pode ser o resultado da ação da unidade Estatal” ([1934] 1968, p. 275).

forma de superar o subdesenvolvimento, mas, no objetivo de alcançar o mercado externo, esbarra na questão tecnológica. Ademais, o crescente processo de desindustrialização¹⁵ mostra que esse modelo passou sem ter chegado a qualquer forma de domínio tecnológico próprio capaz de romper as barreiras do desenvolvimento, embora possa ter apresentado, nos quadros da economia globalizada, eventual e condicionado crescimento. Desta forma:

A rigor, o subdesenvolvimento é uma variante do desenvolvimento, ou melhor, é uma das formas que historicamente assumiu a difusão do progresso técnico. O fato que as estruturas que o conformam se hajam reproduzido no correr dos anos, não nos autoriza a prever sua permanência futura. Mas a tendência dominante é no sentido dessa reprodução. Nesse caso, a teoria capacita os agentes sociais pertinentes a escapar do fatalismo da chamada necessidade histórica (FURTADO, 1999, p. 47-48).

Superar esse fatalismo é assumir a necessidade de políticas, a partir da direção estatal, que intervenham nesse processo assegurando condições de desenvolvimento autônomo. Assim, o autor analisa o caso de países que assumiram uma política estatal deliberada de direção do desenvolvimento, em suas diversas

¹⁵ O debate acerca da desindustrialização brasileira é extenso e acirrado, tendo crescido nos últimos anos. Diferentes são os conceitos utilizados, desde o clássico, apresentado por Rowthorn e Ramaswamy (1999), que identifica o processo na redução contínua e persistente da ocupação do emprego industrial no emprego total de um país ou região. Assim, os países desenvolvidos teriam sofrido esse processo a partir da década de 1970; enquanto a América Latina teria vivido a desindustrialização durante os anos 1990, período de implantação das políticas neoliberais associadas ao "consenso de Washington". Outro conceito de desindustrialização, mais amplo, foi apresentado por Tregenna (2009), compreendendo uma situação que envolve tanto o emprego industrial reduzido em relação ao emprego total quanto o valor adicionado da indústria reduzido em relação ao PIB. Assim, neste conceito, a desindustrialização pode até ser compatível com o crescimento da produtividade industrial em termos físicos, ou, dito de outra maneira, "uma economia não se desindustrializa quando a produção industrial está estagnada ou em queda, mas quando o setor industrial perde importância como fonte geradora de empregos e/ou de valor adicionado para uma determinada economia" (OUREIRO; FEIJÓ, 2010, p. 220-221). Ademais, a importância da desindustrialização varia a partir da concepção que os autores esposam acerca da importância ou não da especialização setorial (no caso, com ênfase na indústria) para as modificações estruturais na economia e do impacto provocado pela adoção de políticas neoliberais nas possibilidades de desenvolvimento. Assim, autores mais ligados às correntes ortodoxas, que seguem o *mainstream*, defendem que a especialização industrial em si nada impacta no crescimento da economia, uma vez que decorreria da acumulação dos fatores e do progresso técnico, exogenamente determinados. Mesmo os que admitem uma concepção endógena de crescimento, encontrando em P & D um fator de geração de externalidades positivas, entendem que ciência e tecnologia não precisam estar associadas à indústria, sendo possível em outros setores da economia, não encontrando a especialização industrial uma justificativa em si mesma. Outros autores, sejam identificados com o desenvolvimentismo, o neodesenvolvimentismo (como Bresser-Pereira) ou com elementos estruturalistas e neoschumpeterianos, reforçam que o problema da desindustrialização é preocupante na fase atual do processo de desenvolvimento brasileiro, devendo-se privilegiar políticas de especialização industrial, "uma vez que este é caracterizado por envolver economias estáticas e dinâmicas de escala, concentrar o progresso técnico, apresentar maiores efeitos de encadeamentos sobre os setores a montante e a jusante e apresentar maiores elasticidade-renda da demanda" (HIRATUKA; SARTI, 2017, p. 193).

variantes, como a China, o Japão e os chamados tigres asiáticos (Taiwan, Coréia do Sul, Singapura, Hong Kong). Em todos é visível uma atuação planejada do Estado em direção à homogeneização social, com amplo investimento em educação e esforço para alcançar uma autonomia tecnológica capaz de inserir suas economias nas cadeias globais de produção em nível satisfatório.

O grande obstáculo a isso é, segundo Furtado (1999), a distribuição de poder, que permite ser a receita neoliberal imposta à periferia do sistema econômico global, onde é retirada a governabilidade econômica dos sistemas nacionais (e a própria possibilidade desses sistemas), uma vez que os governos atuam cada vez mais como reprodutores de medidas de austeridade, retirando do debate político as condições de desenvolvimento.

É nesse ponto que se coloca a possibilidade de novas formas de intervenção do Estado na economia, superadoras inclusive dos limites do desenvolvimentismo, em direção a políticas efetivas de desenvolvimento e superação da dependência pela via do desenvolvimento tecnológico orientado por setores estratégicos, tal como descrito por Mariana Mazzucato (2014), na forma de estado empreendedor, e capazes de alcançar modificações estruturais na economia, como propugna Celso Furtado.

Tais reflexões são importantes, na medida em que serão necessárias à análise da política de expansão da base produtiva e inovação do CEIS como uma aplicação da política industrial brasileira, esta mesma entendida como aspecto de um plano de desenvolvimento que pretende dirigir o setor industrial no cenário de reorganização do capital em suas cadeias globais.

2.3 Do estado desenvolvimentista ao estado empreendedor: pontos de contato e superação

Na obra “Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado”, Mariana Mazzucato sintetizou, a partir de um recorte histórico de casos, uma forma de intervenção estatal na economia que supera a concepção do estado desenvolvimentista. Trata-se da ideia de estado empreendedor.

Também, como Celso Furtado, a autora se dedicou a desfazer mitos econômicos. Se o primeiro desfez definitivamente o mito do subdesenvolvimento como etapa do desenvolvimento, Mazzucato (2014, p. 23) desfaz o mito neoliberal

de que é preciso a todo custo retirar o Estado para tornar a dinamizar a economia, por meio da redução dos débitos públicos. Normalmente, diz a autora, enquanto o empresário é tido como a força inovadora, o Estado é tido como ineficiente, pesado e burocrático, capaz de fazer o básico (oferecer infraestrutura), mas não de realizar a tarefa dinâmica da economia. Ora, isso é um mito. As políticas de financiamento público e organização de agências estatais de inovação, para dizer o mínimo, em países como os EUA, provam que o Estado foi a agência propulsora da conquista de tecnologias utilizadas hoje no setor privado, tendo sido de origem estatal os “investimentos ‘empreendedores’ mais corajosos, incipientes e de capital intensivo” (MAZZUCATO, 2014, p. 26).

Muito embora a inovação não seja uma tarefa óbvia ou necessária do Estado, um caráter dinâmico e inovador pode ser defendido para a atuação estatal, podendo esta, em alguns países, funcionar como verdadeira força empreendedora na sociedade. Mostrar esse potencial da ação estatal é, para a autora, a melhor forma de defender o Estado, em seu tamanho e proatividade. O conceito de “Estado empreendedor” foi escolhido como representativo dessa ideia pela autora, por encarnar a concepção de que o tão encorajado empreendedorismo não está resumido à criação de *startups*, ao capital de risco e a inventividades pessoais fazedoras de fortunas, mas envolve “a disposição e a capacidade dos agentes econômicos para assumir o risco e a verdadeira incerteza *knightiana*: o que é verdadeiramente desconhecido” (MAZZUCATO, 2014, p. 25).

Na economia do conhecimento, para onde dirigir a atividade estatal? Como deve atuar o estado nesse ambiente de investimentos? É sabido que ocupam melhores posições nas cadeias globais de produção aqueles que detêm o domínio tecnológico, e que são as invenções radicais e inovadoras que alimentam a dinâmica do capitalismo nos países desenvolvidos e encontram uma inibição dentro da própria reprodução do subdesenvolvimento, como inclusive Celso Furtado teorizou. Mas os investimentos em inovação são verdadeiramente incertos, pois efetivamente não se podem medir ou calcular, tal é o conceito teórico criado por Frank Knight na diferenciação entre risco e incerteza para o âmbito econômico.¹⁶

¹⁶ “But Uncertainty must be taken in a sense radically distinct from the familiar notion of Risk, from which it has never been properly separated. The term ‘risk’, as loosely used in everyday speech and in economic discussion, really covers two things which, functionally at least, in their casual relations to the phenomena of economic organizations are categorically different. (...) The essential fact is that ‘risk’ means in some cases a quantity susceptible of measurement, while at other times it is something

Por sua incerteza, alto custo e possibilidade de não-retorno, o investimento em inovação não se inicia pelo setor privado. Este pode até assumir riscos, mas não esse grau de incerteza. Só o Estado poderia, e efetivamente o faz em diversos países do mundo, empreender nesse sentido, dispondo de recursos financeiros e organizacionais por tempo indeterminado para prospectar e apoiar o desenvolvimento de novas tecnologias até em suas fases mais avançadas, dentro de políticas que possam aliar desenvolvimento tecnológico e expansão da capacidade produtiva em setores estratégicos, atuando não como um substituto do setor privado, que inibe seus investimentos, mas como um empreendedor desse setor, mais ousado e capaz de assumir riscos e incertezas, devendo, por isso mesmo, participar e receber os benefícios dessa parceria (MAZZUCATO, 2014).

A atuação do Estado aqui se dará não dentro dos marcos tradicionais da teoria econômica que defende o investimento estatal somente diante das “falhas de mercado”, mas dentro de uma posição que se convencionou chamar atualmente de “políticas orientadas por missões”.

A tese das falhas de mercado como única hipótese que autorizaria a intervenção estatal encontra suas bases na teoria econômica liberal, para a qual cabe à iniciativa privada o papel dinâmico de investimento da economia e a alocação de recursos segundo a regulação unicamente de mercado, nos termos do ótimo de Pareto.¹⁷ Qualquer intervenção do Estado altera o ambiente de investimentos e desregula os mecanismos de mercado, inibindo a força propulsora da iniciativa privada, que deixa de investir, acarretando a estagnação econômica. Assim, o Estado só estaria autorizado a investir quando não perturbasse esse ambiente, em situações que o próprio mercado apresentasse falhas que desestimulam o capital privado, uma vez que, diante de um maior retorno social que privado do investimento, não valeria a pena alocar recursos nessas áreas.

distinctly not of this character (...). It will appear that a ‘measurable’ uncertainty, or ‘risk’ proper, as we shall use the term, is so far different from an ‘unmeasurable’ one that is not in effect an uncertainty at all. We shall accordingly restrict the term ‘uncertainty’ to cases of the non-quantitative type. It is the ‘true’ uncertainty and not risk, as has been argued that forms of a valid theory of profit and accounts for the divergence between actual and theoretical competition” (KNIGHT, [1921] 2006, p. 19-20).

¹⁷ “A chamada “eficiência de Pareto” (ótimo de Pareto) é a situação em que, ao mesmo tempo, é impossível melhorar a situação de um indivíduo sem piorar a de outro, sendo três as condições para sua existência: eficiência nas trocas, na produção e na composição do produto. Esta última é sintetizada pela máxima de que a economia só deve produzir o que o consumidor quer comprar” (ARAGÃO, 1997, p. 106).

Um exemplo disso seria o investimento em pesquisa básica ou em saneamento, que gera mais retorno público que privado, por serem bens públicos de difícil apropriação privada. Além dessas hipóteses, deve o Estado manter-se fora do ambiente de investimentos e concentrar-se em fornecer infraestrutura para o desenvolvimento dos negócios. Qualquer possibilidade econômica de maior retorno privado deve ser reservada à atuação empresarial, devendo o Estado, inclusive, retirar-se das áreas em que esteja inibindo o investimento privado, ainda que inicialmente tenha aí intervindo por falha de mercado (caso das privatizações de empresas e serviços públicos).

A definição das políticas orientadas por missões segue outra lógica, distinta da teoria convencional. Para compreender sua formulação, é preciso partir dos trabalhos de Joseph Schumpeter, que localizam no empresário a força impulsionadora da economia capitalista, a partir justamente do desenvolvimento de inovações na busca de vantagens competitivas no mercado. Assim, em seus trabalhos, o investimento em ciência, tecnologia e inovação (C, T & I) é primordial para esse processo, levando à definição de políticas econômicas de incremento de taxas de inovação e progresso tecnológico em produtos e processos produtivos. Mas sabe-se que o investimento em tecnologia representa um custo cujo retorno é incerto, o que inibe a atuação da iniciativa privada nesse sentido.

No modelo das políticas orientadas por missões, sem negar a dinamicidade da empresa nas economias capitalistas, entende-se que o Estado tem papel fundamental no desenvolvimento da economia capitalista especificamente na promoção de C, T & I,¹⁸ pois sua atuação direta no ambiente de investimentos permite que a busca por mudanças tecnológicas alcance resultados não só quantitativos, mas qualitativos em termos de estrutura econômica, definindo-se não como um fim em si mesmo, mas como forma de promover rumos às economias nacionais e resolver complexos problemas da sociedade, tais como mudanças

¹⁸ Essa tese encontra plena justificativa no estudo histórico formulado por Karl Polanyi acerca do processo de transformação da economia capitalista e a implicação do Estado como maior agente na construção dos mercados "autoreguláveis": "Não havia nada natural em relação ao *laissez-faire*; os mercados livres jamais poderiam funcionar deixando apenas que as coisas seguissem o seu curso. Assim como as manufaturas de algodão - a indústria mais importante do livre comércio - foram criadas com a ação de tarifas protetoras, de exportações subvencionadas e de subsídios indiretos dos salários, o próprio *laissez-faire* foi imposto pelo estado. As décadas de 1930 e 1940 presenciaram não apenas uma explosão legislativa que repelia as regulamentações restritivas, mas também um aumento enorme das funções administrativas do estado, dotado agora de uma burocracia central capaz de executar as tarefas estabelecidas pelos adeptos do liberalismo" ([1944] 2000, p. 170).

climáticas e questões de saúde e bem-estar. Em consonância à ideia de Estado empreendedor, as políticas orientadas por missões buscam não só a aceleração do crescimento econômico pela via da inovação tecnológica, apoiando as iniciativas privadas já em curso; mas o próprio direcionamento desse processo, cabendo ao Estado definir uma atuação financeira e organizacional de liderança em setores estratégicos para realizar missões específicas voltadas para o desenvolvimento econômico e social em economias integradas às cadeias globais de produção (MAZZUCATO; PENNA, 20165).

Assim, o Estado empreendedor busca liderar e dirigir esse processo, por meio de políticas específicas para inovação em setores eleitos como estratégicos, não só por seus efeitos econômicos, mas também sociais, com reflexos qualitativos no sistema econômico nacional que podem engendrar formas de desenvolvimento autônomo em um ambiente globalizado. Tais políticas implicam a integração de diversas medidas transversais às pastas governamentais, como linhas de financiamento público às empresas, agências públicas de fomento, seleção e apoio à inovação, desenvolvimento de um sistema nacional de inovação, investimento amplo em P & D, integração das pesquisas científicas ao ambiente produtivo e suporte da capacidade produtiva inicial.

Mas em que aspectos a ideia de Estado empreendedor pode ser compatibilizada com o desafio furtadiano e a superação do subdesenvolvimento em tempos de globalização econômica e perda de governabilidade? Qual a sua relação com o Estado desenvolvimentista baseado na intervenção industrialista apresentado no primeiro tópico?

Em primeiro lugar, cumpre salientar que o conceito de empreendedorismo do Estado trazido por Mariana Mazzucato não se dá tendo em vista o problema específico das economias subdesenvolvidas, tendo sido, inclusive, formulado para combater medidas de austeridade em uma economia desenvolvida como o Reino Unido.¹⁹ Mas pode, sim, ser aplicada a países cujo desenvolvimento não se

¹⁹ Nas palavras da autora, as circunstâncias em que o livro foi concebido: “Esse trabalho é baseado em uma versão revista e significativamente ampliada de um relatório que fiz para a DEMOS, instituição com sede no Reino Unido, sobre o ‘Estado Empreendedor’. Ao contrário dos trabalhos mais acadêmicos – que podem levar anos do início à conclusão –, redigi o relatório para a DEMOS em um estilo parecido com o dos panfletos políticos dos anos 1800: rapidamente e com um sentido de *urgência*. Eu queria convencer o governo britânico a mudar de estratégia: não cortar os programas do Estado em nome de uma economia ‘mais competitiva’ e mais ‘empreendedora’, mas repensar o que o Estado *pode* e deve fazer para garantir uma recuperação sustentável pós-crise. O destaque para o papel ativo desempenhado pelo Estado nas ‘incubadoras’ de inovação e empreendedorismo –

completou e que buscam saídas distintas da receita neoliberal, como estratégia específica de política econômica em setores estratégicos, nos termos do relatório “*The Brazilian Innovation System: a mission-oriented policy proposal*”, encomendado pelo Governo Federal à época do Governo Dilma Rousseff e escrito pela própria Mariana Mazzucato e por Caetano Penna, tendo sido publicado em 2016.

Muito embora a tese do Estado empreendedor não parta do problema do subdesenvolvimento, traz categorias que não são incompatíveis com a visão do estruturalismo latino-americano representado por Furtado. Outras perspectivas acerca de desenvolvimento capitalista que levam em consideração o papel do Estado no estímulo à inovação, como a neoschumpeteriana, inclusive considerada por Mariana Mazzucato (2014, p. 50-51), já foram anteriormente compatibilizadas com os elementos do estruturalismo furtadiano. E mesmo sem referência explícita ao pensamento de Celso Furtado, a autora expõe sua compreensão do Estado desenvolvimentista e apresenta os pontos de contato e de superação em relação à experiência do Estado empreendedor (MAZZUCATO, 2014, p. 67-68).

Conforme afirma Mariana Mazzucato (2014), o Estado empreendedor não deve ser tomado como uma tese ou postulado, ou um modelo político construído no bojo de uma teoria ou estratégia para o desenvolvimento. Isso é notável, inclusive, no caráter da obra aqui abordada. Não há qualquer tentativa de propor uma nova visão do problema do desenvolvimento/subdesenvolvimento, por isso não é possível encontrar em seu texto, por exemplo, a discussão sofisticada acerca da teoria econômica realizada por Celso Furtado, muito menos a invenção de categorias histórico-estruturais apropriadas à compreensão deste problema. Trata-se da aguda percepção de uma função do Estado que, embora existente de forma maciça e crescente em economias altamente desenvolvidas, perde-se na retórica do Estado mínimo e deixa de ser enxergada do debate do Estado Social. É simplesmente perceber e jogar luz sobre o que muitos Estados têm feito em relação ao seu próprio desenvolvimento produtivo e tecnológico, para depois, na expressão de Ha Joo Chang (2004), “chutar a escada”, receitando políticas neoliberais para os Estados periféricos, que, se tivessem sido seguidas, jamais os levariam ao desenvolvimento.

como o Vale do Silício – foi fundamental para mostrar que o Estado pode não apenas facilitar a economia do conhecimento, mas efetivamente criá-la com uma visão arrojada e investimento específico” (MAZZUCATO, 2014, p. 24). Ademais, ressalte-se que o livro apresenta estudos de caso relativos majoritariamente ao Estado norte-americano.

É, portanto, uma compreensão retrospectiva de políticas que, além de claramente expostas, são debatidas e aperfeiçoadas pela autora. Assim:

A defesa de um Estado empreendedor não é uma “nova” política industrial porque é de fato o que aconteceu. Como explicaram tão bem Block e Keller (2011, p. 95), as diretivas industriais do Estado são “escondidas” basicamente para evitar uma reação da direita conservadora. São abundantes as evidências do papel crucial do Estado na história da indústria de computadores, da internet, da indústria farmacêutica-biotecnológica, da nanotecnologia e do setor da economia verde. Em todos esses casos, o Estado ousou pensar – contra todas as possibilidades – no impossível: criando novas oportunidades tecnológicas; fazendo os investimentos iniciais, grandes e fundamentais; permitindo que uma rede descentralizada desenvolvesse a pesquisa arriscada; e depois possibilitando que o processo do desenvolvimento e comercialização ocorresse de forma dinâmica (MAZZUCATO, 2014, p. 48-49).

O primeiro grande ponto de contato entre o pensamento furtadiano e a perspectiva assumida por Mazzucato é justamente a centralidade da ação Estatal. Desta forma, o estruturalismo latinoamericano engendrou o Estado desenvolvimentista, pronto a liderar, planejar e financiar o processo de industrialização, superando o modelo de substituição de importações²⁰ pela implantação de indústrias (estatais) de base e pela busca do aumento da produtividade, densidade tecnológica e competitividade da indústria nacional, superando a armadilha da “modernização”,²¹ a fim de induzir mudanças estruturais na economia, acompanhadas da já mencionada homogeneização social necessária (pois o desenvolvimento é para o social). Além da variante nacional-desenvolvimentista própria da América Latina, é também possível considerar as

²⁰ “A substituição de importações se inicia pelas indústrias mais simples, pouco exigentes de tecnologia e de baixo coeficiente de capital. Mas, a medida que progride, faz-se mais exigente, requerendo maiores dotações de capital. Coloca-se então o problema de obter-se recursos externos e/ou elevar a taxa de poupança. Sendo a atividade industrial, via de regra, mais *capitalística* que a primário-exportadora de tipo tradicional, a ‘substituição’ de bens importados por produção local requer maior esforço de acumulação do sistema produtivo, concorrendo com o processo de *modernização*” (FURTADO, 1999, p. 43).

²¹ “Nas economias que conheceram o que chamamos de processo de *modernização*, inserindo-se no sistema da divisão internacional do trabalho como exportadoras de bens primários, a industrialização se dá por caminhos distintos. Seu ponto de partida são as atividades complementares das exportações – acabamento, aviamento, armação de peças, etc. – cabendo-lhes abrir caminho competindo com produtos importados, acabados ou não. Toda vez que a capacidade para importar entra em crise, melhoram as condições para que as atividades ‘substitutivas’ internas se ampliem. O espaço em que estas penetram é previamente delimitado pelas atividades importadoras. Por conseguinte, o progresso tecnológico dá-se inicialmente pela via da importação de bens de consumo, vale dizer, no quadro da *modernização*. Só em fase posterior tais avanços chegam aos processos produtivos (FURTADO, 1999, p. 42-43).

experiências de Estados desenvolvimentistas no Leste asiático, cuja superação da dependência tecnológica em relação ao ocidente deu-se justamente por meio do planejamento estatal e de políticas de industrialização ativas. Nesses, a atuação do Estado se deu pelo direcionamento do investimento em setores estratégicos, impondo barreiras à concorrência estrangeira até que tais setores protegidos estivessem em condições de exportar.

Tanto Mariana Mazzucato (2014, p. 71-72), baseando-se nos estudos de Chang (2004) e de Johnson (1982), quanto Celso Furtado (1999, p. 48-52) analisaram a situação dos países asiáticos. Mazzucato chama a atenção para políticas específicas adotadas no Japão como a “escolha de vencedores” para o investimento em determinadas tecnologias e a criação de estratégias próprias para a conquista de mercados internos e externos²². Destaca ainda a coordenação do sistema financeiro pelo Banco do Japão e a participação do Programa Fiscal de Empréstimos e Investimentos. Já Furtado concentra-se em analisar a estratégia desenvolvimentista nos países do leste asiático a partir de sua inicial preocupação com o processo de homogeneização social, destacando políticas de reforma agrária, educação integral e formação de pesquisadores, entre outras; combinadas com o forte planejamento estatal e a superação deliberada do processo de “modernização”, adotando-se baixos níveis de consumo de bens importados. Em seguida, a ação estatal com alta seletividade de investimentos públicos setoriais associados aos incentivos fiscais destinados à mudança estrutural da economia e ao aumento de produtividade de setores estratégicos, bem como a busca da autonomia tecnológica

²² Nota importante sobre as políticas japonesas é a adoção, a partir de 1947 (com reformas em 1949, 1953 e 1977) de uma política antitruste que passou por várias reformulações até a forma adotada em 1977, que, de acordo com Jorge Fagundes (*online*), orientou o seu processo de desenvolvimento. A questão fundamental, segundo o autor, é entender que a política de defesa da concorrência deve ser entendida como parte importante da política industrial japonesa, um vez que o Ministério da Indústria e Comércio japonês (MITI), leva em consideração as determinações do órgão regulador (FTC), combatendo a formação de monopólios e a concentração de poder econômico em cartéis e conglomerados. Assim: “A história das políticas de defesa da concorrência no Japão pode ser dividida em dois períodos básicos. A primeira compreende o período entre sua introdução no Japão, após o término da II guerra mundial, e meados da década de setenta, sendo caracterizada por sua subordinação à política industrial promovida pelo MITI. A segunda, que vai do final dos anos setenta até os dias atuais, é marcada pelo aumento do poder do FTC - órgão encarregado da aplicação das Leis Antitruste no Japão - e pelo incremento das preocupações do governo e da sociedade quanto ao poder de mercado detido pelos grandes grupos econômicos. Dois fatos chamam a atenção quando do exame da evolução da política antitruste no Japão. (...) As políticas de defesa da concorrência no Japão tiveram seu espaço no desenho da atual economia japonesa, ainda que a forma de aplicação dessas políticas e sua intensidade ao longo do tempo sejam marcadas por especificidades inerentes ao modelo de desenvolvimento e intervenção do Estado no Japão.”. No mesmo sentido, Leila Bijos (2016), analisa não só a política antitruste, mas a reforma bancária japonesa no contexto de seu processo de desenvolvimento.

por meio, inicialmente de contratos de cessão com outros países e maciço direcionamento de recursos para P & D. Desta forma, conclui Furtado (1999, p. 52):

As experiências referidas nos ensinam que a homogeneização social é condição suficiente, mas não necessária para superar o subdesenvolvimento. Segunda condição necessária é a criação de um sistema produtivo eficaz, dotado de relativa autonomia tecnológica, o que requer: a) descentralização das decisões que somente os mercados asseguram; b) ação orientadora do Estado dentro de uma estratégia adrede concebida; e c) exposição à concorrência internacional. Também aprendemos que para vencer a barreira do subdesenvolvimento não é necessário alcançar os altos níveis de renda por pessoa dos países desenvolvidos.

Assim, não há qualquer contradição entre o que os dois autores pensam acerca da necessidade de uma ação orientadora do Estado sobre o sistema produtivo, tese que, ambos apontam, é de orientação inicial claramente keynesiana. No entanto, ambos afastam-se de Keynes (1934) na medida em que acreditam que a intervenção estatal, sempre necessária para regular a instabilidade do mercado capitalista, não deve se dar unicamente por meio do “governo inútil”, ou seja, baseada em despesas temporárias que podem ocorrer de qualquer maneira (ou seja, com o objetivo único de estimular a demanda e como forma de evitar as crises), mas deve seguir uma estratégia setorial e tecnológica específica. Nesse aspecto encontra-se com a perspectiva neoschumpeteriana, baseada na figura dinamizadora do empresário, reclamando que o gasto estatal deve se dar “nas áreas específicas que aumentem a capacidade de inovação do país” (MAZZUCATO, 2014, p. 60).

Ademais, em relação à questão da promoção da igualdade social (no mesmo sentido de homogeneização social proposto por Furtado), Mazzucato critica a posição da esquerda keynesiana fundada apenas no investimento em programas de bem estar social, como saúde e educação, uma vez que tais políticas não podem sobreviver sem ter uma estrutura produtiva que possam financiar esses direitos. Assim, embora “as políticas de redistribuição progressiva sejam fundamentais para garantir que os resultados do crescimento econômico sejam justos, elas em si não geram crescimento” (2014, p. 61). Chega-se, assim, à mesma posição de Celsos Furtado, para quem a homogeneização é condição necessária, mas não suficiente para a superação do subdesenvolvimento, fazendo-se premente uma ação

planejada²³ e direcionada do Estado sobre o sistema produtivo. Se a afirmação da centralidade do Estado na economia se dá, no molde desenvolvimentista, na concentração de medidas e recursos para o desenvolvimento industrial, o que se observa no trabalho de Mazzucato é a adoção de um perfil ainda mais destacado de ação estatal específica. Desta forma:

Em vez disso, o que temos é um caso de Estado direcionado, proativo, 'empreendedor', capaz de assumir riscos e criar um sistema altamente articulado que aproveita o melhor do setor privado nacional em um horizonte de médio e longo prazo. É o Estado agindo como principal investidor e catalisador, que desperta toda a rede para a ação e difusão do conhecimento. O Estado pode e age como criador, não como mero facilitador da economia do conhecimento (MAZZUCATO, 2014, p. 48).

Por fim, dentro dessa perspectiva, ambos os autores rechaçam as chamadas políticas de austeridade, de cunho neoliberal, que buscam a diminuição da ação estatal tanto no nível da promoção da igualdade social quanto da ação sobre o sistema produtivo.

A partir desse debate, discutem-se, no próximo capítulo, as diferentes posições históricas do Estado Brasileiro em busca da superação do subdesenvolvimento, com foco na promoção dos objetivos constitucionais expressos no artigo 3º, que envolvem, a partir de 1988, a busca do desenvolvimento nacional autônomo com garantias de homogeneização social²⁴, nos termos pensados por Celso Furtado. Examina-se, principalmente a oscilação entre políticas neoliberais e desenvolvimentistas, implicando o setor da saúde como importante elemento na busca do desenvolvimento social e econômico do Brasil.

²³ O planejamento como instrumento de atuação estatal na economia não é uma invenção do estruturalismo cepalino, embora tenha sido por ele apropriado e transformado em relação ao objetivo de superação do subdesenvolvimento. Um histórico do planejamento na teoria econômica precisa ser dividido entre o planejamento socialista e o planejamento capitalista. O primeiro encontra sua gênese na Revolução Russa de 1917, em especial nos Planos Quinquenais stalinistas inaugurados no final da década de 1920, em substituição à Nova Política Econômica (NEP) leninista. Já o planejamento capitalista tem suas raízes teóricas em Keynes, como forma de dirigir o capital no contexto da crise de 1929. Muitos historiadores afirmam, portanto, que o uso do planejamento como ferramenta econômica de intervenção estatal aconteceu ao mesmo tempo no mundo socialista e no mundo capitalista, tendo igualmente se acirrado, nos dois blocos, na fase do pós-2ª Guerra (LOPES; ALMEIDA FILHO, 2013)

²⁴ "Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação".

3 ESTADO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE NO BRASIL: UMA IMPLICAÇÃO POLÍTICA E HISTÓRICA

O capítulo pretende apresentar e discutir os aspectos políticos e jurídicos trazidos pelo desafio furtadiano, envolvidos na implicação entre Estado e desenvolvimento no Brasil, com foco na saúde. A ideia é apresentar como a noção de desenvolvimento orientou a construção de um projeto nacional no Brasil e como a saúde está inserida nesse processo, inclusive destacando como historicamente foi vista no projeto desenvolvimentista, passando de obstáculo para oportunidade de desenvolvimento. Um projeto nacional de desenvolvimento é, em si mesmo, um arranjo político assumido pelo Estado em articulação com diferentes setores de classe, visando à alteração de estruturas econômicas e sociais para a melhoria da qualidade de vida da população pelo acesso aos serviços sociais básicos. É tributário de debates intelectuais e políticos envolvendo os mais variados aspectos da vida nacional, na busca de superar o que é identificado como problemas a serem enfrentados.

Para tanto, tais projetos precisam expressar-se também por um conjunto de formas e instrumentos jurídicos, mormente de direito constitucional e econômico. Partindo do pensamento de Celso Furtado, sabe-se que, na superação do subdesenvolvimento, o olhar sobre as estruturas é mais importante que o olhar sobre as instituições. Assim, é importante demonstrar como os arranjos institucionais, políticos e jurídicos podem sofrer e produzir algum impacto sobre as estruturas econômicas e sociais, conformando as políticas de desenvolvimento em geral com as políticas industriais e de inovação, em particular.

No plano político, interessa analisar como o exercício do poder estatal está sempre relacionado a certas configurações de classe. Afinal, em um Estado capitalista, toda e qualquer definição econômica atravessará e será atravessada pelo conflito de classe. Há um longo debate no pensamento político e social brasileiro em torno dos aspectos do desenvolvimentismo no Brasil. O referencial furtadiano, aqui, fica mais distante, embora presente, pois, ainda que Furtado tenha afirmado a inserção do desenvolvimento nos quadros mais amplos de um projeto político, não chegou a analisar configurações particulares. Um debate específico

sobre Estado, burguesia e desenvolvimento no pensamento brasileiro foi e vem sendo feito por outros autores, especialmente Cardoso e Faletto,²⁵ Bresser-Pereira,²⁶ e Armando Boito Junior.²⁷ Esse debate deverá ser desenvolvido para a compreensão de quais arranjos podem produzir quais políticas de desenvolvimento na periferia do capitalismo, como o caso brasileiro.

No plano jurídico, o debate principal acerca do desenvolvimento tem sido conduzido pelo conceito de Constituição Econômica, discutido inicialmente no Brasil por Eros Roberto Grau e aprofundado por Gilberto Bercovici, ao lado de uma reflexão sobre a soberania nacional e a implantação de um estado de exceção econômica do capitalismo periférico. As relações entre Constituição Econômica e Constituição Financeira revelam que a supremacia do financeiro sobre o econômico é uma realidade jurídico-política impeditiva, em nações subdesenvolvidas, de um projeto nacional de desenvolvimento (BERCOVICI, 2006).

É isso que está no centro do debate sobre o grau e a natureza da intervenção estatal travado entre políticas neoliberais e desenvolvimentistas e nos rumos que devem ser tomados na gestão do orçamento público. Em suma, um

²⁵ Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto criaram, a partir da obra “Desenvolvimento e dependência na América Latina” (escrita entre 1966 e 1967), a perspectiva da teoria da dependência associada (explorando as relações internas e externas que, combinadas, engendram e sustentam a dependência), que alcançou grande aceitação entre intelectuais das ciências sociais latino-americanas nos anos 1970-1980. Um intenso debate ocupou os anos seguintes à publicação da obra, sendo conhecida a crítica de Weffort (1980) à ambiguidade teórica da noção de dependência definida pelos autores, que ora concentra-se em elementos da nação, ora em elementos de classe. No entanto, se o conceito, como querem os autores, é profundamente saturado das condições históricas em que se deu o processo de desenvolvimento, essa ambiguidade da noção reflete justamente a ambiguidade dos processos de formação nacional e de relações de classe nos países da América Latina.

²⁶ Luiz Carlos Bresser-Pereira é conhecido economista brasileiro. Sua obra é vasta, mas a produção mais recente vem difundindo a perspectiva do novo desenvolvimentismo, assim apresentada pelo autor: “O novo-desenvolvimentismo é uma teoria histórico-dedutiva que, dentro do quadro de imprevisibilidade e incerteza que caracteriza o comportamento humano, busca compreender como os países da periferia do capitalismo passaram a buscar o desenvolvimento econômico e realizar o alcance depois da Segunda Guerra Mundial. Rejeita, portanto, o método hipotético-dedutivo da teoria econômica neoclássica, o modelo de equilíbrio geral, e a possibilidade de os sistemas econômicos serem simplesmente regulados pelo mercado. Ao invés, afirma a existência de sistemas econômicos nacionais e um sistema econômico mundial em formação, que são regulados por duas instituições fundamentais – o Estado e o mercado – este também regulado pelo Estado” (2016, p. 146-147). No contexto de criação de sua teoria, Bresser-Pereira teceu críticas ao modelo de coalizção política adotado nos governos petistas, a partir de sua compreensão própria do papel e do comportamento do empresariado brasileiro (2013).

²⁷ Armando Boito Junior adota uma perspectiva baseada em Marx e Poulantzas acerca das relações de classe no capitalismo neoliberal no Brasil e na América Latina. Suas obras mais recentes abordaram a frente neodesenvolvimentista que deu suporte às políticas econômicas adotadas nos governos petistas. Entre seus artigos mais importantes sobre o tema estão “O Lulismo é um Bonapartismo? Crítica às teses de André Singer” (2013) e “As bases políticas do neodesenvolvimentismo” (2012).

Estado excessivamente voltado para a manutenção do equilíbrio financeiro e monetário em detrimento do econômico, capaz de promover cortes drásticos de gastos públicos e investimentos, conforme preconizado pelas medidas de austeridade neoliberais, compromete quaisquer políticas dependentes desses mesmos investimentos e gastos.

Paralelamente ao debate político e econômico acerca do desenvolvimento, apresenta-se, ao final do capítulo, como a saúde participa na construção de um projeto nacional a partir dos primeiros anos da República. Colocada como “problema vital brasileiro” por Monteiro Lobato (1957), o debate em torno de políticas públicas de saneamento, vacinação e saúde ampliará a autoridade estatal sobre o território e definirá a identidade nacional para além da “inferioridade racial” do brasileiro, identificando no abandono das populações rurais (em um período anterior ao processo de urbanização) por parte do Estado a verdadeira razão da doença generalizada.

Fator de identidade, de consolidação territorial e de reforço da autoridade estatal, o debate sobre a saúde sai da posição inicial de obstáculo ao desenvolvimento para assumir a feição de oportunidade de investimento público com efeitos multiplicadores, alcançando o posto de setor estratégico para o desenvolvimento no âmbito de um Estado empreendedor, que deve liderar o processo de convergência entre desenvolvimento social, industrial e de inovação como política orientada por missões no campo da saúde. No entanto, a possibilidade de adoção de tal política encontra-se atravessada pelo debate fundamental acerca de qual o papel do Estado no processo de desenvolvimento, travado até hoje no Brasil entre correntes neoliberais e desenvolvimentistas, e de como deve se articular o financeiro e o econômico para o cumprimento dos objetivos constitucionais.

3.1 Estado e desenvolvimento capitalista: o debate acerca de políticas desenvolvimentistas e neoliberalistas

Tratando o tema do desenvolvimento como fronteira entre a política e a economia, Fernando Henrique Cardoso (1995, p. 148) afirma que os conceitos em ciências sociais são historicamente densos. Ou seja, precisam ser redefinidos sempre que acontecem alterações de alcance estrutural nas relações sociais. Assim, o conceito e as implicações do desenvolvimento sofrem diferentes inflexões a partir

das mudanças históricas intensas vividas ao longo do século XX e início do século XXI. Para entender historicamente o debate acerca do desenvolvimento nacional travado a partir dos anos 30 no Brasil, é necessário precisar, em cada caso, a amplitude dos processos econômicos, políticos e sociais envolvidos no termo desenvolvimento.

Em primeiro lugar, é importante assinalar que a forma estatal é essencial ao capitalismo. O sistema capitalista funda-se justamente no apartamento entre o político e econômico, em longos processos históricos, onde, sem haver uma inteligência ordenadora presidindo o processo, encontra-se uma fórmula em que um terceiro (o Estado), alheio às classes econômicas, garante a reprodução capitalista por meio de formas políticas e jurídicas que operam a inserção de tudo e todos em processos de valor, na forma de mercadorias. Isso é garantido justamente por formas jurídicas e políticas estatais que asseguram a livre troca das mercadorias (inclusive e, principalmente, a força de trabalho), a propriedade privada e a vinculação jurídica entre capital e trabalho (MASCARO, 2013). Assim, não se pode falar em capitalismo sem Estado (POLANYI, 2000 [1944]), a questão residindo no quanto o Estado será envolvido na reprodução social de uma das duas faces do capitalismo: desenvolvimento ou subdesenvolvimento.

A implicação entre Estado e desenvolvimento não é um dado natural. É uma construção histórica que reflete certas condições em que o tema do desenvolvimento é apropriado como de interesse nacional, segundo a complementaridade dos processos que ocorrem no âmbito dos sistemas econômicos nacionais. Atualmente, no Brasil, é justamente a amplitude (ou não) e o direcionamento da intervenção estatal que esquentam a atual polarização, profundamente afetada pelos arranjos políticos e eleitorais, das perspectivas neoliberais (uma peculiar forma de intervenção estatal que está longe de ser mínima²⁸) e desenvolvimentistas (Estado redistribucionista e estimulador da economia).

O papel do Estado passou a ser essencial no debate sobre o desenvolvimento a partir da segunda metade do século XIX, quando ocorreu a

²⁸ “O neoliberalismo não é uma política dos capitais contra os Estados, é uma política dos capitais passando pelos Estados. Os graus de liberalização são empreendidos por meio de políticas econômicas estatais. O favorecimento aos capitais especulativos em desfavor do planejamento da produção é uma política constante e sistemática de estados nacionais, num tenso concerto de movimentação internacional dos capitais.” (MASCARO, 2013, p. 124).

reação protecionista à doutrina de livre-cambismo, esta última fundada na teoria das vantagens comparativas de Ricardo, complementadas por J. S. Mill. Recusando-se o eterno papel de mero fornecedor de matéria-prima do sistema econômico mundial e importador de produtos industrializados, é o papel protetor da economia nacional pelo Estado em relação às importações que impulsiona a onda de industrializações no final do século XIX, operando a síntese entre desenvolvimento e interesse nacional. O Estado assume o papel de agente propulsor e orientador das atividades econômicas e de árbitro dos conflitos de classe, na condição de definidor e promotor legítimo do que seria o próprio interesse nacional (FURTADO, 2000, p. 25).

Este modelo de industrialização tardia, que não se dá a partir do progresso técnico que vai aniquilando as técnicas artesanais, mas sim como forma de substituir a pauta de importações, é próprio de ex-colônias como as latino-americanas, que enfrentavam a proibição de industrialização durante o período colonial e se especializaram na exportação de produtos agrícolas. Com os processos de independência das colônias, abrem-se as oportunidades históricas de uma política de desenvolvimento conexas com o fortalecimento da economia nacional, com papel decisivo do Estado. Esta tendência pode ser localizada ainda no Brasil Império, por exemplo, por meio da tarifa Alves Branco, que buscava um equilíbrio da balança comercial brasileira e teve como efeito o estímulo à industrialização. O próprio Barão de Mauá colheu os frutos dessa medida, derrubada posteriormente por força da pressão dos interesses livre-cambistas dos ingleses.²⁹

Assim, a compreensão do longo caminho para o desenvolvimento brasileiro se dá no mesmo contexto das demais nações latino-americanas. Um estudo consistente desse processo foi feito por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Falleto (2004), autores responsáveis pela formulação da teoria da dependência

²⁹ A Tarifa Alves Branco foi implementada no dia 12 de agosto de 1844, aumentando as taxas de importação para a casa dos 30%, quando não havia similar nacional, e para a casa dos 60%, quando havia produto similar nacional. A nova política tarifária atingiu cerca de três mil produtos e despertou a oposição dos ingleses, privilegiados na comercialização de seus produtos desde antes da independência. Além dos britânicos, a tarifa recebeu oposição também dos importadores brasileiros e dos consumidores mais ricos, que passaram a pagar mais caro pelo que desejavam. Apesar disso, a Tarifa Alves Branco permaneceu ativa até a década de 1860, quando o governo imperial não conseguiu mais resistir à pressão dos grupos insatisfeitos. Embora o objetivo básico fosse melhorar a balança comercial brasileira, a implicação da tarifa foi bem além disso, incentivando a produção industrial brasileira, já que os custos para substituição das importações pela instalação de pequenas fábricas eram bem mais atraentes.

associada ou do desenvolvimento dependente. Na obra, os autores buscam entender como se deu o processo de desenvolvimento nos países da América Latina, e por que, quando historicamente (final da segunda guerra mundial) se deram condições fortes para engendrar um desenvolvimento autossustentado, produziu-se, ao final, uma nova situação de dependência dessas nações (não mais a velha dependência agrário-exportadora, mas agora a dependência com a marca da industrialização).

Afirmando a complexidade e a densidade histórica do processo de desenvolvimento, os autores sugerem que as análises meramente estruturais e economicistas não apresentam instrumental suficiente para sua compreensão. Tal processo não é unicamente resultado de um determinismo econômico inscrito nas condições estruturais de tais países, mas da atuação política dinâmica de classes e grupos sociais, que, orientados por interesses específicos, em nível interno e externo, interagem com as condições estruturais dadas, pondo em marcha diferentes caminhos históricos. Assim, a ideia de desenvolvimento não está centrada somente na estrutura econômico-produtiva, mas profundamente implicada com as condições sócio-políticas reinantes, sendo a ocupação e definição das políticas estatais um aspecto essencial a ser considerado.

Ao longo do debate político e econômico acerca do desenvolvimento/subdesenvolvimento nos países latino-americanos, juntam-se a relação centro/periferia e a questão autonomia/dependência. Embora estejam todas implicadas,

são distintas tanto as dimensões a que estes conceitos se referem quanto a sua significação teórica. A noção de dependência alude diretamente às condições de funcionamento do sistema econômico e do sistema político, mostrando a vinculação entre ambos, tanto no que se refere ao plano interno dos países quanto ao externo. A noção de subdesenvolvimento caracteriza um estado ou grau de diferenciação do sistema produtivo – apesar de que, [...] isso implique algumas consequências sociais - sem acentuar as pautas de controle das decisões de produção e consumo, seja internamente (socialismo, capitalismo, etc.) ou externamente (colonialismo, periferia do mercado mundial, etc.). As noções de 'centro' e 'periferia', por seu lado, destacam as funções que cabem às economias subdesenvolvidas no mercado mundial, sem levar em conta os fatores político-sociais implicados na situação de dependência (CARDOSO; FALETTO, 2004, p. 40).

Acentuando as relações entre política e economia envolvidas na questão do desenvolvimento, Celso Furtado (2000, p. 31) chama atenção para a posição

keynesiana, que, afastando-se da economia neoclássica, restabeleceu a primazia do político sobre o econômico. Ao concentrar-se em uma visão global das decisões econômicas, que, se bem coordenadas, podem oportunizar o pleno emprego dos fatores econômicos, Keynes rompe com a visão otimista do sistema de preços de mercado como único sinal organizador da economia e postula a política econômica como coordenação de decisões tomadas em um centro político nacional, capazes de induzir modificações no comportamento dos consumidores e nas decisões de investidores mediante políticas salariais, fiscais, de preços, de investimentos públicos, entre outras.

Nesse sentido, Furtado destaca três dimensões do conceito de desenvolvimento: a) econômica, traduzida em ganho de produtividade e eficácia do sistema; b) social, como condição para satisfação das necessidades elementares da população; e c) político-valorativa, como consecução dos objetivos a que almejam os grupos sociais dominantes. Esta última dimensão é a mais ambígua, pois coloca em pauta a própria disputa política pelo Estado, só podendo ser percebida como tal se incluída em um discurso ideológico. Assim, “a concepção de desenvolvimento de uma sociedade não é alheia à sua estrutura social, e tampouco a formulação de uma política de desenvolvimento e sua implantação são concebíveis sem preparação ideológica” (FURTADO, 2000, p. 22). Daí a afirmação de Bielschowsky (2004) de um “ciclo ideológico do desenvolvimentismo” no Brasil entre 1945 e 1964, entendido como um esforço coordenado de decisões políticas e econômicas concebido nos quadros de uma ideologia nacionalista.

A partir dessas reflexões, pode-se entender, ao longo do século XX, que o desenvolvimento se torna, para os países latino-americanos, um projeto político, coordenado pelo Estado e profundamente ligado à afirmação de uma identidade nacional. Embora o contexto geral seja parecido, cada país constrói seu próprio modelo de desenvolvimento, capaz de responder aos seus próprios desafios e no quadro de seus próprios processos internos. No Brasil, esse projeto político, com todas as suas complexidades e ambiguidades políticas e econômicas, pode ser encontrado de forma explícita na Constituição de 1988.

3.2 O desenvolvimento na ordem econômica, financeira e social da Constituição de 1988

Em primeiro lugar, cumpre apontar que a proposta constitucional brasileira acerca do desenvolvimento se dá no horizonte capitalista. Um modelo de desenvolvimento socialista não se encontra albergado na constituição brasileira (BERCOVICI, 2009, p. 265). Esse é um dado importante, pois indica que todo e qualquer processo desenvolvimentista se dará com a participação do setor privado, não sendo operado exclusivamente pelo Estado. Assim, o padrão de financiamento público não exclui o privado, embora possa (e deva), em certos setores, tomar a dianteira sobre este, na construção de um capitalismo melhor, menos injusto e mais eficiente, nos moldes do Estado Social. Todo o debate econômico constitucional vai ser travado na forma e no alcance da relação entre Estado e setor privado no campo econômico.

Partindo dessa reflexão, Bresser-Pereira (2013, p. 21) aponta que, no campo capitalista, há duas formas opostas de organização econômica e política: o desenvolvimentismo e o liberalismo econômico. Em termos históricos mundiais, de acordo com o autor, tendo como referência países como França e Inglaterra, aconteceria no mercantilismo dos séculos XVII e XVIII o primeiro momento do desenvolvimentismo (com a liderança do Estado no processo de acumulação). Já entre 1830 e 1929, reinou o liberalismo, com o fortalecimento do capital privado da burguesia europeia. Após a crise de 1929 e o pós-segunda guerra, tem-se o segundo período de desenvolvimentismo (socialdemocrático), inaugurando-se os 30 anos de consenso keynesiano, ou os “30 anos gloriosos”. Do final dos anos 1970 até a crise de 2008, seriam os anos do segundo liberalismo econômico (os “30 anos neoliberais do capitalismo”).

Em relação ao desdobramento desse debate no Brasil, entende-se por desenvolvimentismo “o projeto de superação do subdesenvolvimento através da industrialização integral, por meio do planejamento e decidido apoio estatal”. Já a corrente neoliberal “define-se por contraste com os desenvolvimentistas, e compreende os economistas que defendem a prioridade da livre movimentação das forças de mercado como meio para atingir a eficiência econômica” (BIELSCHOWSKY, 2004, p. 33).

Na história econômica brasileira, a corrente desenvolvimentista foi responsável pela revolução nacional e industrial, que se deu entre 1930 e 1980. Na formulação teórica do desenvolvimentismo, é essencial afirmar três marcos importantíssimos: a criação do ISEB (Instituto Superior de Estudos Brasileiros), em 1955, onde foi forjada a perspectiva anti-imperialista com a contribuição de Hélio Jaguaribe, Álvaro Vieira Pinto, Cândido Mendes, Alberto Guerreiro Ramos, Nelson Werneck Sodr e e Roland Corbisier; os estudos sobre o subdesenvolvimento conduzidos por Celso Furtado e Raúl Prebisch, tamb em nos anos 50; e a teoria da dependência, construída por Fernando Henrique Cardoso³⁰ e Enzo Faletto, no final da década de 60.

Em todas essas iniciativas, a grande questão era como o Brasil poderia construir condi es para alcançar um desenvolvimento autônomo, livrando-se da herança colonial de dependência externa. Diante disso, para o ISEB, a saída era o fortalecimento da burguesia nacional contra o imperialismo, a partir de um pacto pelo desenvolvimento nacional centrado na industrializa o; para Celso Furtado, eram necessárias reformas estruturais para superar a condi o periférica do capitalismo brasileiro; Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto (2004) apontam para o caminho, já em curso, de um desenvolvimento dependente, a partir dos investimentos externos.

Quando foi instalado o processo constituinte no Brasil, a economia mundial vivia a crise do padrão de financiamento público instalado pelo

³⁰ Importantíssimo trabalho que discute industrializa o e desenvolvimento brasileiro no período, por autor que adota posi o distinta da defendida pelo ISEB,   o de Fernando Henrique Cardoso: "Empresário industrial e desenvolvimento econômico no Brasil" (1964). O trabalho foi apresentado em 1963 como tese de livre-docência de Sociologia na FFCL-USP e resultado de pesquisas realizadas ou orientadas pelo autor em 1961 e 1962, tendo como problema central "a participa o dos empreendedores industriais no desenvolvimento econômico do Brasil" (p. 5). Na primeira parte, o autor promove arguta discussão envolvendo os principais marcos teóricos acerca das mudanças do capitalismo e da fun o dos empreendedores na economia capitalista, bem como a análise crítica das mais conhecidas teses sobre o desenvolvimento (e o subdesenvolvimento) capitalista, no contexto próprio do processo de industrializa o brasileira. Na segunda parte, são expostos os resultados da pesquisa de campo realizada em São Paulo, Belo Horizonte, Recife, Salvador e Blumenau, com dados coletados por meio de entrevistas com industriais dessas áreas, e por informa es de *survey* realizado pelo CESIT (Centro de Sociologia Industrial e do Trabalho) sobre características de empresas da grande São Paulo, numa amostra de 288 empresas, selecionadas em estratos correspondentes a três categorias de fábricas, de acordo com o número de empregados. A partir da metodologia de coleta adotada, foi possível ao autor realizar uma análise bastante completa e rica acerca das práticas empresariais e da mentalidade dos industriais brasileiros, traçando as condi es próprias de surgimento da burguesia industrial brasileira (entre "capitães da indústria" tradicionalistas e "homens de empresa" modernizadores), a implica o dessas condi es na forma como a burguesia entende o processo de desenvolvimento e seu papel nele, e por fim, as perspectivas políticas da burguesia.

keynesianismo do pós-segunda guerra (baseado na forte intervenção estatal para garantir o pleno emprego dos fatores econômicos: capital, trabalho, matéria-prima e tecnologia), comprometendo o Estado Social dos países europeus. A saída para a crise, ditada pelo Consenso de Washington,³¹ foi o conjunto de medidas neoliberais para o desmonte do capitalismo social, com a consequente diminuição do Estado e dos serviços públicos, compatível com o padrão financeiro de acumulação capitalista iniciado no final da década de 1970. Assim:

No chamado Primeiro Mundo, o triunfo ideológico do neoliberalismo sobre a política social do segundo pós-guerra, que vigorou entre 1945 a 1975, redundou no desmonte dos três pilares social democratas que sustentaram, durante os denominados “trinta anos gloriosos”, essa política, a saber: o pleno emprego (se bem que masculino); a universalização de direitos sociais; e o estabelecimento de um piso socioeconômico, acima da miséria, abaixo do qual ninguém deveria viver (PEREIRA, 2012, p. 731).

Se tais medidas foram de enorme impacto no centro do capitalismo, imagine-se na periferia do sistema, que ainda dava os primeiros passos na construção do Estado Social. No Brasil, a conjuntura econômica anterior à Constituição de 1988 foi marcada pela chamada “crise da dívida”, resultado da absoluta derrocada da economia e das finanças públicas produzidas ao longo do regime militar. Essa crise comprometeu definitivamente o papel preponderante do financiamento do Estado no tripé formado por capital estatal, capital privado nacional e capital privado estrangeiro, que havia sustentado o padrão de desenvolvimento baseado na industrialização acelerada, embora sem impacto da redução das desigualdades, a partir da década de 1950 (AMORIM, 2009, p. 16).

A ditadura civil-militar brasileira (1964-1985) termina, portanto, sob a égide do colapso econômico, político e social produzido pela crise. Não fosse isso, talvez tivesse durado ainda mais alguns anos. Conforme Amorim (2009, p. 16): “É

³¹ Consenso de Washington foi a designação adotada, em 1989, pelo economista inglês John Williamson, para um conjunto de receitas econômicas estabelecidas durante a preparação de uma conferência organizada pelo Institute for International Economics (IIE), de Washington. Em linhas gerais, faziam parte desse receituário as medidas que podem ser sinteticamente desdobradas nas seguintes teses: limitação dos gastos do Estado à arrecadação, com o fito de eliminar o déficit público; redução dos gastos públicos e sua focalização; reforma tributária com vista a ampliar o peso dos impostos indiretos e diminuir a progressividade nos impostos diretos; liberalização/desregulamentação financeira e retirada do Estado do setor; taxa competitiva de câmbio; liberalização do comércio exterior para impulsionar a globalização da economia; eliminação de restrições ao capital externo; privatização com venda de empresas estatais; desregulamentação do processo econômico e das relações trabalhistas; defesa da propriedade intelectual (PEREIRA, 2012, p. 742).

nesse sentido que a Crise da Dívida nos anos 1980 exacerba os conflitos: o Estado estava endividado e internamente não havia nenhum canal de financiamento para continuidade do investimento e dos gastos públicos”. O clima de insatisfação econômica aliou-se às exigências de abertura política, movimentando a sociedade brasileira na direção de uma saída que descartasse o autoritarismo e reconduzisse a vontade popular ao papel de definidora dos rumos nacionais. É nesse contexto que será conduzido o debate constitucional acerca da ordem econômica e financeira, buscando condições para responder democraticamente aos dilemas fundamentais da sociedade brasileira e reforçando a necessidade de um projeto de desenvolvimento capaz de sustentar a opção constitucional pelo Estado Social.

Embora o Título VII da Constituição Federal de 1988 trate especificamente da ordem econômica e financeira, estabelecendo no Capítulo I do referido Título os princípios gerais da ordem econômica, os dispositivos acerca do desenvolvimento nacional encontram-se dispersos por todo o texto constitucional,³² sendo este expresso textualmente no artigo 3º, II, como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, acompanhado da erradicação da pobreza e diminuição das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III). Tais dispositivos se completam com os artigos previstos no capítulo dos direitos sociais, notadamente as disposições do artigo 6º, e as diretrizes e os direitos previstos no Título VIII, que disciplina a ordem social. O conjunto das disposições constitucionais que disciplinam e dirigem a ação do Estado, próprias do constitucionalismo social do século XX, é também chamado de Constituição Econômica.

A combinação das disposições constitucionais originais de 1988 permite entender plenamente as relações da economia com a política e o direito, compreendendo a ordem econômica como meio de construção do Estado Democrático de Direito, capaz de estruturar a sociedade brasileira segundo um modelo aberto de bem-estar (GRAU, 2008, p. 312). Em suma, o Estado Social desenhado pelo texto constitucional não pode ser atingido sem um conjunto de medidas políticas, jurídicas e econômicas que promovam o desenvolvimento

³² Já no preâmbulo da Constituição encontra-se referência ao desenvolvimento: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL” (grifo nosso).

nacional e garantam a redistribuição de renda essencial ao financiamento dos direitos sociais.

Também para Boito Junior (2012, p. 13), a grande contradição em termos de direcionamento da política econômica estatal no Brasil é ainda entre neoliberalismo ortodoxo e política neodesenvolvimentista,³³ o que determina arranjos econômicos e políticos específicos, com forte impacto sobre as reformas constitucionais e legais que tratam do tamanho e do papel do Estado na economia. Portanto, a Constituição Brasileira situa-se no embate entre um modelo desenvolvimentista e um modelo neoliberal, gerando ambiguidades históricas e políticas presentes nas políticas econômicas adotadas no início dos anos 1990 até a atualidade.

Analisando os princípios gerais da ordem econômica brasileira, Gilberto Bercovici (2009, p. 258) afirma que a Constituição de 1988 garantiu a livre iniciativa, consolidando o sistema capitalista, mas o fez de forma conjunta com a valorização do trabalho humano e a busca do pleno emprego e com os objetivos de garantia de uma vida digna para todos e de promoção da justiça social. Não representa, portanto, uma afirmação do credo neoliberal de afastamento do Estado da vida econômica, mas da proteção constitucional da livre iniciativa no que esta oferece de socialmente valioso para o Estado Democrático de Direito.

Ainda, a afirmação da livre iniciativa como princípio não inibe a participação estatal na economia, pois a Constituição Federal não exclui nenhuma forma de intervenção estatal nem veda ao Estado atuar em nenhum domínio da atividade econômica. Apenas o grau maior ou menor da atuação econômica do Estado será consequência das decisões políticas, segundo a legitimação democrática, essencial, inclusive, no processo orçamentário. O Estado deve, portanto, ter sua iniciativa econômica pública também protegida, assim como há proteção da iniciativa privada e da cooperativa. “A iniciativa econômica pública é determinada positivamente pela Constituição ou pela lei (assim como a liberdade de iniciativa privada também é limitada pela lei) e deve se dar de acordo com o interesse público ou, mais especificamente, com os imperativos da segurança nacional ou relevante interesse coletivo”. (BERCOVICI, 2009, p. 263).

³³ Para o autor, o termo neodesenvolvimentismo diz respeito ao padrão de desenvolvimento em tempos de capitalismo financeirizado e globalização, que não admite mais a solução nacional-desenvolvimentista dos anos 1945-1960 (BOITO JUNIOR, 2012).

Para Bercovici e Massonetto, (2006, p. 71), a ordem econômica da Constituição de 1988 é intervencionista e dirigente,³⁴ voltada para o desenvolvimento nacional soberano e democrático e garantidor dos direitos sociais. A incorporação da superação do subdesenvolvimento como objetivo constitucional e o papel preponderante do Estado durante a redemocratização brasileira são historicamente resultantes do acolhimento da concepção estruturalista (de corte keynesiano) de Celso Furtado e dos estudos da CEPAL desde a década de 1960, que propõe a internalização dos centros de decisão política e econômica, para dirigir o processo de industrialização, superar a dependência externa e afirmar a soberania nacional no processo de desenvolvimento, mediante a adoção de reformas econômicas e sociais estruturais. Essa concepção é nitidamente desenvolvimentista.

Afinal, desde as concepções da Cepal, entende-se o Estado, por meio do planejamento, como o principal promotor do desenvolvimento. Para desempenhar a função de condutor do desenvolvimento, o Estado deve ter autonomia frente aos grupos sociais, ampliar suas funções e readequar seus órgãos e estrutura. O papel estatal de coordenação dá a consciência da dimensão política da superação do subdesenvolvimento, dimensão esta explicitada pelos objetivos nacionais e prioridades sociais enfatizados pelo próprio Estado. As reformas estruturais são o aspecto essencial da política econômica dos países subdesenvolvidos, condição prévia e necessária da política de desenvolvimento. Coordenando as decisões pelo planejamento, o Estado deve atuar de forma muito ampla e intensa para modificar as estruturas socioeconômicas, bem como distribuir e descentralizar a renda, integrando, social e politicamente, a totalidade da população (BERCOVICI, 2009, p. 275).

De acordo com Furtado (2000, p. 265), a coordenação estatal centralizada do processo de decisões políticas e econômicas acerca do processo de industrialização se dá mediante objetivos e prioridades nacionais e sociais, podendo abranger ações como: a) apropriação pelo Estado de parte substancial dos lucros das empresas internacionais e/ou estatização das filiais, no caso de produção primária para os mercados internacionais; b) subordinação de grandes empresas a objetivos precisos de política econômica e efetiva integração na economia nacional dos frutos das inovações tecnológicas; c) previsão e controle das consequências

³⁴ Sobre o caráter intervencionista e desenvolvimentista da Constituição de 1988, antes das reformas dos anos 1990: “O capítulo da Ordem Econômica e Financeira armou o país para continuar o processo de industrialização, sem o qual não é possível construir um Estado Nacional dotado de verdadeira autonomia” (SAMPAIO, 2009, p. 46). “O capítulo econômico (Capítulo I – Dos Princípios Gerais da Atividade Econômica), escrito pelo Senador Severo Gomes, possuía, originalmente, um teor nacionalista e relativamente protecionista, permitindo que esses instrumentos fossem utilizados em favor da continuidade da industrialização do país” (AMORIM, 2009, p. 20).

sociais da penetração do progresso tecnológico e seleção de técnicas em função de objetivos sociais explícitos; d) controle da comercialização internacional de produtos primários de exportação, o que exige estreita cooperação entre países produtores.

No entanto, apesar da opção constitucional clara pelas teses desenvolvimentistas cepalinas, os anos 1990 trouxeram a hegemonia neoliberal, com a diminuição do papel do Estado no processo de desenvolvimento e o fortalecimento do capitalismo financeiro, em detrimento da indústria. O discurso dominante, afinado com a conjuntura mundial de desmonte do Estado Social, era de que a Constituição de 1988 trazia condições de ingovernabilidade econômica para o Brasil, e que o essencial era a tomada de medidas de estabilização econômica e monetária, ainda que em prejuízo de direitos sociais. Nas palavras de Eros Grau (2008, p. 176): “Estranhamente, após alcançados os específicos resultados visados pelo capital internacional, ao serviço de quem se colocou o Poder Executivo, a Constituição passou a ser palatável”.

Na virada para a vertente neoliberal, foram realizadas sucessivas reformas no capítulo da ordem econômica e financeira da Constituição já a partir do Governo Collor (1990-1992), completadas durante os anos do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que buscaram desmontar o modelo desenvolvimentista, abrindo espaço para a reforma neoliberal do Estado brasileiro, ainda que de forma ambígua.³⁵ Nesse sentido:

Ainda que não tenham comprometido as linhas básicas da ordem econômica originariamente contemplada na Constituição de 1988, as emendas constitucionais promulgadas a partir de 1995 cedem ao assim chamado neoliberalismo, assinalando o desígnio de abertura da economia brasileira ao mercado e ao capitalismo internacional (GRAU, 2008, p. 177).

³⁵ Para Plínio de Arruda Sampaio (2009, p. 47-48), na reforma neoliberal dos anos 1990: “O primeiro alvo foi o capítulo da Ordem Econômica. A alteração de cinco artigos deste capítulo foi suficiente para desguarnecer o Estado brasileiro e torná-lo impotente para resistir às pressões da nova ordem econômica internacional. Abriu-se, assim, o caminho do retrocesso: transitar de uma economia de caráter industrial para uma economia de caráter predominantemente primário-exportadora. Essa tendência ganhou força nos anos 1990, em função das seguintes medidas: i) revogou-se o Artigo 171, desfazendo a distinção entre empresa brasileira e empresa estrangeira; ii) modificou-se o item IX do parágrafo 1o do Artigo 170, a fim de possibilitar às empresas estrangeiras a exploração do nosso subsolo; iii) deu-se nova redação ao Artigo 178, com o objetivo de acabar com o monopólio da navegação de cabotagem; iv) alterou-se o item IX do Artigo 21, para encerrar o monopólio estatal das telecomunicações; v) refez-se o parágrafo 1o do Artigo 177, para inserir uma cunha no monopólio estatal da exploração do petróleo; e vi) introduziu-se a palavra “resseguros” no item II do Artigo 192, a fim de abolir o controle do Estado brasileiro sobre o seguro social. Ou seja, procedeu-se uma blitzkrieg contra o Estado-Nação.”

Durante o primeiro Governo Lula, não houve mudança significativa em relação ao modelo neoliberal implantado durante os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (BOITO JUNIOR, 2007, p. 63). Mas a partir do segundo Governo Lula, começa a ser desenhado um conjunto de medidas de atuação estratégica do Estado na economia que passa a ser chamada de neodesenvolvimentismo, envolvendo largo financiamento estatal às empresas nacionais pelo BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; políticas de aproximação com países em desenvolvimento por meio da criação do BRICS a fim de garantir mercados aos produtos de exportação brasileiros; investimentos públicos em infraestrutura energética, construção naval e grandes obras urbanas por meio do PAC - Programa de Aceleração do Crescimento, financiamento pelos bancos públicos do setor da construção civil por meio do programa habitacional Minha Casa, Minha Vida; programas massivos de transferência de renda, como o Bolsa Família, aquecendo o mercado interno pelo consumo; desoneração fiscal como forma de estimular a indústria nacional, entre outras (BOITO JUNIOR, 2012; BRESSER-PEREIRA, 2013; SINGER, 2015).

Como diferença básica do neodesenvolvimentismo em relação ao desenvolvimentismo dos anos 1930-1964 estão a participação cada vez menor da indústria e o incremento da exportação de *commodities*, que embora promovam superávits primários bastante satisfatórios à balança comercial, não avançam na superação da dependência dos países industrializados e da condição de país fornecedor de matéria-prima, inclusive com grandes impactos ambientais. Ademais, as medidas de ajuste neoliberal, como o tripé macroeconômico formado por superávit primário, câmbio flexível e metas de inflação, não foram afastadas, sendo, inclusive, aprofundadas.³⁶ (BOITO JUNIOR, 2007, p. 63).

³⁶ “Para que o grande capital financeiro possa valorizar-se com rapidez e a taxas elevadas, alguns aspectos da política de Estado são, nas condições atuais e principalmente nos países dependentes, fundamentais: a) a integração do mercado financeiro nacional com os mercados internacionais, isto é, a desregulamentação financeira que assegura a livre conversão das moedas e a livre circulação das aplicações em títulos públicos e em bolsas de valores; b) o câmbio relativamente estável e livre que permita a conversão e a reconversão das moedas sem sobressaltos ou prejuízo; c) o pagamento da dívida pública externa e interna com taxa básica de juro real elevada para assegurar uma alta remuneração para os títulos públicos detidos, majoritariamente, pelas empresas que têm maior liquidez, isto é, pelo próprio capital financeiro. Os balanços dos grandes bancos privados brasileiros mostram que, ao longo dos últimos anos, a receita oriunda do recebimento de juros dos títulos da dívida pública representa cerca de 40% da receita total dessas instituições; d) liberdade para o capital financeiro cobrar o máximo possível pelo capital que cede emprestado a capitalistas e consumidores – spread liberado – e e) ajuste fiscal que garanta o pagamento dos juros dos títulos da dívida pública – nos países europeus, déficit público limitado; nos latino-americanos, superávits primários. Sabemos

No entanto, ter reconduzido o Estado à condição de instrumento por excelência da ação coletiva da nação, quebrando a hegemonia neoliberal que minimizava o papel estatal em todos os setores, principalmente como promotor, regulador e fiscalizador da atividade econômica, foi, para Bresser Pereira, (2013, p. 26), um avanço importante das políticas neodesenvolvimentistas.

Se, como afirma Eli Diniz (2013, p. 10), “não há uma fórmula fixa universal para se construir um Estado desenvolvimentista [e este] deriva de um processo de experimentação e aprendizado constantes”, as propostas do segundo Governo Lula e do primeiro Governo Dilma foram uma experiência histórica que buscou retomar os rumos desenvolvimentistas, com erros e acertos. Apesar de óbices políticos e econômicos, é possível observar entre 2003 e 2014 o avanço de políticas que reforçam a tendência de construção de um Estado desenvolvimentista no Brasil, distinto do modelo nacional-desenvolvimentista dos anos 1945-1964 e do modelo coercitivo de desenvolvimento baseado na doutrina de segurança nacional da ditadura Civil-Militar de 1964, por calcar-se em princípios constitucionais democráticos, preocupado com a equidade social (DINIZ, 2013, p. 18).

3.3 Orçamento público e desenvolvimento: relação entre campo financeiro e campo econômico

A divergência entre desenvolvimentistas e neoliberais acerca do papel do Estado e dos rumos do investimento (ou desinvestimento) público fatalmente desemboca no orçamento público. As implicações entre a chamada Constituição Econômica e a Constituição Financeira são amplamente debatidas não só entre estudiosos do Direito Econômico, mas também entre teóricos do Direito Financeiro. A própria condição interdisciplinar da disciplina financeira, que conjuga economia, política e Direito, como meio que é para a consecução dos objetivos amplos do Estado Democrático Brasileiro, torna impossível a discussão das questões financeiras do Estado sem uma compreensão das bases políticas, econômicas e sociais sobre as quais se assenta.

Assim é que a atividade financeira do Estado é entendida como meio para a consecução das finalidades estatais (ABRAHAM, 2015 p. 61), segundo os

que todos esses cinco elementos foram mantidos ou aprofundados durante o governo Lula” (BOITO JUNIOR, 2007, p. 63).

princípios e objetivos estabelecidos no texto constitucional. A disciplina da Constituição Financeira abrange não só a matéria estritamente orçamentária, mas também a tributária e a monetária, devendo integrá-las com a política econômica. Mas nem sempre essa integração se dá de forma completa:

Elaborada sob os auspícios de sucessivas reformas financeiras, a constituição espelha a tensão entre as ordens econômica e financeira, ora tratando-as de maneira separada, como no isolamento da constituição orçamentária e da constituição tributária, ora integrando-as como elemento indivisível, pela convergência de princípios comuns e indissociáveis (BERCOVICI; MASSONETTO, 2006, p. 90).

Foca-se na constituição orçamentária, muito embora seja quase impossível dissociá-la da tributária, pois as receitas tributárias a compõem. Inclusive, soluções de justiça fiscal, como o incremento da tributação dos mais ricos e do capital financeiro, precisam ser debatidas no âmbito da política orçamentária, como forma de superar o atual quadro crítico do capitalismo que ameaça os gastos públicos com o Estado Social, nos moldes do acontecido na crise mundial de 2008 (PIKETTY, 2014).

Especificamente em relação à constituição orçamentária, sua disciplina encontra-se no texto constitucional nos artigos 165 a 169, trazendo as disposições básicas acerca do orçamento público a serem seguidas pela União. Em primeiro lugar, note-se a necessária colaboração entre Executivo e Legislativo, na medida em que as três leis orçamentárias brasileiras, plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual, são previstas como de iniciativa do Executivo com necessária aprovação do Legislativo. Essa particular relação dará ensejo à função política do orçamento, como se verá mais adiante.

As peças orçamentárias previstas na Constituição correspondem, no plano financeiro-orçamentário, ao planejamento necessário ao processo de desenvolvimento.³⁷ O planejamento, grande instrumento do Estado Social e peça chave da concepção histórico-estrutural de Celso Furtado, teve sua expressão histórica máxima como adaptação da economia planificada dos estados socialistas

³⁷ Interessante tese de doutorado produzida recentemente, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, pela aluna Lizziane Sousa Queiroz Franco de Oliveira, sob orientação do Professor Gustavo César Machado Cabral, versa sobre a história do orçamento no Brasil e a permanência do projeto político-institucional militar na Constituição de 1988, discutindo as diferentes concepções de orçamento. Disponível em: <http://www.repositoriobib.ufc.br/00004c/00004c74.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ao capitalismo social da Europa do pós-2ª guerra. Assim, para que o Estado possa intervir no domínio econômico, a fim de alcançar as condições do desenvolvimento, é preciso fixar o orçamento tendo em vista certa situação futura a que se quer chegar, avançando na realização dos dispositivos constitucionais e agregando ao orçamento o efeito multiplicador demonstrado pela perspectiva keynesiana, provando que a despesa pública de investimento primário ou inicial provoca um emprego maior do que a quantia por ele representada (BALEIRO, 1997, p. 108; JARACH, 2003, p. 202). Grosso modo, quando a despesa pública é bem realizada, seus efeitos sobre toda a economia serão maiores, justificando o gasto.

De acordo com a Constituição Federal, o planejamento econômico-financeiro, função de Estado, é determinante para o setor público e indicativo para o setor privado (art. 174, *caput*), ou seja, conhecendo o rumo para o qual se dirigem as políticas de Estado, pode a iniciativa privada ajustar suas atividades para as oportunidades que lhe são oferecidas, convergindo e apoiando o processo de desenvolvimento nacional.

Saindo de análise meramente descritiva, Ricardo Lobo Torres (2000, p. 49) elenca três funções precípua do orçamento: a política, a econômica e a reguladora. A combinação e a ênfase maior ou menor entre as funções são essenciais para compreender os efeitos orçamentários distintos das políticas macroeconômicas desenvolvimentistas e neoliberais.

A função política diz respeito ao controle da Administração Pública, limitada pela ação do Legislativo na fixação das peças orçamentárias que autorizam as despesas públicas e fixam as receitas. A questão política do orçamento diz respeito ao relacionamento entre os poderes Executivo e Legislativo, estabelecendo no âmbito federal um papel importante ao Congresso Nacional, qual seja, “a decisiva opção quanto ao montante dos gastos públicos e ao tamanho do Estado” (TORRES, 2000, p. 50). Isso reforça a ideia de que as escolhas orçamentárias, principalmente das despesas públicas, são resultantes de opções políticas, variáveis segundo os grupos que ocupam o poder. Não são escolhas técnicas. O aspecto técnico é justamente traçar, para o objeto de despesa pública que foi escolhido politicamente, as formas de alcançar maior eficiência com o mínimo de dispêndio. Assim:

Determinar quais as necessidades de um grupo social a serem satisfeitas por meio do serviço público e, portanto, pelo processo da despesa pública, ressalvada a hipótese de concessão, constitui missão dos órgãos políticos e

questão essencialmente política. Se o país for dominado por uma elite rica e requintada, esta exigirá do governo, provavelmente, construções de luxo e obras de conforto ou embelezamento. Se as circunstâncias mudam, e, nesse país, devido à natural evolução democrática ou graças a reformas específicas, como, por exemplo, a efetividade do sufrágio universal, as massas humildes conseguem a partilha do poder político, as despesas se dirigirão para a construção de hospitais, maternidades, postos de puericultura, escolas primárias e outros serviços que, de modo geral, correspondem aos interesses do proletariado (BALEIRO, 1997, p. 78).

A função econômica é resultante do debate econômico do século XX. Até a década de 1930, vigorava uma noção clássica de orçamento, preconizando uma relação de equilíbrio entre receitas e despesas. Com a crise capitalista mundial de 1929, sob a influência das teorias de Keynes, surge a ideia de “orçamentos deficitários, a fim de que o Estado pudesse aplicar em investimentos públicos, gerando o pleno emprego e combatendo as crises cíclicas do capitalismo” (TORRES, 2000, p. 54; OLIVEIRA, 2019, p. 21-22). Como o padrão de financiamento privado do desenvolvimento capitalista estilhaçou-se com a crise de 1929, caberia ao Estado tomar esse papel, investindo suas receitas na recomposição da economia capitalista pela via do pleno emprego de mão de obra, aquecendo o consumo. É o chamado orçamento anticíclico, definidor do padrão hegemônico de financiamento público mundial pelo período de 30 anos a partir do pós-2ª guerra (“30 anos do consenso keynesiano”, “30 anos gloriosos”).

A função reguladora é resultante da crise do Estado Social no período do final da década de 1970, pelo decréscimo da função econômica do orçamento, que, perdendo o objetivo de regular a economia global e promover o desenvolvimento nacional, passa a se preocupar apenas com o equilíbrio entre receita e despesa. A função reguladora do orçamento deixa de abranger toda a atividade econômica e setoriza-se, procedendo à síntese entre o Estado de impostos e o Estado de prestações, nos limites da estabilização financeira. É a função orçamentária reservada ao Estado mínimo preconizado pelas políticas neoliberais baseadas na austeridade.

Segundo Gilberto Bercovici (2006, p. 95), o padrão anticíclico trazido pela função econômica do orçamento é essencial às políticas de desenvolvimento nacional. “O desenvolvimento envolve a normalidade contínua, tendo por pressuposto o antecedente dos trinta anos de consenso keynesiano”. Sem investimentos públicos em áreas econômicas e sociais estratégicas, como a saúde,

e sem políticas econômicas e orçamentárias de pleno emprego, com a insuficiência de recursos de capital nacional e a entrada indiscriminada de capital estrangeiro, não será alcançado para o modelo de desenvolvimento social e ambiental previsto pela Constituição de 1988.

O debate entre orçamento equilibrado e orçamento deficitário retorna, no mundo, em finais da década de 1970, com a crise mundial capitalista do petróleo e, no Brasil, com a crise da dívida da década de 1980. Mas dessa vez são as políticas neoliberais de diminuição dos gastos públicos e do tamanho do Estado que assumem a primazia, fortalecendo, ao longo da década de 1990, a tensão entre a Constituição Econômica e a Constituição Financeira, com a busca do orçamento equilibrado e o avanço da função reguladora dos orçamentos no modelo do Estado mínimo ou Estado Regulador. As alterações constitucionais no campo das finanças públicas, determinando o fim das possibilidades de políticas desenvolvimentistas pelo sufocamento dos investimentos públicos, foi complementada em 2000 pela Lei de Responsabilidade Fiscal, com as determinações que vinculam os recursos de superávit primário ao pagamento dos juros da dívida, impedindo seu uso para investimentos com efeito multiplicador (artigo 31 da Lei Complementar nº 101/2000).³⁸ Essa situação traduz a desarticulação entre a política orçamentária e a Constituição Econômica, tornando muito difícil o cumprimento do objetivo constitucional de superação do subdesenvolvimento.

A constituição financeira de 1988, que deveria dar suporte para a implementação da constituição econômica de 1988, falhou nesta tarefa. Um dos motivos é a separação que a doutrina e a prática constitucionais pós-1988 promoveram entre a constituição financeira e a constituição

³⁸ “Art. 31. Se a dívida consolidada de um ente da Federação ultrapassar o respectivo limite ao final de um quadrimestre, deverá ser a ele reconduzida até o término dos três subseqüentes, reduzindo o excedente em pelo menos 25% (vinte e cinco por cento) no primeiro. § 1º Enquanto perdurar o excesso, o ente que nele houver incorrido: I - estará proibido de realizar operação de crédito interna ou externa, inclusive por antecipação de receita, ressalvado o refinanciamento do principal atualizado da dívida mobiliária; II - obterá resultado primário necessário à recondução da dívida ao limite, promovendo, entre outras medidas, limitação de empenho, na forma do art. 9º. § 2º Vencido o prazo para retorno da dívida ao limite, e enquanto perdurar o excesso, o ente ficará também impedido de receber transferências voluntárias da União ou do Estado. § 3º As restrições do § 1º aplicam-se imediatamente se o montante da dívida exceder o limite no primeiro quadrimestre do último ano do mandato do Chefe do Poder Executivo. § 4º O Ministério da Fazenda divulgará, mensalmente, a relação dos entes que tenham ultrapassado os limites das dívidas consolidada e mobiliária. § 5º As normas deste artigo serão observadas nos casos de descumprimento dos limites da dívida mobiliária e das operações de crédito internas e externas.”

econômica, como se uma não tivesse nenhuma relação com a outra e como se ambas não fizessem parte da mesma Constituição de 1988. A constituição financeira passou a ser interpretada e aplicada como se fosse “neutra”, meramente processual, com diretrizes e lógica próprias, separada totalmente da ordem econômica e social, esterilizando, assim, a capacidade de intervenção do Estado na economia. Separada da constituição financeira, a constituição econômica de 1988 foi transformada em mera “norma programática” (BERCOVICI; MASSONETTO, 2006).

No plano macroeconômico mundial, a crise de 2008 retoma esse debate, com consequências para o Brasil, que, nos anos de 2003 a 2013, havia buscado retomar as propostas desenvolvimentistas, ainda que não rompesse com a receita neoliberal de estabilização econômica conquistada com o Plano Real em 1994. Em grande parte, por meio do investimento público, e pelo aumento conjuntural do valor das *commodities* exportadas, em especial para a China, gerando sucessivos superávits primários, o Brasil viveu um surto de crescimento que chegou a alcançar 7,5% em 2010. No entanto, os efeitos da crise mundial, sentidos nacionalmente a partir de 2014, recolocaram a questão do controle dos gastos públicos por meio das chamadas “medidas de austeridade”.

Tais medidas sofreram fortes críticas de Joseph Stiglitz, ex-economista chefe do Banco Mundial e ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 2001. Analisando a batalha orçamentária dos EUA em 2011 e as políticas de ajuste fiscal baseadas no corte de gastos propostas em países europeus como a Grécia, Stiglitz (2014, p. 301) afirma que tais medidas não têm sentido se a economia não está funcionando em pleno emprego. O chamado fetichismo do déficit, presente no discurso acerca do controle das contas públicas, não encontra qualquer fundamento nos princípios econômicos.

Segundo Stiglitz (2014, p. 300), as justificativas apresentadas para a tomada das medidas de austeridade são: a redução do déficit restaurará a confiança no país e na sua economia, atraindo investimentos; não aumentar a receita por meio da tributação sobre os mais ricos (outra possibilidade de redução do déficit público) melhorará a eficiência da economia, concentrando dinheiro na mão de quem pode gastá-lo para aumentar a produtividade. Nesse caso, as políticas de austeridade estão olhando a economia simplesmente pelo lado da oferta (buscando aumentá-la), mas esquecendo o lado da demanda (que diminui nas ondas recessivas). Tais medidas geram recessão e são baseadas na diminuição do tamanho do Estado: reduzir receitas e reduzir (ainda mais) as despesas.

Para Stiglitz (2014, p. 301-302), o déficit em si não é o problema, podendo até gerar crescimento econômico. Assim, seria possível ao Estado três saídas: endividar-se para garantir seu futuro (aumentar a dívida); aumentar ao mesmo tempo os impostos e as despesas, gerando um efeito benéfico sobre a economia (efeito multiplicador do orçamento equilibrado), ou ainda, escolher onde gastar e onde ganhar (impostos), dentro dos limites da dívida e do déficit.

Basicamente, o bom investimento público é multiplicado em seus efeitos positivos sobre a economia (KEYNES, 1936), sendo necessário, portanto, um programa de gastos do Estado para sair da crise, especialmente em programas sociais, pois, nesse caso, cada dólar gasto retorna quase que inteiramente para a economia. Assim, “as políticas orçamentais, tributárias e de despesa podem ser usadas para reduzir a desigualdade, ao mesmo tempo que promovem o crescimento econômico e controlam o déficit” (STIGLITZ, 2014, p. 291).

A desarticulação entre os instrumentos financeiros e os objetivos econômicos constitucionais gera enormes problemas e um padrão cíclico de crise e crescimento econômico, em que conquistas sociais obtidas no auge do crescimento sofrem retrocesso nos momentos de crise. Conquistar a perenidade do Estado Social no Brasil é uma tarefa ainda por realizar, que depende cada vez mais das escolhas políticas acerca da despesa pública, pois não é possível alcançar o desenvolvimento sem a garantia de direitos e sem o correto direcionamento dos gastos e investimentos públicos.

Nesse sentido, o que aqui se defende é que o gasto estatal com a saúde, nos termos do Sistema Único de Saúde – SUS, representa, na realidade, um investimento em política social que, se aliado a políticas de incremento industrial e inovação tecnológica, pode significar um caminho para o desenvolvimento nacional. Dados de 2016 da OMS (Organização Mundial da Saúde) apontam que o financiamento público da saúde no Brasil alcança apenas 4% do PIB, metade da média de gastos de países que também apresentam sistemas de saúde com características de gratuidade, universalidade e integralidade, como o Reino Unido, cujo gasto atinge 8% do PIB.³⁹ Portanto, inibir as despesas com saúde sob a alegação de conter o déficit público é comprometer a própria possibilidade de

³⁹ Fonte: *World Health Organization* (WHO). Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acesso em: 12 nov. 2019.

manutenção do SUS e inibir investimentos cujo efeito multiplicador na economia é altamente benfazejo, pela cadeia de atividades que compõem o setor.

O que se pretende, para além das políticas desenvolvimentistas, é que os gastos públicos com saúde componham parte de uma política econômica orientada por missões que possam levar o Estado brasileiro a assumir uma feição de Estado empreendedor nessa área, tornando-o capaz de liderar uma relativa autonomia tecnológica nesse setor ao mesmo tempo estratégico para assegurar direitos sociais e de acumulação intensiva de capital no mundo globalizado.

No recorte temporal aqui adotado, foi possível identificar medidas de articulação entre política social de saúde e política econômica, que mesclaram aspectos desenvolvimentistas, neoschumpeterianos e empreendedores, aproximando os objetivos constitucionais de desenvolvimento nacional e da promoção do direito social à saúde. Para tanto, é necessário compreender como a implicação entre Estado, saúde e desenvolvimento se deu historicamente no Brasil e quais as perspectivas abertas pela ideia de Estado empreendedor nesse setor.

3.4 A saúde no Brasil: de obstáculo ao desenvolvimento a setor estratégico para a atuação do Estado empreendedor

Em primeiro lugar, deve-se afirmar que o setor da saúde é entendido, nesse trabalho, a partir de três dimensões básicas: a) como um direito social que enseja a formação de sistemas de saúde nos moldes do SUS brasileiro ou o NHS (*Nacional Health Service*) britânico, a partir de um processo de desmercantilização do acesso à saúde; b) como um bem econômico, a partir da mercantilização da oferta, como o assalariamento de profissionais, o sistema de financiamento previdenciário e do sistema público, bem como a criação de empresas médicas e de planos e seguradoras de saúde; e c) como espaço próprio de acumulação de capital, com a criação de um Complexo Econômico- Industrial da Saúde (CEIS), inserido nas cadeias globais de valor e fortemente afetado pelos processos de globalização e financeirização das riquezas (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1766).

A articulação dessas três dimensões no âmbito de uma economia capitalista é essencial para analisar as possibilidades de relação entre Estado, saúde e desenvolvimento, entendida aqui, em sua mais afinada versão constitucional, 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; ELIAS, 2007, p. 1765).

Assim, as três dimensões serão discutidas e apontadas ao longo do trabalho, de acordo com os referenciais teóricos e com a discussão sobre as possibilidades de desenvolvimento aqui adotadas, marcando-se, desde já, a diferença de temporalidade na constituição dessas três dimensões no Brasil. Se, para efeitos metodológicos, nesse capítulo será abordada a saúde como direito social (deixando-se para o próximo a discussão sobre a condição de bem econômico e espaço de acumulação de capital), é possível desde logo afirmar que desmercantilização do acesso, mercantilização da oferta e formação de um espaço próprio de acumulação de capital no campo da saúde vêm acontecendo nas últimas sete décadas no mundo e convivem, no Brasil, em movimentos contraditórios no âmbito de um mesmo sistema de saúde.

A compreensão desses movimentos contraditórios em uma economia periférica e a possibilidade (ou não) do direcionamento, por parte do Estado, de uma política transversal de sincronização e reforço mútuo entre eles ilustra e reflete a influência, no âmbito da saúde, do debate maior sobre políticas desenvolvimentistas e neoliberais apresentado no início desse capítulo.

Começando com a primeira dimensão, da saúde como um direito a partir da desmercantilização de seu acesso, é possível traçar um paralelo entre formação dos sistemas de saúde e políticas macroeconômicas. Tome-se, por exemplo, o caso do NHS, cuja criação se dá no pós-segunda guerra, em 1948, inaugurando os já mencionados trinta anos do consenso keynesiano necessários ao fortalecimento das economias europeias com políticas intencionais, baseadas na aliança entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social; portanto com amplo financiamento público de suas ações e efeitos multiplicadores na economia.⁴⁰

⁴⁰ Paralelos entre o NHS e o SUS são frequentemente realizados por estudiosos da saúde. Apesar do diferente contexto histórico em sua criação, aspectos como a universalidade, a integralidade e a gratuidade da assistência os aproximam, bem como a semelhança nas formas de financiamento: massivamente pelo setor público, por impostos gerais e contribuições sociais (No Brasil, o volume das contribuições é superior ao dos impostos gerais). O NHS foi alvo de uma reforma neoliberalizante em 1991, no esteio das políticas conservadoras capitaneadas por Margaret Thatcher, que buscava “eficiência” e parâmetros competitivos entre os consumidores de saúde. As consequências das medidas adotadas não foram aprovadas pelos britânicos, que, em 1996, após 18 anos, derrotaram o Partido Conservador em favor do Partido Trabalhista, eleito em grande parte com a promessa de reparar as consequências das medidas da reforma de 1991, principalmente a queda na qualidade do atendimento. Conhecida como “a reforma da reforma”, as medidas governamentais apresentadas em 1997 e implementadas em 1999 pelo Partido Trabalhista buscaram garantir a universalidade, a

Diferentemente, no Brasil, a criação do SUS, exatos quarenta anos depois, se dá em meio ao processo acima descrito de esgotamento econômico nacional na chamada “crise da dívida”, em um quadro de estagnação, ao qual se segue, logo nos primeiros quinze anos de sua existência, a adoção de políticas econômicas neoliberais, com sérios desafios e limites para a efetiva implantação de um sistema universal, descentralizado, redistributivo, igualitário e participativo, como definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

Mas, para compreender a relação entre Estado, saúde e desenvolvimento no Brasil, é necessário compreender como, historicamente, as políticas, as instituições e os debates acerca da proteção à saúde constituem a formação do Estado Nacional e da noção de cidadania, culminando com a criação do SUS. Embora Bercovici (2013) comece a falar do regime constitucional da saúde a partir da Constituição de 1934, adota-se aqui um exame também de como o tema foi abordado na Primeira República (1881-1930), se não como política estatal deliberada e tema constitucional, pelo menos como debate intelectual e político a colocar a saúde como “problema vital brasileiro”,⁴¹ influenciando o viés do regime iniciado em 1930 e assegurado na Constituição de 1934.

A essa reflexão sobre as políticas de saúde antes da Revolução de 1930, segue-se a análise do período varguista (1930-1945), do breve período da redemocratização (1946-1964), das políticas adotadas durante a Ditadura Civil-

integralidade e a gratuidade, eliminando o que não funcionou com a reforma thatcherista, mas mantendo algumas das mudanças. Buscou-se, justamente, manter as características do comando verticalizado e do desempenho anteriores à primeira reforma e alguns ganhos na “liberdade” entre 1991 e 1998. Assim, mais uma similaridade pode ser encontrada entre os dois sistemas, ambos alvo de reformas neoliberais mais preocupadas em poupar recursos públicos (que, no Brasil, terminam nas mãos dos bancos privados para o pagamento da dívida pública) do que em assegurar as qualidade, integralidade, universalidade, gratuidade e ampla cobertura do sistema (TANAK; OLIVEIRA, 2007).

⁴¹ A expressão foi cunhada por Monteiro Lobato em uma série de artigos acerca de saúde e saneamento, publicados no Jornal “O Estado de São Paulo”, em 1918. Os artigos foram posteriormente reunidos na obra “Problema Vital”, publicada em 1919. A adesão ao ideário do movimento sanitarista marca uma virada do pensamento de Lobato, que inicialmente atribuía os problemas brasileiros à “inferioridade racial, para uma compreensão da saúde pública como principal entrave ao desenvolvimento e problema crucial a ser enfrentado pelo Poder Público”. Assim: “Lobato repensou as teorias racistas importadas da Europa, segundo as quais, a ‘qualidade’ da raça povoadora de um país era determinante para seu futuro. Pela nova perspectiva, a doença, não permitindo ao homem brasileiro desenvolver toda a sua potencialidade física e mental, estava criando uma raça de fracos, incapazes para o trabalho eficiente, idiotizados, apáticos politicamente e degenerados pelo alcoolismo”. São “milhões de quantidades negativas incapazes de produzir”, sentenciou Lobato. A degenerescência dos caboclos deixava de ser inerente a estes mestiços, conforme Lobato havia aprendido com Le Bon, e passava a ser vista como produto da doença, subnutrição e ignorância. Em “O Problema Vital”, Lobato recuperou o Jeca Tatu, deslocando do fator raça para o fator saúde a discussão sobre as possibilidades de construção de uma nação moderna e eficiente no Brasil. (CAMPOS, 1998, p. 49-50).

Militar (1964-1985) e, por fim, da transição em 1986 para o regime constitucional adotado em 1988 e seus desafios em tempos de neoliberalismo.

3.4.1 Estado, saúde e desenvolvimento entre 1891-1930

É possível apontar, durante o período da Primeira República, o papel da saúde tanto no processo de construção de uma ideologia de nacionalidade quanto na consolidação da autoridade estatal sobre o território brasileiro. Se, quanto ao primeiro ponto, tratava-se de superar as imagens negativas relativas à “inferioridade racial”⁴² do brasileiro, que se refletia nas más condições de saúde, pela miscigenação e pelo clima tropical; o segundo ponto diz respeito ao alcance do movimento sanitarista nesta época, em conjunção com a ação política que determinou as ações de saneamento rural (“saneamento dos sertões”), em fins da década de 1910, contribuindo para a efetiva ação do Estado nas paragens mais longínquas do território nacional. Assim:

A compreensão sobre a gênese do movimento sanitarista na Primeira República é favorecida quando se identificam as afinidades que foram se estabelecendo entre uma comunidade de cientistas em formação, projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista e propostas políticas de expansão da autoridade estatal no território e de redefinição do pacto federativo (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 33).

Tais desafios se estabeleceram em um país predominantemente rural, quando a população brasileira era constituída de 65% de analfabetos, segundo o censo de 1910.⁴³ A questão era como estabelecer políticas mínimas de inclusão em saúde e educação, a fim de constituir um contingente populacional suficientemente adequado para os desafios econômicos de crescimento. Muito embora não existam previsões específicas sobre políticas sociais na Constituição de 1891, cabendo aos Estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento, o nascente

⁴² A discussão acerca da “inferioridade racial” do brasileiro, com a recepção das teorias raciais que fizeram sucesso na Europa em meados dos oitocentos, tomou corpo no final do século XIX e adentrou o século XX, mais especificamente no período entre 1870 e 1930, atribuía à miscigenação disseminada a perda das boas características das raças, constituindo uma nação de gente feia, doente e de espírito vicioso, sendo a mestiçagem uma das explicações para o atraso nacional. A solução apontada seria justamente o branqueamento, defendido enfaticamente por homens de ciência, como João Batista Lacerda, diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro, durante o I Congresso Internacional das Raças, realizado em Londres, em julho de 1911 (SCHWARCZ, 1993).

⁴³ Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1910. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485745/Mapa+do+analfabetismo+no+Brasil/a53ac9ee-c0c0-4727-b216-035c65c45e1b?version=1.3>. Acesso em: 18 nov. 2019.

movimento sanitarista já identificava no fortalecimento da autoridade federal uma possibilidade de êxito em seus propósitos.

Uma importante ação de saúde pública foi tomada com a criação de duas das principais Instituições de saúde pública e pesquisa no Brasil, o Instituto Soroterápico Federal, em 1900 (posterior Instituto Oswaldo Cruz, em 1908 e, finalmente, Fundação Oswaldo Cruz, em 1970), no Rio de Janeiro (capital da República), e o Instituto Butantan (inicialmente denominado Instituto Serumteraphico), criado pelo Governo do Estado de São Paulo em 1901,⁴⁴ sendo a criação deste último motivada pela explosão de uma epidemia de peste bubônica no porto de Santos, em 1899.⁴⁵ A partir de intervenções sanitárias nessas duas principais cidades, aconteceram em outras ações semelhantes, impulsionando o nascente movimento sanitarista, que encontrou, nessas Instituições, casa para suas pesquisas e para debates acerca das feições da saúde pública no Brasil, pressionando politicamente pela definição de políticas públicas específicas na área (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

No entanto, apesar das ações urbanas, a maior parte do território e do contingente populacional do país continuava completamente apartada de políticas públicas de saúde. Assim, a partir da década de 1910, em razão de viagens requeridas pelo Instituto Nacional de Obras contra as Secas (posterior DNOCS), começa a ser realizado um levantamento das condições epidemiológicas e sanitárias dos sertões do Nordeste e Centro-Oeste, levado a cabo por Belisário Pena e Artur Neiva. A divulgação, em 1916, dos resultados das incursões pelos sertões realizadas em 1912 e sua reimpressão em 1918 engrossaram a discussão sobre a questão nacional, pintando os sertanejos como abandonados pelo Poder Público, o que levava a um quadro alarmante de doenças endêmicas no país e

⁴⁴ Ressalte-se que São Paulo foi o único estado que desenvolveu uma ampla política sanitária própria desde os primeiros anos da República, mantendo-se praticamente autônomo em relação aos entes federais (HOCHMAN, 1998, p. 40). Ilustrando esse fato, destaque-se a desvinculação de sua Inspetoria de Higiene do Governo Federal em 1891, tornando-se Inspetoria de Hygiene do Estado de São Paulo. Era o início da formação de uma rede estadual de saúde em 1892, por meio da Lei Estadual n.º 43, que instituiu o Serviço Sanitário de São Paulo e estabeleceu a dotação orçamentária para a criação do Instituto Bacteriológico (atual Instituto Adolfo Lutz) e do Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, do Instituto Vacinogênico, do Laboratório Farmacêutico e a sua incorporação. A rede promove ainda a incorporação dos Hospitais Públicos então existentes (Fonte: Instituto Butantan. Disponível em: <http://www.butantan.gov.br/institucional/historico>. Acesso em: 18 nov. 2019.

⁴⁵ Dados sobre a criação do Instituto Serumteraphico na Fazenda Butantan, inclusive o fac-símile da publicação do Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 27 de fevereiro de 1891, que circula com o ato oficial de sua criação, podem ser encontradas em: <http://www.butantan.gov.br/institucional/historico>. Acesso em: 18 nov. 2019.

explicava a má saúde do brasileiro não por sua “inferioridade racial”, mas pela ausência de políticas específicas de saúde que integrassem o Brasil dos sertões ao Brasil do litoral (CAMPOS, 1998).

Nasce, assim, um movimento específico pelo saneamento rural, demandando diretamente ações públicas, que mobilizou intelectuais e políticos brasileiros, culminando na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, contando com a adesão, além dos próprios sanitaristas, de muitos congressistas, de Cândido Rondon e do então Presidente da República, Venceslau Brás (que, no calor do debate, chegaria a criar, ainda em 1918, o Serviço de Profilaxia Rural). Transformava-se a saúde, assim, durante a Primeira República, em questão social e política, por conformar o grande obstáculo à civilização (CASTRO SANTOS, 1985).

Analisando os artigos de Belisário Pena, escritos entre 1916 e 1917, quando da publicação dos resultados da viagem sanitária de 1912, e publicados no jornal “Correio da Manhã”, Campos (1998, p. 49) assim entende:

Para o sanitarista, o brasileiro era sobretudo “uma vítima indefesa da doença, da ignorância e da deficiência da alimentação.” O Brasil, nas palavras de Miguel Pereira, se tornara “um vasto hospital” e os sanitaristas apontavam que o país precisava de uma campanha que erradicasse as doenças endêmicas que minavam o vigor do povo brasileiro.

A partir dessa compreensão em seus efeitos políticos, o debate sanitarista que tomou a Primeira República consolidou a ideia de que a má saúde do brasileiro não se devia à “degeneração racial”, e que a responsabilidade pela erradicação de doenças cabia ao poder público, que, em um esforço para atingir plenamente o território nacional, deveria conjugar forças entre Governo Federal e Governos Estaduais para implementar efetivas ações de erradicação de doenças, em especial nos sertões (HOCHMAN, 1998). A relação entre as oligarquias dos Estados e Governo Central, que se acirraría durante o início da Era Vargas, encontra-se também no debate sanitarista, impedindo, por exemplo, a criação de um ministério específico por pressão dessas mesmas oligarquias, que o entendiam como ameaça à autonomia estadual.

É possível apontar a Primeira República como a “era do saneamento”, com a criação de uma infraestrutura sanitária geral e uma expansão da autoridade pública sobre o território, em termos sanitários, que contribuiriam para a formação do

Estado Nacional (HOCHMAN, 1998, p. 40). Tal se deu mediante o desenvolvimento de uma política social de saúde pública a partir da ampla negociação com os entes federativos (União e Estados), culminando na reformulação dos serviços sanitários e criação, no lugar do Ministério, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido até 1926 por Carlos Chagas. Verifiquem-se aí o surgimento de uma burocracia estatal ligada à saúde e a celebração de convênios dos Estados com o DNSP para receber ações federais de saúde sem a perda de sua autonomia.

3.4.2 Estado, saúde e desenvolvimento na era Vargas (1930-1945)

É com esse arcabouço político e ideológico construído pelo movimento sanitarista que se dá a entrada para a Era Vargas, tendo como marco inicial a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), em 1930, pelo Decreto nº 19.402, em 14 de novembro, que absorve o DNSP e suas funções.⁴⁶

O período pós-revolucionário é marcado por grande instabilidade, refletindo a heterogeneidade das forças políticas que encerraram a política oligárquica da Primeira República por meio da Revolução de 1930. Trata-se de uma ampla mudança política e econômica do país⁴⁷ com implicações profundas para a área da saúde pública no Brasil. Dessa forma, para Cristina M. Oliveira Fonseca (2007, p. 36), esse quadro histórico pode ser assim definido:

Foi nesse quadro de instabilidade política, em que Vargas buscava mecanismos para consolidar-se no poder reforçando os ideais de construção de um Estado Nacional centralizador e intervencionista, que

⁴⁶ “Ao instituir-se o Governo Provisório, eram sete os ministérios que integravam a administração federal, a saber: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio; Ministério da Fazenda; Ministério da Guerra; Ministério da Justiça e Negócios Interiores; Ministério da Marinha; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Viação e Obras Públicas. Imediatamente após a instituição do Governo Provisório, ainda no próprio mês de novembro de 1930 foram criados dois novos ministérios: Ministério da Educação e Saúde Pública 27 (no qual foram integradas repartições então pertencentes aos ministérios da Justiça e Negócios Interiores, da Viação e Obras Públicas e da Agricultura, Indústria e Comércio) e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio 28 (no qual foram integradas repartições até então pertencentes ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, que passou a denominar-se Ministério da Agricultura; 29 ao Ministério da Fazenda; ao Ministério da Viação e Obras Públicas; e ao Ministério das Relações Exteriores). Aliás, a criação desses dois novos ministérios havia sido anunciada por Getúlio Vargas no seu discurso de posse na chefia do Governo Provisório, a 3.11.1930, e cujas ideias centrais foram resumidas acima. Iniciava-se, assim, **predominantemente pelo setor social**, a reforma administrativa da administração federal” (WAHRLICH, 1975, p. 09-10) (grifo nosso).

⁴⁷ De acordo com Eli Diniz (1981, p. 31), as rupturas iniciadas com a Revolução de 1930 significaram “um processo de reestruturação política voltado para a reafirmação do poder do Estado e para a nacionalização da política, tendo em vista o esvaziamento do regionalismo e a desarticulação dos instrumentos de poder oligárquico. (...). Desmontar as bases do poder de decisão dos grandes Estados significaria paralelamente remanejar os recursos de poder à disposição dos diferentes setores dominantes, reequilibrando o peso político das diferentes facções oligárquicas regionais, reduzindo a influência dos setores hegemônicos tradicionais”.

transcorreram os primeiros anos de implementação de um novo formato de política social no Brasil. À instabilidade política responderia o governo com medidas de política social que fortaleceriam seu papel diante dos conflitos.

Nesse cenário, as políticas de saúde criadas já a partir do Governo Provisório e aprofundadas durante o Estado Novo, compreendendo todo o período de 1930 a 1945, representaram uma alteração significativa na esfera política, ideológica e institucional. O campo político traz o acirramento das diferenças oligárquicas, com a reformulação dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional, em favor de um Estado cada vez mais centralizado. O plano ideológico é marcado pela implantação de um projeto de construção nacional alicerçado no papel do Governo Federal para vencer as diferenças regionais.⁴⁸ Já na esfera institucional, instala-se o dualismo em relação às políticas de saúde, com a criação do MESP para a ação do Governo Federal em relação à saúde pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 38), de feição universalista, e da definição de assistência médica em termos previdenciários por meio do MTIC (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio)⁴⁹ (FONSECA, 2007).

De toda forma, o Governo Vargas representa um marco na definição das políticas sociais no Brasil, tendo orientado o modelo estatal de saúde até a Constituição de 1988. Sua natureza dual deve-se aos arranjos políticos estabelecidos na negociação com os diferentes setores da vida política e econômica nacional, definindo-se um padrão de assistência médica segundo o modelo previdenciário⁵⁰ para as populações urbanas e integradas ao mercado de trabalho

⁴⁸ O projeto de construção nacional implementado por Vargas encontra raízes no pensamento tanto de Oliveira Vianna, com seu pensamento centralizador e autoritário que pregava a diminuição do excesso de federalismo da Constituição de 1891; quanto no pensamento de Alberto Torres, que insistia na organização de um Estado Nacional como forma de superação da crise brasileira e como forma de definição dos rumos nacionais em direção ao desenvolvimento (FONSECA, 2007, p. 34-35).

⁴⁹ Segundo Cristina M. Oliveira Fonseca (2007, p. 42), o dualismo na política de saúde, evidenciado pela atuação dos dois Ministérios durante o Governo Vargas é constantemente apontada pelos historiadores da saúde no Brasil seja na forma de saúde pública e medicina previdenciária (DRAIBE, 1985), assistência médica e saúde pública (HOCHMAN, 1998) ou entre saúde individual e saúde coletiva (SCOREL, 1999).

⁵⁰ “Com relação à medicina previdenciária, observa-se que seu desenvolvimento está diretamente relacionado com o Sistema Previdenciário Brasileiro (Sistema de Seguridade Social), que tem início em 1923 com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). 5 No interior das CAPS, e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados em 1930, a assistência médica era considerada um auxílio não obrigatório, na medida em que as instituições previdenciárias possuíam autonomia para definir seus próprios benefícios, contando com a participação de trabalhadores e empresários no seu gerenciamento. Entretanto, muitas CAPs e IAPs optaram pela assistência médica como um benefício a ser concedido, criando esquemas próprios de concessão. Neste sentido, vale a pena ressaltar a solução encontrada pelo IAP dos industriários, que optou pela

formal, na forma de contribuições de empregados e empregadores, sendo garantida por meio do MTIC; e o modelo de saúde pública implementado por meio do MESP, envolvendo ações com vocação universalista de prevenção e promoção da saúde (principalmente a partir da gestão de Gustavo Capanema à frente do Ministério no longo período de 1934 a 1945), que incluíam a população rural e desvinculada do mercado de trabalho, assegurando a presença do Governo Federal em todos os Estados da Federação, como forma de enfrentamento da questão federativa e definição do modelo de prestação dos serviços públicos de saúde.

Em relação ao período da Primeira República, o modelo de saúde pública adotado por Vargas diferencia-se por constituir um dos elementos do complexo aparelho do Estado, apresentando-se em consonância com o projeto político, econômico e ideológico do regime em vigor, dependendo inclusive das oscilações e dos interesses políticos do Governo Central em relação aos poderes locais, bem como os interesses das elites urbanas e agrárias nacionais. Ainda que a separação entre assistência médica setorizada na forma da assistência médica não obrigatória vinculada ao sistema previdenciário específico de cada categoria e a política de saúde pública desenvolvida pelo MESP possa sugerir um caráter meramente assistencialista dessa última, focalizada nos pobres, nos moldes da legislação social inglesa,⁵¹ Cristina M. de Oliveira Fonseca (2007, p. 56) não enxerga a mesma situação estigmatizante para os indivíduos, presente nos modelos exclusivamente assistencialistas (para os pobres). Isso porque a autora entende que o modelo de saúde pública do MESP reconhece e institucionaliza o papel do Estado como prestador de serviços ao conjunto da população, iniciando-se a construção de serviços com características universais nessa área. Mas aponta que “a distinção entre os serviços prestados em cada um dos ministérios terminava por contribuir para uma hierarquia valorativa”.

compra de serviços de terceiros como forma de prestar assistência médica aos trabalhadores do setor” (FELICIELLO, 1992, p. 66).

⁵¹ A chamada Lei dos Pobres tem sua origem no século XIV, passando por sucessivas reformulações nos séculos seguintes e não sendo formalmente abolida até a Lei Nacional de Assistência em 1948, com o estabelecimento do Estado de Bem-Estar, do qual faz parte a prestação de assistência universal e gratuita pelo NHS, que começou a funcionar no mesmo ano. A profunda estigmatização social dos pobres ingleses por sua inclusão no sistema de assistência social da Lei dos Pobres faz com que, em moldes liberais, a pobreza seja considerada um “atestado de incompetência individual”, só superável pela incorporação do indivíduo ao mercado de trabalho e independência dos programas sociais do governo (FONSECA, 2007, p. 56).

Nesse contexto, pelo fato de a assistência médico-hospitalar só ser garantida aos trabalhadores inseridos no mercado formal, esta ocupa uma posição hierárquica superior. Somam-se a esse modelo as ações de saúde pública dirigidas para toda a população, de hierarquia inferior por depender unicamente da iniciativa do Estado, sem ligar-se a qualquer grupo de demanda específico e oscilar de acordo com os interesses e negociações políticas. Assim, um bem coletivo, como a saúde, não era plena e igualmente usufruído por todos como direito social, embora já assumisse contornos universalistas nas ações de prevenção. O impacto desse modelo pode ser assim entendido:

A saúde pública foi incorporada ao arcabouço institucional brasileiro a partir de 1930, de modo distinto ao da assistência médica previdenciária. Ressaltam, entre suas especificidades: os aspectos referentes à sua clientela, ampla e não restritiva; a sua configuração, desvinculada da noção de direito social; o seu caráter nacional; e a ênfase sobre ações de prevenção. Advogo, a partir dessas observações, que naquele momento intensificaram-se as medidas destinadas a institucionalizar um sistema universal de saúde. Um exemplo encontra-se no foco sobre as mulheres (valorizadas principalmente como mães) e as crianças. Alvos do projeto de construção nacional, tal prioridade identificava o Estado como responsável por seus cidadãos antes mesmo de seu nascimento e tomava para si a tarefa de assegurar um desenvolvimento saudável a todos (FONSECA, 2007, p. 57).

No plano das instituições, tal política foi orientada para uma verticalização das ações de saúde, a partir do Governo Federal, que, em seu desenho institucional, combinou centralização normativa (com a elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários) com o desenvolvimento de mecanismos para integrar as três esferas administrativas (federal, estadual e municipal), assegurando a presença da União em todos os Estados como forma de contrapor os interesses privados regionais. Esse processo ficou mais visível a partir de 1937, quando o MESP passa a ser Ministério da Educação e Saúde (MES), sendo criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS) e extinguindo-se o antigo DNSP. Sob a direção de João de Barros Barreto, escolhido para a função por Capanema, o DNS passou a ser responsável pela execução das ações de saúde pública em todo o território nacional.

A estratégia adotada por Barros Barreto, diante da desorientação dos Estados, da falta, nestes, de pessoal especializado acentuada pela carência de recursos financeiros e dificuldade de centralização de ações em um país continental,

foi manter a concepção de saúde e seu planejamento sob coordenação do DNS, forçando uma padronização no nível estadual e local por meio da via normativa, prevendo inclusive a reformulação dos serviços estaduais, com implantação do sistema de distritos de saúde, programa de formação de pessoal e criação de carreiras e revisão dos processos de financiamento (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006).

Em 1941, Barros Barreto conduz uma reforma administrativa no MES, sob a tutela de Gustavo Capanema, favorecendo ainda mais a verticalização das ações de saúde, centralização e presença territorial do projeto de saúde pública, com a segmentação das ações em nível nacional a partir de doenças específicas, especificamente febre amarela, malária (cujo serviço incluiu também a doença de Chagas e a esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. As modificações trazidas pela reforma incorporaram boa parte das estratégias e propostas (inclusive aplicadas nos EUA,⁵² à época) debatidas em fóruns internacionais de saúde, como a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), principal organização de saúde a organizar debates e formas de interação entre os países da América Latina durante o período completo do Governo Vargas.

Certamente, a adoção de diretrizes internacionais foi adaptada ao modelo político-institucional brasileiro com predomínio do executivo federal e tendo o nível estadual como ponto de controle e irradiação das políticas de saúde, evitando-se o nível local em razão das influências políticas locais. O regime de intervenção federal sobre os estados, então em prática com a nomeação de governadores pelo

⁵² Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no âmbito da chamada “política da boa vizinhança” adotada pelos EUA em relação aos países da América Latina. O principal instrumento dessa política foi o *Office of the Coordinator of Interamerican Affairs*, criado em 1940 e coordenado por Nelson Rockefeller, funcionando não só como órgão de intercâmbio econômico e cultural, mas também como agência do esforço de guerra norte-americano. Atuou em várias áreas, inclusive na saúde, por meio do Instituto de Assuntos Interamericano (IAIA). Os projetos de saúde e saneamento do *Office* foram implementados justamente pelo SESP, estruturado como agência bilateral, com recursos do IAIA e do Governo Brasileiro, sendo que, até 1944, 80% de seus recursos vinham do IAIA. A partir de 1945, os aportes do Governo brasileiro foram aumentando sucessivamente, demonstrando uma crescente apropriação nacional do Serviço. De acordo com Campos (2008, p. 880): “Por se tratar de uma “agência especial” com estatuto jurídico diferenciado, o SESP subordinava-se formalmente ao Ministério da Educação e Saúde, mas, na prática, gozava de bastante autonomia administrativa e financeira. Para o governo norte-americano, o SESP foi pensado como uma agência temporária que, em parceria com o IAIA, executaria políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas. Entretanto, para o Brasil, as políticas do SESP adequavam-se perfeitamente àquelas elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e ao processo de *state and nation building* do primeiro governo Vargas. Neste sentido, as interações e respostas brasileiras fizeram do SESP um instrumento do projeto varguista de desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade pública”.

Presidente, favorecia a coordenação nacional das ações, bem como o entendimento com os poderes locais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006).

Para compreender os sucessivos arranjos no MES e a relação com os estados, é preciso tomar as ações de saúde no âmbito do novo projeto político-ideológico proposto por Vargas. A saúde era, como dito anteriormente, um elemento do projeto de construção do Estado Nacional e um caminho para o desenvolvimento, sendo a enfermidade e o risco de doenças dos brasileiros vistos como obstáculos a serem vencidos para possibilitar a qualificação da mão de obra, a integração nacional e o crescimento econômico do país.

No entanto, esse projeto dependia de arranjos políticos e era, ao mesmo tempo, um instrumento de poder na definição da correlação das forças políticas em presença. Assim, entre 1930 e 1934, os arranjos políticos altamente instáveis (no caso da saúde, especialmente em relação a Minas Gerais) do Governo Provisório levaram à alternância de ministros à frente do MESP, tendo o cargo sido ocupado simultaneamente por Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires. Somente depois da Constituição de 1934, Gustavo Capanema foi efetivado como ministro, tendo permanecido até o final do Governo Vargas. As ações adotadas a partir de 1937, com o Estado Novo, e aprofundadas em 1941, seguem a progressiva centralização política efetivada por Vargas, no âmbito de seu ambíguo projeto autoritário, que, ao mesmo tempo, recusou a democracia liberal incapaz de inclusão das forças sociais emergentes e aprofundou uma democracia social, com a padronização nacional dos serviços públicos, em especial de saúde e educação.

Todo esse arranjo político vem associado ao surto de industrialização vivido no Brasil, por meio do processo de substituição de importações e valorização do mercado interno entre 1929-1939 e substituição da atividade agrícola em algumas regiões do país, em plena vigência do ciclo ideológico do desenvolvimentismo. Assim, a diversificação das atividades econômicas⁵³ produz a articulação de novos interesses em relação à atuação do Estado. No entanto, no período imediatamente pós-revolucionário, nenhuma força política e econômica

⁵³ No mesmo sentido, afirma Wanderley Guilherme do Santos: as pesquisas que se acumulam, bem como as revisões que já se fazem, contribuem para a fixação de um ponto aparentemente incontroverso: quaisquer que tenham sido os motivos que estimularam a nova elite governamental pós-30, o certo é que, decisivamente, orientou-se ela pelo caminho da acumulação e da diferenciação da estrutura econômica do país, ao lado da tradicional política de proteção do setor cafeeiro (1979, p. 74).

específica logrou êxito em impor-se às demais, levando a uma política econômica que acenou tanto para elites industriais quanto para elites agrárias (DINIZ, 1981).

Os intensos debates políticos e econômicos, que compreendem o período 1930-1937, intensificaram a crítica ao liberalismo e reforçaram o papel do Estado como mediador dos conflitos entre capital e trabalho e responsável pela criação de uma infraestrutura econômica e social que permitisse o desenvolvimento capitalista. Tal projeto deveria ser iniciado pela própria reforma do Estado, valorizando-se o reforço da administração pública, em oposição aos interesses políticos particulares. Incorporar o projeto político-ideológico na própria estrutura administrativa e burocrática do Estado era a forma mais segura de resguardá-lo das flutuações políticas. Os setores onde esse processo se deu de forma fundamental e inequívoca foram, segundo Beatriz Wahrlich (1975), justamente o MTIC e o MESP, sinalizando a área social como a sintetizadora dessa ideia-força. Embora presente desde 1930, esse espírito só foi plenamente desenvolvido na Constituição de 1937, como se verá.

No que tange à política de saúde no regime constitucional da era Vargas, Gilberto Bercovici (2013, p. 10-11) destaca que a estruturação definitiva de um sistema público no Brasil se dá, conforme aqui explicitado, com a criação do MESP, em 1930, sendo a Constituição de 1934 o resultado de um processo de constitucionalização das medidas tomadas pelo Governo provisório. Assim, a estruturação do Estado Nacional, iniciada a partir de políticas sociais, encontra-se refletida no texto constitucional no artigo 10, inciso II, que concedia à União e aos Estados a competência para cuidar da saúde e da assistência públicas; o artigo 121, § 1º, alínea “h”, que define a saúde como um direito dos trabalhadores (não se tratando de um direito social assegurado a toda a população, mas reservada a assistência médico-hospitalar aos integrados no mercado de trabalho e as ações de saúde pública universal uma posição atribuição do Estado, que não poderia ser especificamente demandado nesse sentido); e o artigo 138 (alíneas “f” e “h”), que definiu o âmbito das ações universalizáveis em saúde, prevendo, entre as políticas de assistência social, políticas de saúde e higiene sociais e o combate às grandes endemias.

O regime constitucional em 1937 acompanhou o caráter autoritário e centralizador⁵⁴ do novo regime. Mas a função do Estado Novo “parece ter sido menos a de introduzir uma inovação do que a de garantir, através da eliminação de resistências políticas, a consolidação de algo já existente e que havia sido introduzido pela Revolução de 1930” (MARTINS, 2009). Com efeito, nas palavras de Francisco Campos, mentor do texto constitucional, a centralização e o fortalecimento do Governo Federal, inclusive com o estabelecimento do regime de interventoria nos Estados,⁵⁵ prestava-se justamente a aprofundar a democracia social, cuja realização era obstada pela democracia representativa de índole liberal praticada durante a Primeira República e ainda nestes primeiros anos do Governo Vargas, sob a regência da Constituição de 1934:

⁵⁴ A partir de 1937, a supressão dos órgãos legislativos e a submissão dos interventores ao Executivo federal, se não foram bastantes para liquidar localmente a dominação oligárquica, tornaram inviável a função, por ela antes exercida, de promover também a articulação política dos subsistemas regionais em plano nacional. Essa integração teria que ser promovida, portanto, através de outros meios e da quebra dos valores que até então haviam dado consistência política à organização federativa. As noções de ‘Estado centralizado e forte’ e de ‘reconstrução nacional’, apropriadas na vaga ideológica que cobria parte da Europa, e que encontravam larga ressonância nas forças ‘modernizadoras’, seriam os novos valores a serem contrapostos à concepção tradicional de federação. Foi em nome de ambos, por exemplo, que se procedeu solenemente à queima das bandeiras dos estados (símbolo de sua autonomia política), e que a Carta de 1937 vedou a criação de impostos interestaduais, instrumento de sua autarquização econômica, duas disposições que, para além de suas finalidades políticas imediatas, teriam significativa importância para a expansão do capitalismo no país. Com efeito, a liquidação da autonomia dos estados enfraqueceu aqueles grupos locais que logravam identificar seus interesses particulares com a defesa da ‘economia da região’, o que abriria o caminho para que se realizasse, sem maiores resistências políticas estaduais, a transferência de renda do setor agroexportador para o setor industrial; da mesma forma, a abolição das barreiras tarifárias inter-regionais eliminariam um dos obstáculos à unificação do mercado interno” (MARTINS, 2009).

⁵⁵ Constituição de 1937, “Artigo 9º: O Governo Federal intervirá nos Estados, mediante a nomeação pelo Presidente da República, de um Interventor, que assumirá no Estado as funções que pela sua Constituição competirem ao Poder Executivo, ou as que, de acordo com as conveniências e necessidades de cada caso, lhe forem atribuídas pelo Presidente da República: a) para impedir invasão imminente de um país estrangeiro no território nacional, ou de um Estado em outro, bem como para repellar uma ou outra invasão; b) para restabelecer a ordem gravemente alterada, nos casos em que o Estado não queira ou não possa fazê-lo; c) para administrar o Estado, quando, por qualquer motivo, um dos seus poderes estiver impedido de funcionar; d) para reorganizar as finanças do Estado que suspender, por mais de dois anos consecutivos, o serviço de sua dívida fundada, ou que, passado um ano do vencimento, não houver resgatado empréstimo contratado com a União; e) para assegurar a execução dos seguintes princípios constitucionais: 1 - forma republicana e representativa de governo; 2 - governo presidencial; 3 - direitos e garantias asseguradas na Constituição; f) para assegurar a execução das leis e sentenças federais. Paragrapho unico. A competência para decretar a intervenção será do Presidente da República, nos casos, das letras a, b e c; da Câmara dos Deputados, no caso das letras d e e; do Presidente da República, mediante requisição do Supremo Tribunal Federal, no caso da letra f”.

A nova Constituição [de 1937] é profundamente democrática. Aliás, a expressão democrática, como todas as expressões que traduzem uma atitude geral diante da vida, não tem um conteúdo definido, ou não conota valores eternos. Os valores implícitos na expressão “democracia” variam com os tipos de civilização e de cultura (...). Numa época de profundas e radicais modificações na técnica da vida e de conquistas no domínio dos bens materiais e morais, o principal problema passava, necessariamente, a ser o de tornar os benefícios dessas transformações e conquistas acessíveis ao maior número possível. Tratava-se, portanto, de inverter o conceito de democracia, próprio do século XIX (...). Os novos direitos constituem, por assim dizer, a substância da declaração constitucional de direitos. Não se trata mais de uma declaração negativa da liberdade, que não dava outro direito ao indivíduo senão o de não ser incomodado pelo Estado. O indivíduo tem direito a serviços e bens, e o Estado o dever de assegurar, garantir e promover o gozo desses serviços e desses bens: o direito à atividade criadora; o direito ao trabalho; o direito a um padrão razoável de vida; o direito à segurança contra os azares e os infortúnios da vida — o desemprego, o acidente, a doença, a velhice; o direito a condições de vida sã, criando ao Estado o dever de administrar a higiene pública, e, sobre todos, o direito à educação, sem cujo exercício não é possível tornar acessível a todos o gozo dos demais bens da civilização e da cultura (CAMPOS, 2001, p. 56-58).

Especificamente em relação à saúde, como aponta Bercovici (2013, p. 11), o texto constitucional de 1937 atribuiu à União, no artigo 16, inciso XXIV, competência exclusiva para legislar sobre defesa e proteção da saúde, tendo considerado, em seu artigo 18, alínea “c”, competência concorrente da União e dos Estados para legislar sobre obras de higiene popular, casa de saúde e clínicas. Manteve ainda, em seu artigo 137, alínea “I”, a previsão da assistência médica como direito dos trabalhadores e não assegurou expressamente entre os direitos sociais o direito à saúde, mencionando apenas os direitos trabalhistas, previdenciários e o direito à educação, retrocedendo, portanto, em relação à Constituição de 1934.

No entanto, ainda que a saúde não se tenha apresentado como um direito social garantido a todos na década de 1930, isso não significa que nesse momento não tenha se estruturado o arcabouço burocrático e a infraestrutura compatível com ações universais de saúde, efetivamente prestadas pelo Governo Federal no campo da prevenção de doenças e nos limites da chamada saúde pública, já que a assistência médica foi definida como alcançável apenas por trabalhadores e gerida pelo MTIC no modelo previdenciário. Assim, “a inexistência da noção de direito não seria incompatível com a oferta de serviços mais universais, e talvez essa dissociação possa ser observada como uma característica de regimes autoritários” (FONSECA, 2007, p. 58).

3.4.3 Estado, saúde e desenvolvimento entre 1945-1964

Os anos que se seguiram ao fim do Estado Novo são entendidos como uma experiência democrática de 19 anos até a instalação da Ditadura Civil-Militar em 1964. No período, uma nova constituição foi promulgada; os partidos políticos voltaram a funcionar; foi garantida a liberdade de imprensa e a liberdade sindical; o Congresso voltou a ter peso nas decisões políticas (com uma crescente importância do legislativo federal na definição dos rumos nacionais), e o processo eleitoral formalmente livre e periódico foi retomado. Nesse contexto, as ações de saúde pública, embora se mantendo inicialmente o arcabouço burocrático e institucional erigido pelo Governo Vargas, passaram por importantes debates intelectuais e políticos e por adaptação ao novo contexto democrático, inclusive encontrando nova arena de negociações político-partidárias no Congresso Nacional.

Em relação ao dualismo do sistema de saúde implantado por Vargas, a Constituição de 1946, promulgada durante o Governo Eurico Gaspar Dutra, manteve a divisão entre saúde pública de vocação universalista e assistência médico-hospitalar restrita aos trabalhadores, sendo a última prevista no artigo 157, inciso XIV, com o modelo previdenciário gerido pelo MTIC. Na análise realizada por Bercovici (2013, p. 11), a competência da União foi atribuída para a organização da defesa permanente contra os efeitos das endemias rurais (artigo 5º, inciso XIII), assim como para legislar sobre defesa e proteção da saúde (artigo 5º, inciso XV, alínea “b”). Ressalte-se ainda que a Constituição de 1946 não previu a saúde como direito social específico, repetindo o modelo da Constituição de 1937.

Do ponto de vista institucional, os acontecimentos mais importantes desse período foram a criação pela Lei nº 1.920/53, durante o Governo Vargas, do Ministério da Saúde (MS), separando a saúde pública da pasta da Educação. A autonomização da pasta da saúde trouxe também a reorganização dos serviços nacionais de ação em saúde no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, aprofundando a dicotomia de saúde pública com ênfase nas populações rurais e saúde previdenciária identificada com os trabalhadores urbanos. No campo da saúde previdenciária, aliás, vale ressaltar a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº 3.807/60 - LOPS), que unifica a legislação de todos os Institutos de Assistência Previdenciária setoriais (IAPs), iniciando o processo de unificação previdenciária no Brasil, a ser completado em 1967, com a criação do

INPS. A LOPS estendeu a previdência para todos os trabalhadores regidos pela CLT, mantendo-se a exclusão dos trabalhadores rurais⁵⁶ e domésticos e dos servidores públicos.

No entanto, o aspecto mais importante no debate político sobre a saúde na época foi a implicação, tanto no plano internacional quanto nacional, das relações entre saúde e desenvolvimento. Imbuído do chamado “otimismo sanitário” do pós-2ª Guerra, do discurso ideológico do desenvolvimento⁵⁷ e impulsionado pelas organizações internacionais de saúde da época, como a recém-criada OMS (Organização Mundial de Saúde), a OPAS (incorporada como escritório regional da OMS para o continente americano), o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação), o debate que se estabeleceu internacionalmente entre as organizações funcionais ligadas ao Sistema das Nações Unidas apostava na capacidade de a ciência e a tecnologia vencerem as doenças, afirmando a necessária implicação entre saúde e desenvolvimento, sendo o investimento na saúde do capital humano indispensável para o progresso das nações, em especial nos países mais pobres (subdesenvolvidos).

Discussões acerca do custo econômico das doenças e de sua relação com a pobreza no terceiro mundo, compondo um obstáculo ao desenvolvimento,

⁵⁶ A questão da saúde das populações rurais e sua exclusão da assistência médica no modelo previdenciário é especialmente importante em um país predominantemente rural, como era o Brasil de 1945-1964. Assim, a preocupação com as endemias rurais e com as doenças transmissíveis orientava a atuação dos serviços de saúde pública. Em razão do intenso debate sanitário da época, com propostas de reformulação do sistema varguista, é possível localizar, ainda em 1948 trabalhos com os de Marcolino Candau e Ernani Braga, apresentados no VII Congresso Brasileiro de Higiene, propondo a abolição da distinção entre saúde curativa e saúde preventiva nas ações de saúde pública, ressaltando que, na prática, os centros e postos de saúde já eram obrigados a prestar serviços de assistência médica à população pela inexistência de alternativas assistenciais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 50).

⁵⁷ De acordo com Arturo Escobar (2007, p. 48), um dos principais estudiosos da ideologia do desenvolvimento a partir do fim da 2ª Guerra: “*Uno de los muchos cambios que ocurrió a comienzos de la segunda posguerra fue el “descubrimiento” de la pobreza masiva en Asia, África y América Latina. Relativamente insignificante y en apariencia lógica, el hallazgo habría de proporcionar el ancla para una importante reestructuración de la cultura y la economía política globales. El discurso bélico se desplazó al campo social y hacia un nuevo territorio geográfico: el Tercer Mundo. Atrás quedó la lucha contra el fascismo. En la rápida globalización de la dominación mundial por Estados Unidos, la “guerra a la pobreza” en el Tercer Mundo comenzó a ocupar un lugar destacado. (...) El nuevo énfasis fue estimulado por el reconocimiento de las condiciones crónicas de pobreza y malestar social que existían en los países pobres, y la amenaza que representaban para los países más desarrollados. Los problemas de las áreas pobres irrumpieron en el escenario internacional. Las Naciones Unidas estimaron que el ingreso per cápita de Estados Unidos era de 1453 dólares en 1949, mientras que el de Indonesia apenas llegaba a 25. Esto llevó al convencimiento de que había que hacer algo antes de que los niveles de inestabilidad en el mundo entero se volvieran intolerables. El destino de las áreas ricas y pobres del mundo se concebía estrechamente ligado.*

bem como a definição de planos globais de desenvolvimento no âmbito das organizações internacionais em que a erradicação de doenças tinha papel fundamental eram um constante na época. A eclosão com a Guerra Fria e a atuação das agências de cooperação norte-americana com os países latino-americanos foram orientadas por essas discussões de promoção do desenvolvimento mediante, entre outras estratégias, a superação de doenças, marca inexorável da pobreza (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

No Brasil, começa a ser estruturado, a partir da década de 1950, um movimento identificado como sanitarismo desenvolvimentista, responsável por problematizar a relação entre saúde e desenvolvimento, nos moldes dos estudos sobre o subdesenvolvimento que começaram a existir na América Latina. Uma afinidade entre o pensamento estruturalista latino-americano e essa posição pode ser colocada na premissa básica do movimento, qual seja: não era a má saúde da população uma das causas da pobreza e do subdesenvolvimento brasileiro. Ao contrário, era o adoecimento da população uma consequência da pobreza e do subdesenvolvimento, não sendo o combate e a prevenção às doenças suficientes para superar o subdesenvolvimento. Reclamavam-se ações que ultrapassassem a esfera restrita da gestão da saúde e saneamento, capazes de mudanças econômicas estruturais que se dirigissem à erradicação da pobreza e ao desenvolvimento econômico e social (SCOREL, 2015).

Nesses termos, duas visões antagônicas dominaram o debate brasileiro da época: o sanitarismo campanhista ou “sespiano” (defendido por profissionais de Saúde que integravam o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP) e o sanitarismo desenvolvimentista ou “novo sanitarismo”, que superou as posições do movimento sanitarista da Primeira República. A discussão entre os “sespianos” e os desenvolvimentistas no campo da saúde envolvia também o tema do imperialismo norte-americano. Criado a partir de um programa de cooperação entre EUA e Governo Brasileiro, o SESP pautava-se por ações verticalizadas de saúde, com foco em doenças específicas, e demandava uma infraestrutura de saúde cara e sofisticada, incompatível com a realidade brasileira. Era uma política de saúde “importada”, implantada como parte da política de cooperação interessada em manter o alinhamento dos países latino-americanos aos EUA em tempos de Guerra Fria. Já o sanitarismo desenvolvimentista reclamava a condição de um pensamento sobre a saúde pública construído a partir do conhecimento das condições dos

países subdesenvolvidos da América Latina, na busca de soluções próprias e adequadas não só à realidade sanitária desses países, mas principalmente à sua condição social e econômica.

Em um estudo sobre a ativa participação do sanitarista Mário Magalhães,⁵⁸ principal voz do sanitarismo desenvolvimentista brasileiro, José Roberto Franco Reis (2015, p. 280) assim resume as duas perspectivas:

No Brasil, tais teses são basicamente exemplificadas nas visões que até certo ponto defendiam os sanitaristas ligados ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e seus aliados no Ministério da Saúde – propositores de elevados investimentos em saúde como forma de enfrentar os problemas sanitários e assim propiciar crescimento e prosperidade – e nas concepções dos adeptos da corrente que se convencionou chamar de sanitarismo desenvolvimentista, na qual, de modo inverso, consideravam o desenvolvimento econômico e social do país condição necessária e prévia para a melhoria da situação geral de saúde, dentre os quais se destacam as figuras dos médicos Mário Magalhães da Silveira, Carlos Gentile de Mello e Samuel Pessoa.

Dentro da conjuntura política da época, as relações entre as diferentes correntes do movimento sanitaristas eram muito mais complexas do que essa simples oposição, sintetizada, nos anos 1980, a partir da revisão histórica desse

⁵⁸ Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), médico sanitarista alagoano, marido da psiquiatra Nise da Silveira, desenvolveu uma carreira completa na medicina sanitária brasileira e tornou-se o pensador mais importante do sanitarismo desenvolvimentista no Brasil. Sua carreira, inteiramente dedicada à saúde pública, iniciou-se em 1931 junto ao DNS-MESP, como médico itinerante do Serviço de Profilaxia Rural. A partir daí, trabalhou em muitos cargos de execução, assessoramento e direção dos Serviços de Saúde Pública, tendo chegado à condição de Diretor do Departamento de Saúde Estadual em Sergipe. No entanto a influência de Mário Magalhães era tanto intelectual quanto política. Entre 1953 e 1964 participou da elaboração e defesa das principais políticas de saúde, colaborando com Ministros e Presidentes da República, e mesmo escrevendo discursos de uns e de outros. Sua relação com a teoria do subdesenvolvimento foi orgânica. Colaborou diretamente com Celso Furtado na SUDENE, sendo responsável pelas políticas sanitárias desse órgão e, depois, mesmo afastado durante o Governo Jânio Quadros (que exigiu o retorno de todos os funcionários federais aos seus órgãos de origem), continuou colaborando na condição de conselheiro indicado pelo Ministério da Saúde junto ao Conselho da Superintendência. Foi professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), redator das revistas “conjuntura Econômica” (Fundação Getúlio Vargas - FGV) e “Desenvolvimento & Conjuntura” (Confederação Nacional da Indústria - CNI), conferencista da CEPAL na área de saúde e desenvolvimento e também professor do ISEB, onde exerceu grande influência sobre o pensamento de Guerreiro Ramos. Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene (1962) e Secretário-Geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), foi perseguido depois da instalação da Ditadura Civil-Militar de 1964, sendo afastado de seu cargo no Ministério da Saúde, proibido de dar aula na ENSP e lotado junto ao Serviço Nacional de Tuberculose, sob a coordenação de Hélio Fraga, simpático ao regime autoritário. Na década de 1970, atuou no Serviço de Saúde do então Estado da Guanabara, no setor de epidemiologia e estatística, atualizando 20 anos de dados estatísticos. Colaborou com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA no mesmo período. Em seus últimos anos, desanimado e à margem dos acontecimentos, teria confidenciado ao seu amigo Francisco de Oliveira que “viver é influenciar” e que já não influenciava mais nada (ESCOREL, 2015).

movimento.⁵⁹ Existiam continuidades, encontros e circulação de membros entre os dois pensamentos polares, tendo como ponto comum a valorização da saúde pública como função do Estado e a crença em uma medicina popular e interiorizada, que deveria alcançar amplamente a população brasileira, tanto nas cidades quanto nas áreas rurais.

A construção de agendas institucionais e das políticas de saúde no período aponta, na verdade, para três dimensões que poderiam aglutinar em um mesmo lado membros dos dois grupos polares, a depender da dimensão do conflito. Assim, além da oposição geral entre o controle ou erradicação de doenças como condição para o desenvolvimento econômico e social e a noção de que, embora as doenças devam ser combatidas, a busca pelo desenvolvimento nacional é a condição para melhoria da saúde da população, somavam-se: o embate entre a convicção de que as campanhas deveriam ser verticalizadas para cada doença específica e impostas de baixo para cima, e a concepção de que as campanhas deveriam ser horizontais para atingir um grupo de doenças, compreendendo a promoção de infraestrutura sanitária básica; e, ainda, as diferentes visões sobre a própria ideologia do desenvolvimento como valor universal ou como um processo econômico complexo e mundial que produz o subdesenvolvimento dos países latino-americanos, presos a um sistema de desigualdades só cambiável por meio de mudança nas estruturas econômicas fundamentais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 49-50).

O debate do movimento sanitário reflete as diferentes propostas políticas e econômicas acerca da construção de um projeto nacional existentes à época. Ao identificar-se como “desenvolvimentista”, essa parcela do movimento sanitário revela sua estreita relação com a ideologia desenvolvimentista e antiliberal, que preconiza o papel do Estado na superação do subdesenvolvimento e da dependência por meio do planejamento, da industrialização nacional e de políticas direcionadas para a autonomia tecnológica, tendo como objetivo alterações econômicas estruturais, com vistas a atingir a homogeneização social pretendida por

⁵⁹ “Em certa medida, acreditamos que a identificação de divergências tão acentuadas pode ser atribuída à própria literatura da chamada Reforma Sanitária dos anos de 1980, que, na perspectiva de constituir uma memória e uma história que estabelecessem linhas de continuidade adequadas politicamente ao reformismo sanitário do referido período (...) acabariam por exagerar ou absolutizar certos antagonismos” (REIS, 2015, p. 281). No mesmo sentido, Gilberto Hochman (2009), ao analisar o Programa de Governo de Juscelino Kubitschek, identifica uma artificialidade nessa oposição polarizada entre campanhistas e desenvolvimentistas, que teria sido construída como antecedente da Reforma Sanitária de 1980.

Celso Furtado, da qual faz parte o acesso universal e integral às mais variadas ações de saúde.

Já os sanitaristas campanhistas ou sespianos, ao não pensarem as políticas de saúde nos moldes de uma superestrutura só plenamente alcançável com a mudança das estruturas sociais e econômicas, defendem uma participação do Estado na promoção de condições básicas de saúde que independem e não guardam relação necessária com outras políticas voltadas para alterações econômicas estruturais. Desta forma, possibilitam, ainda que não seja essa sua intenção precípua, a incorporação de populações e territórios ao mercado capitalista, nos moldes descritos por Arturo Escobar (2007, p. 50):

El tratamiento de la pobreza permitió a la sociedad conquistar nuevos territorios. Tal vez más que del poder industrial y tecnológico, el naciente orden del capitalismo y la modernidad dependían de una política de la pobreza cuya intención era no solo crear consumidores sino transformar la sociedad, convirtiendo a los pobres en objetos de conocimiento y administración.

A intensa discussão da época sobre temas como o papel do Estado na superação do subdesenvolvimento, a política internacional do pós-2ª Guerra e a eclosão da Guerra Fria e a necessidade de reformas de base, associava-se à movimentação política de militares, sindicatos, partidos políticos e movimentos sociais diversos, sendo indiscutivelmente refletido na área da saúde pública e qual o seu papel no projeto nacional de desenvolvimento. O último momento vivido antes do Golpe de 1964 neste setor foi justamente a 3ª Conferência Nacional de Saúde⁶⁰, na qual se discutiram as implicações do Plano Trienal lançado pelo Governo João Goulart e elaborado por seu então Ministro do Planejamento, Celso Furtado. Entre os oito objetivos básicos explicitados em seu documento-síntese, o Plano previa justamente intensificar a ação do governo nos campos da educação, pesquisa, tecnologia e saúde pública (objetivo 4). Com base nessa proposta, foram discutidos durante a conferência temas como a relação entre os entes federativos, a descentralização e municipalização da saúde, a integração de ações e ampliação

⁶⁰ As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378/1937, que previu também a Conferência Nacional de Educação. Seu objetivo era integrar as políticas para cada pasta do então MES. No caso da saúde, intentava permitir o intercâmbio de informações acerca das ações realizadas e garantir o controle do Governo Federal sobre os órgãos estaduais, regulando o fluxo dos recursos financeiros. A primeira conferência aconteceu no período do Estado Novo, em 1941, tendo caráter técnico administrativo. A segunda foi realizada já no período da redemocratização, em 1950, já sob a ideologia liberal do desenvolvimento, discutindo tecnicamente assuntos ligados à saúde dos trabalhadores e à malária das populações rurais (SCOREL; BLOCH, 2005).

dos serviços de saúde pública e o papel da saúde nas reformas de base (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 54-55). Embora as teses do sanitarismo desenvolvimentista estivessem alinhadas com as reformas sociais e econômicas propostas, dando-lhes substância na área de saúde pública, o período ditatorial que se instalou logo depois encerrou sua capacidade de articulação institucional e política pela desarticulação de seus fóruns e pela perseguição de muitos de seus membros.

3.4.4 Estado, saúde e desenvolvimento no período da Ditadura Civil-Militar (1964-1985)

O golpe dado pelos militares com apoio das parcelas conservadoras da sociedade civil brasileira em 1964 representou, entre outras violências institucionais e humanas, a perda do espaço político nacional, com a supressão dos canais de comunicação entre Estado e Sociedade e a despolitização de temas econômicos e sociais que passaram a ser abordados com um viés meramente tecnicista. Longe de ser apolítico, esse tecnicismo representou o triunfo, pela força, da imposição de interesses econômicos das elites, gerando a exclusão econômica progressiva de grande parte da população brasileira e a desmobilização dos setores populares em sua luta por participação e garantia de direitos.

O impacto dos anos ditatoriais no campo da saúde podem ser divididos em dois tempos, com características próprias: de 1964 a 1974, com o predomínio da medicina previdenciária, o crescimento do setor sanitário privado e a pauperização e despolitização da saúde pública; e de 1975 a 1985, no esteio da abertura “lenta, gradual e controlada” do regime autoritário que favoreceu a rearticulação do movimento sanitarista de viés social tanto no âmbito da ocupação de cargos institucionais como no plano da atuação política junto a outros movimentos sociais.

O período compreendido entre 1964 e 1974 compreendeu duas Constituições outorgadas (1967 e 1969) que mantiveram similaridades, no tocante à saúde, com as Constituições de 1937 e 1946. Ou seja, o direito à saúde não foi previsto expressamente como direito social, não sendo garantido de forma integral e universal e mantida a dicotomia entre medicina previdenciária assegurada aos trabalhadores (previsto no artigo 158, inciso XV; e no artigo 165, inciso XV, em 1969) e saúde pública de caráter preventivista e autoritário como ação estatal não configurando direito reconhecido. Quanto à distribuição de competências

federativas, ambas as Cartas mantiveram a competência da União para estabelecer os planos nacionais de saúde (na mesma numeração do artigo 8º, inciso XIV) e para legislar sobre defesa e proteção da saúde, também mantida sob a mesma numeração no artigo 8º, inciso XVII, alínea “c” (BERCOVICI, 2013, p. 12-13). Ao mesmo tempo, no plano político, instituiu-se o bipartidarismo, e o Brasil viveu, no aspecto econômico, seus anos de “milagre”, com controle inflacionário e crescimento médio acima de 10% ao ano, especialmente no período mais autoritário, entre 1969 (após o AI-5) e 1974, fim do Governo Médici. Os efeitos do crescimento, contudo, eram singularmente mal distribuídos, vivendo a classe trabalhadora sob a égide do arrocho salarial e das perdas reais de sua capacidade aquisitiva.

No plano institucional, a Ditadura Civil-Militar implantou um Sistema Nacional de Saúde com forte predomínio das instituições previdenciárias. Em 1966 foi dado o passo definitivo, iniciado com a edição da LOPS em 1960, unificando-se todo o setor previdenciário sob um único Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. O novo instituto passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias dos trabalhadores brasileiros e a gerir aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores integrados ao mercado formal, mantendo-se a exclusão dos trabalhadores rurais, domésticos e dos trabalhadores urbanos informais.

Um grande salto para a privatização da saúde foi dado justamente nesse período, com a contratação de serviços médicos e hospitalares prestados por empresas privadas por parte do INPS. Na década de 1970, houve a maior expansão em número de leitos disponíveis para a assistência médica previdenciária, tanto em cobertura quanto em valores arrecadados, tendo a Previdência Social gerido o maior orçamento de sua história. No entanto, os serviços de atenção médico-hospitalar eram pagos em US (Unidade de Serviço), favorecendo em muito a corrupção no sistema. Um dado digno de nota é a expansão concomitante da construção, ampliação e reforma de serviços e hospitais privados com dinheiro público, com a explosão de faculdades de medicina particulares no Brasil (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61; BRAGA; PAULA, 1981).

Outro pesquisador do sistema de saúde previdenciária da época, Hésio Cordeiro (1983), apresentou dados que mostram a condição suplementar de hospitais estritamente públicos. Como a demanda por assistência médico-hospitalar era garantida pelo Estado, o INPS (depois Instituto Nacional de Assistência Médica

da Previdência - INAMPS) atuava prioritariamente por meio de convênios com a rede privada, não investindo na ampliação e qualidade da rede própria de serviços. Quanto ao fluxo de recursos do sistema previdenciário em relação aos serviços privados contratados, em 1970 as internações nos hospitais próprios da Previdência já representavam 4,2%, e, em 1976, eram de 2,6%. Já em volume de atendimento, foram 253 mil pacientes pelos 41 hospitais do Inamps e 6,28 milhões pelo setor conveniado em 1978.

Domingos Feliciello (1992, p. 66) aponta que a expansão do setor privado a partir da previdência social pública surge com montagem de um complexo hospitalar, iniciado na década de 50 durante os anos do desenvolvimentismo e incentivado pelas facilidades financeiras criadas no período. Uma dessas facilidades foi o Fundo de Assistência Social (FAS). Em entrevista concedida à Maira Mathias do EPSJV/Fiocruz para matéria sobre os 30 anos do SUS, os pesquisadores Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) e Lígia Bahia:

A equação é simples: os militares criaram na Caixa Econômica Federal uma coisa que se chamava Fundo de Apoio à Assistência Social, o FAS. E esse dinheiro foi financiar a construção de hospitais. E tinha o Inamps, que era para pagar a assistência médica. Então o dinheiro público, pelo FAS, financiava a construção de hospital e o dinheiro público, pelo Inamps, contratava os hospitais que iam ser construídos para prestar serviço para a Previdência. Isso foi, realmente, uma coisa monumental, resume Nelsão. Detalhe: “O FAS na educação beneficiou as escolas públicas. E na saúde, não”, emenda Lígia (2018, *online*).

Já a saúde pública foi “purificada” do pensamento sanitarista de base social e desenvolvimentista, inclusive pelas investidas autoritárias contra muitos profissionais da área, cassando direitos, expulsando, prendendo, exilando, intimidando com inquéritos policial-militares, transferindo e aposentando compulsoriamente;⁶¹ e, ainda, atacando as principais instituições com diminuição de

⁶¹ O episódio conhecido como “Massacre de Manguinhos” em 01/04/1970 ilustra a intervenção do governo militar na área da saúde. Na data, oito pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz foram cassados e, dias depois, mais dois foram aposentados compulsoriamente. Os funcionários só foram reintegrados aos quadros da Fundação em 1986, com o país redemocratizado. Foram eles: Haity Moussatché, Herman Lent, Moacyr Vaz de Andrade, Augusto Cid de Mello Perissé, Hugo de Souza Lopes, Sebastião José de Oliveira, Fernando Braga Ubatuba, Tito Arcoverde Cavalcanti de Albuquerque, Masao Goto e Domingos Arthur Machado Filho (FONTE: Fundação Oswaldo Cruz, 1993. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/massacre-de-manguinhos-triste-marco-da-ciencia-brasileira-completa-43-anos>. Acesso em: 23 nov. 2019.

financiamentos e fechamento de centros de pesquisa.⁶² Ao mesmo tempo, os recursos minguavam, sendo reduzidos a menos de 2% do PIB e concentrando-se em campanhas de baixa eficiência e programas desvinculados de qualquer relação com as condições de vida mais extremas alcançadas pela crescente concentração de renda (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Dados que tratam do período 1970-1984 apontam que

a participação da pasta nas despesas gerais da União jamais ultrapassou 1,82%. A atenção médico-hospitalar abocanhou, em 1978, 86,48% dos programas do governo federal voltados para a saúde, enquanto a atenção básica levou só 0,87% dos recursos (MATHIAS, 2018).

Nesse cenário, o *locus* institucional que possibilitou alguma discussão sobre a saúde pública foram os Departamentos de Medicina Preventiva (DPM) que atuavam nas Faculdades de Medicina. Os primeiros DPM foram criados na década de 1950 na Faculdade Paulista de Medicina e em Ribeirão Preto, sendo depois tornados obrigatórios pela Lei da Reforma Universitária em 1968, que incluiu a medicina preventiva nos currículos universitários nacionais. A medicina preventivista se constitui a partir do final da década de 1960 como uma proposta de desmedicalização da saúde e de investimentos em bem-estar e autocuidados, envolvendo pessoal não-profissional da saúde e medicina tradicional. Foi nos DPM que começou a lenta reorganização do movimento sanitário, pelo debate e crítica dos modelos preventivista liberal de base norteamericano e preventivismo estatal autoritário e da implantação de projetos extensionistas de medicina comunitária. Definia-se, assim, um novo campo teórico, o da saúde coletiva, que, com a revisão crítica das teses preventivistas e o aporte de teorias marxistas e estruturalistas, passou a entender a saúde não nos termos de indivíduo e/ou Estado, mas de coletividade, representada por classes e suas frações (SCOREL, 1999). Era o nascimento do pensamento médico-social, oposto tanto ao modelo liberal quanto ao racionalizado autoritário estatal, que irá animar o espírito da Reforma Sanitária que orientará a criação do SUS no final dos anos 1980.

⁶² A Comissão de Verdade da USP, por exemplo, preparou um volume específico de seu relatório final para a Faculdade de Medicina (FMUSP) e apontou que: “A Faculdade de Medicina não ficou ileso ao golpe militar de 64. A instituição foi uma das que mais tiveram prisões, expulsões, inquéritos policiais, aposentadorias compulsórias e demissões sumárias. Muitos tiveram que deixar o País de forma inesperada e centros de pesquisas foram fechados, fatos que geraram perdas de valiosos trabalhos na área médica e de saúde pública” (JORNAL DA USP ESPECIAL, 2018. Disponível em: <http://jornal.usp.br/especial/comissao-da-verdade-da-usp-parte4/>). Acesso em: 23 nov. 2019.

No segundo período da Ditadura Civil-Militar, entre 1975 e 1985, marcado pelos anos do Governo Geisel, foi iniciado o processo de abertura. No campo da política social, os efeitos da grande concentração de renda durante o milagre econômico reclamavam a adoção de políticas sociais mínimas, o que foi feito com caráter acentuadamente paternalista pelo Governo. No campo da saúde pública, o grande movimento se deu a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND (1975 – 1979), que destacou a saúde como uma das prioridades do campo social, além da educação e da infraestrutura de serviços urbanos (sobrecarregada pelo rápido e intenso processo de urbanização). O diagnóstico feito à época apontava a ineficiência técnica e gerencial da saúde, inclusive previdenciária, levando à Criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A criação de novas estruturas institucionais favoreceu sua ocupação por pessoal qualificado, ligado ao movimento sanitário, que passou a atuar dentro da máquina e da formulação das políticas.

Um dos principais programas da época, formulado pela equipe econômica do IPEA, foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1979, estabelecido principalmente no Nordeste. Composto por uma rede de minipostos de saúde de atendimento à população e ações de saneamento, o Programa teve sua versão inicial progressivamente modificada durante a execução, tornando-se uma experiência de saúde comunitária, unindo o pensamento da nascente medicina social e os princípios do sanitarismo desenvolvimentista. O PIASS foi concebido como uma vitrine da preocupação do regime autoritário com a saúde pública, tendo sido encerrado somente em 1985. Justamente sua implantação em 10 estados fortaleceu o movimento sanitário e a articulação de suas lideranças, bem como o desenvolvimento de ações de saúde coletiva nesses anos finais da ditadura.

Os anos de abertura favoreceram a articulação do movimento sanitário junto a outros movimentos sociais, que demandavam ações do Governo quanto ao crescente aumento do custo de vida diante da crise da dívida dos anos 1980. As eleições para governador de Estado em 1982 apontam o desgaste político do regime e o apoio de secretários estaduais de saúde às experiências de saúde comunitária como o PIASS. A qualidade da assistência à saúde, cada vez mais deteriorada no sistema previdenciário, com a corrupção crescente e as fraudes no repasse de recursos do setor público ao setor privado, além da má qualidade dos serviços

contratados, aprofundam a crise na Previdência Social e fortalecem a reivindicação de unificação do sistema de saúde pública e da assistência médica previdenciária.

Iniciativas para a reformulação do sistema são tomadas para a saúde pública, como o Prev-Saúde, em 1980, com a proposta de amplo investimento em atenção básica, que não tocava na questão da assistência hospitalar, mas que, por incorporar parte do ideário do movimento sanitário a partir dos debates oficiais travados no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde e na 7ª Conferência Nacional de Saúde, foi sepultado pelos interesses das empresas privadas de saúde. No tocante à medicina previdenciária, um plano de reorientação, conhecido como Plano do Conasp, em 1982, buscou estabelecer outras formas de remuneração no âmbito da previdência social e iniciativas de ampliação e fortalecimento dos serviços próprios da previdência (SCOREL; NASCIMENTO, EDLER, 2005). O plano do Conasp definiu uma nova forma de pagamento dos serviços de saúde ambulatorial (não hospitalar), não mais por US, e sim por Ações Integradas de Saúde (AIS), mediante convênio com os Estados e, progressivamente, com os municípios. O novo sistema teve adesão de todos os Estados da Federação.

Os anos do Governo João Figueiredo preparam assim, a transição que ocorrerá em 1985, com a efetiva redemocratização nacional trazida pela Constituição de 1988. Esse período extremamente rico condensará as articulações políticas em torno da criação do SUS.

3.4.5 Estado, saúde e desenvolvimento no regime constitucional de 1988 e seus desdobramentos

O processo de redemocratização pós Ditadura Civil-Militar inicia-se com o governo José Sarney, em razão da morte, anterior à posse, do presidente indiretamente eleito Tancredo Neves. O período conhecido como “Nova República” representa a reorganização das forças políticas no Brasil, marcado pelo processo constituinte instalado em 1987, tendo como resultado a promulgação da Constituição Federal de 1988. É um momento extremamente rico da história nacional, quando ao mesmo tempo enfrentava-se uma conjuntura econômica hiperinflacionária e de baixo crescimento, com forte impacto sobre o custo de vida, e uma extrema esperança de recolocar o país nos rumos de um desenvolvimento econômico, social e também ambiental capaz de assegurar direitos sociais a grupos excluídos, além dos direitos individuais e políticos sonegados durante o regime ditatorial.

Nesse momento, o movimento sanitário dos anos 1970 vinha ganhando força nos últimos anos da ditadura e produzindo conhecimento qualificado com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, tendo suas lideranças passado a ocupar postos fundamentais nas instituições de elaboração execução da política de saúde,⁶³ encontra seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que lançou as bases da Reforma Sanitária que deu origem ao SUS.

A Conferência foi presidida por Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ, que participou intensamente do debate preventivista dos anos 1970 e da formação do campo da saúde coletiva.⁶⁴ Com a participação de mais de quatro mil pessoas, os debates da conferência apontaram que o problema da saúde no Brasil não se restringia a uma reforma técnica da atenção médica ou administrativa das Instituições de medicina previdenciária ou da saúde pública, nem, tampouco, ao incremento de recursos financeiros para esta última. Tratava-se da concepção da saúde como uma dimensão da democracia, assim como eternizou Arouca na Conferência de abertura da 8ª CNS, intitulada “Democracia é saúde”:

E foi nesse sentido que se cunhou uma frase da maior importância: “saúde é democracia”. Isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de saúde da nossa população enquanto persistisse, nesse país, um modelo econômico concentrador de renda e um projeto político autoritário. Para romper o ciclo econômico que levava nossa população cada vez mais em piores condições, um passo preliminar era a conquista da democracia. O problema não era técnico, não era imaginar que não tivéssemos conhecimentos, técnicas e profissionais para resolver o problema da saúde. O problema era de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo. Portanto, o lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante últimos anos – democracia é saúde – significava que, para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste país (BRASIL, 1987, p. 37).

⁶³ Principais referências do movimento sanitário, Sérgio Arouca ocupou a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em meados dos anos 1980 e Hésio Cordeiro assumiu a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência.

⁶⁴ Sua tese de doutoramento, “O dilema preventivista” de 1975, combinou o método arqueológico definido por Michel Foucault com a perspectiva do materialismo histórico, apontando os limites tanto da medicina preventivista liberal quanto da controlada pelo Estado.

Os temas estruturantes discutidos durante a Conferência eram justamente a saúde como um direito, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. A ideia era a criação desse novo pacto, dessa aliança para inserir a saúde na Constituição como um grande projeto nacional. A isso chamava-se Reforma Sanitária, que deveria estar em articulação com outras grandes reformas, como a urbana, a agrária, a financeira, a administrativa, a econômica e a política, uma vez que as condições de saúde em termos amplos, que superam a simples ausência de doenças, é determinada por condições econômicas, sociais e políticas (BRASIL, 1987, p. 41).

Os debates da Conferência evoluíram para a proposta de um sistema de saúde unificado, com a separação total da pasta da saúde em relação à previdência, extinguindo a dualidade entre medicina previdenciária e saúde pública. O novo sistema deveria ser único, segundo os princípios básicos de universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. Isso levou à criação, pelo Ministério da Saúde, em 1986, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a fim de aprofundar os temas do financiamento e da operacionalização para a criação desse sistema. Nesse processo, partindo de uma proposta da própria Presidência do INAMPS, foi criado, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde – SUDS, na forma de um sistema de desembolso de recursos públicos para a saúde que adotou inclusive uma política não declarada de municipalização e direcionamento para uma atenção à saúde a toda a população (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 79).

Pode-se dizer que o SUDS operou uma transferência dos recursos do INAMPS para os serviços públicos de saúde, mediante convênios. O pagamento não mais se daria por AIS, mas dentro da integração orçamentária, segundo uma programação de saúde integrada de União, Estados e Municípios. A partir dessa estratégia de transição, a CNRS, em meio a pressões do setor privado e do movimento sanitário, conseguiu elaborar uma proposta de criação de um sistema único de saúde para subsidiar o debate constitucional e, também, uma proposta para a Lei do SUS. Embora não representasse consenso entre o movimento sanitário,⁶⁵ a proposta apresentada pela CNRS à subcomissão de Saúde,

⁶⁵ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I -

Seguridade Social e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte foi, ao final, considerada compatível com os debates da 8ª Conferência (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 79).

Com a aprovação do texto constitucional, o direito à saúde passou a integrar formalmente o rol de direitos sociais previstos no artigo 6º,⁶⁶ devendo estar integrado a um sistema de seguridade social que contempla a saúde, a previdência e a assistência social, a ser garantido pelo Estado e pela sociedade, em termos do *caput* do artigo 194,⁶⁷ o que assegura o oferecimento privado de serviços de saúde, a ser feito nos termos do artigo 199,⁶⁸ inclusive com sua complementar ao SUS.

A partir desses pressupostos, o regime constitucional da saúde foi completamente alterado. Previstos no Título 8 – Da ordem social, no capítulo II - Da seguridade social, seção II – Da saúde, os artigos 196 a 200 desenharam a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo os princípios constitucionais da regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade e participação comunitária previstos no *caput* e incisos do artigo 198. Ao definir, no artigo 196,⁶⁹ a condição da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas, estabelecendo o acesso universal e igualitário às ações e

descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.”

⁶⁶ Na redação original: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Atualmente a redação, alterada pela EC 90/2015 é a seguinte: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

⁶⁷ “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

⁶⁸ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

⁶⁹ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

serviços para a proteção, promoção e recuperação⁷⁰ sanitária, firma-se a seguinte compreensão:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p. 43).

No que tange à competência legislativa, a Constituição de 1988 atribuiu de forma concorrente à União, Estados, DF e Municípios, nos termos do artigo 24, inciso XII e do artigo 30, incisos I e II. No tocante à competência material, foi considerada comum entre os três entes da federação (artigo 23, inciso I e artigo 30, inciso VIII). Entendendo a competência comum como a colaboração de todos os entes federados para a realização das tarefas constitucionais, Gilberto Bercovici (2013, p. 15) afirma que o sentido da cooperação constitucional, via de regra, é que “a decisão é conjunta, mas a execução se realiza de maneira separada, embora possa haver, também, uma atuação conjunta, especialmente no tocante ao financiamento das políticas públicas, como é o caso da saúde”.

Ainda segundo Bercovici (2013), a importância dessa colaboração é tanta, que está entre os motivos que autorizam a intervenção federal nos Estados, e a intervenção Estadual nos municípios, a não aplicação do percentual mínimo exigido da receita dos entes federados nas ações e serviços de saúde, conforme o artigo 34, inciso VII, alínea “e” e artigo 35, inciso III. Por fim, o artigo 160 autoriza o condicionamento da entrega dos recursos devidos pela União aos demais entes federados, e dos Estados aos Municípios, em razão da repartição das receitas tributárias pelo não cumprimento dos percentuais mínimos para a saúde, segundo o artigo 198, §2º, incisos II e III.⁷¹

⁷⁰ Por promoção de saúde entende-se estimular, mediante ações gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida de pessoas e comunidades; proteção significa eliminar ou reduzir riscos à saúde por meio de ações específicas e direcionadas aos indivíduos e comunidade; recuperação envolve o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a limitação dos danos, evitando complicações ou sequelas decorrentes de doenças e condições de saúde (PAIM, 2009, p. 45-46).

⁷¹ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com

O delineamento constitucional do Sistema Único de Saúde, discutido pelos movimentos sociais e pelas instâncias governamentais ao longo de 1989, foi complementado pela Lei nº 8.080/1990, Lei do SUS, aprovada durante o Governo Fernando Collor, com considerável quantidade de vetos, em meio ao início das reformas neoliberais enfrentadas pelo país. Começam aí os desafios de implantar um sistema universal em um país subdesenvolvido e que progressivamente perde sua governabilidade econômica, passando por sucessivas reformas constitucionais nesse sentido. Com este ponto, será abordada, no próximo capítulo, a articulação entre políticas econômicas e sociais necessárias não só à viabilização e continuidade do SUS, mas como estratégia possível de desenvolvimento nacional, tomando-se a saúde não só como direito, mas como bem econômico e espaço próprio de acumulação de capital.⁷²

recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (...)."

⁷² A esse respeito, vale a afirmação de Sueli Gandolfi Dallari (1988, p 330), em sua análise histórica da emergência do ramo do direito sanitário atrelado à afirmação dos direitos humanos e ao desenvolvimento: "Ora, são também textos legais que orientam a ação do Estado para a realização do desenvolvimento socioeconômico e cultural. Conceitualmente, a sociedade define os rumos que devem ser seguidos para alcançá-lo, estabelecendo normas jurídicas cuja obediência é obrigatória para a administração pública. E como a saúde depende também desse nível de desenvolvimento, as disposições legais que lhe interessam estão contidas em tais planos de desenvolvimento do Estado

4 SAÚDE, POLÍTICA PRODUTIVA E INOVAÇÃO: O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS)

Retomando-se a discussão aberta no capítulo anterior, o processo de desmercantilização do acesso e, por outro lado, mercantilização da oferta/provisão da saúde nas últimas sete décadas no mundo teve como resultado não só a configuração de sistemas nacionais de saúde (direito social), mas também a formação de um significativo e transnacional parque industrial ligado à área, formado por indústrias de vários setores, além de prestadores de serviços. Para entender a relação entre saúde e desenvolvimento no mundo contemporâneo, é preciso compreender a saúde, também, como bem econômico e espaço privilegiado de acumulação de capital (ELIAS; VIANA, 2007, p. 1766).

Tomar a saúde como bem econômico e espaço de acumulação de capital no âmbito da definição de políticas estatais de desenvolvimento, produção e inovação significa discutir como se estrutura o campo sanitário nas sociedades capitalistas contemporâneas, inserindo esse debate no campo da economia política. Pode-se falar, então, de uma economia política da saúde, de viés substancialista e baseada na associação entre economia e política, que envolve tanto a escola marxista quanto o pensamento institucional europeu, cujos representantes são Joseph Schumpeter, Max Weber e Karl Polanyi; em contraste com uma economia da saúde de viés formalista e baseada na escola neoclássica.

Entre as diferenças mais significativas das duas posições, encontra-se a noção da saúde como bem econômico, da qual derivam diversas consequências. Para os formalistas, a saúde é uma mercadoria como outra qualquer, sem especificidade e materialidade própria, devendo ser examinada nas relações de oferta e demanda do mercado, a partir das duas características básicas dos bens econômicos, quais sejam, sua utilidade e disponibilidade. A perspectiva substancialista entende a saúde como um bem econômico com especificidades próprias e relevantes,⁷³ uma vez que diz respeito à própria existência e condição de reprodutibilidade humanas. Daí decorre a impossibilidade de avaliar esse

⁷³ “Poderíamos falar, copiando POLANYI (2000 [1944]), que a saúde é uma mercadoria fictícia, como ele aponta ser o trabalho, a terra e o dinheiro, pois não foram criadas para e pelo mercado, isto é, não são objetos produzidos para venda no mercado, e somente depois de um longo processo histórico é que foram constituídos e organizados os mercados específicos do trabalho, do dinheiro, da terra e, completando, da saúde.” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 11).

bem/mercadoria por meio das categorias de utilidade e disponibilidade: nem se pode limitar a disponibilidade de saúde, nem mesmo a considerar partindo da disponibilidade, sendo ela verdadeiramente uma necessidade humana. Justamente por isso, ao se configurarem as relações de oferta em demanda no campo sanitário, ocorre uma singularidade que foge a qualquer modelo abstrato de mercado: trata-se da criação de instituições específicas que operam uma intermediação no acesso a esse bem, sendo que

essa intermediação não é só financeira, só mercado, como muitos apontam, é mais que isso, pois está dentro e fora da lógica de mercado. Na verdade, é um longo processo histórico de conformação do que chamamos hoje 'sistema de saúde (VIANA; ELIAS, 2007, p. 10).

O marco temporal de setenta anos definido pela formação dos serviços estatais de proteção social e da saúde, a partir do pós-2ª guerra, foram alicerçados na ideia da saúde como um direito e no compromisso de responsabilização social frente ao risco de enfermidades e agravos à saúde dos cidadãos, configurando, assim um dever do Estado. Nos países europeus, esse processo, iniciado no final dos anos 1940, completou-se nas décadas de 1960 e 1970, com a extensão dos seguros sociais para o conjunto dos trabalhadores e seus dependentes, em condição de pleno emprego, ou a criação de serviços nacionais de saúde (GIOVANELLA *et alii*, 2018, p. 1767).

Essa compreensão baseia-se na classificação dos regimes de *welfare state* (Estado de Bem-Estar),⁷⁴ que emergiram nos países capitalistas⁷⁵ centrais nesse marco temporal, nos termos propostos por Esping-Andersen (1991): a)

⁷⁴ Aplica-se aqui o seguinte conceito: “O Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*) configura um momento e um regime específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais, de efeito sinérgico e incorporando as classes médias em expansão. Este padrão ou regime de proteção social emerge na Europa no pós-guerra, e configura uma etapa específica de desenvolvimento capitalista, quando o papel do Estado se alastra para diferentes campos e ganham importância, nas decisões políticas, atores como a burocracia governamental, sindicatos e a grande corporação. Algumas condições especiais estão na raiz do surgimento do *welfare state* no pós-guerra: a expansão do emprego e a incorporação dos ganhos de produtividade nos salários; o crescimento de um consumo de massas; a teoria econômica keynesiana que legitima e modela a intervenção pública; o crescimento da capacidade administrativa do Estado; e o aprofundamento dos compromissos democráticos por parte da sociedade.” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 18).

⁷⁵ Em relação aos sistemas de saúde socialistas, Rosa Maria Marques (2016, p. 26-27) faz a seguinte observação: “Restaria ainda mencionar outro tipo de sistema de saúde, cuja inspiração foi o modelo *Semashko*, nome associado ao sistema de saúde da ex-União Soviética (URSS) e dos países do Leste Europeu que integravam o Pacto de Varsóvia. Esse sistema, implantado depois da revolução russa, garantia acesso universal, era centralizado e financiado pelo orçamento estatal (...). Cuba é um exemplo ainda vivo desse sistema. Embora mostre características semelhantes ao sistema de saúde institucional redistributivo, não pode ser a ele comparado, pois foi construído em sociedade socialista, na qual não havia a possibilidade do desenvolvimento de um setor privado de saúde, mesmo que pequeno”.

sistema institucional-redistributivo ou socialdemocrata, baseado na desmercantilização do acesso, universalidade de ações e serviços, e na busca da eliminação, pelo Estado, dos riscos sociais produzidos pela economia de mercado; b) **sistema conservador ou corporativista**, com políticas sociais amplas, mas baseado na proteção estratificada a grupos ou categorias de trabalhadores e seus dependentes, com efeito moderado, pela ação do Estado, sobre os riscos sociais da economia de mercado, limitados aos grupos protegidos; c) **sistema residual ou liberal**, baseado na mínima intervenção do Estado, que se dá por meio de políticas seletivas de atenção social para grupos extremamente vulneráveis, e redução dos riscos sociais apenas quando outros sistemas (família, mercado e redes comunitárias) são insuficientes. Os diferentes sistemas de saúde estabelecidos do período guardam relação com essa classificação, muito embora deva ser ressaltado que esses são tipos-ideais puros, cuja aplicabilidade, para fins de análise, deve respeitar as características históricas próprias de cada país.

Outro aspecto de diferenciação entre os sistemas é o financiamento. Enquanto os sistemas institucionais-redistributivos baseiam-se majoritariamente em impostos gerais, os sistemas corporativos de saúde previdenciária têm nas contribuições sociais sua principal fonte de custeio. Já os sistemas residuais aplicam um mínimo de recursos estatais próprios na saúde, combinando recursos públicos fiscais e/ou contribuições sociais compulsórias para grupos selecionados durante sua vida ativa, cabendo aos indivíduos ou à contratação coletiva o desembolso direto para empresas privadas de saúde (MARQUES, 2016).

No campo da saúde, entre economias desenvolvidas, exemplo de país que adota um sistema universal de cobertura e proteção seria o Reino Unido,⁷⁶ com a criação do *National Health Service* (NHS) em 1948. Países que adotam um sistema corporativo/meritocrático seriam Alemanha e França. E o exemplo mais marcante de sistema residual de saúde são os EUA.

Paralelos entre o NHS e o SUS são frequentemente realizados por estudiosos da saúde. Apesar do diferente contexto histórico em sua criação, aspectos como a universalidade, a integralidade, a regionalidade e a gratuidade da assistência os aproximam. O NHS é “pioneiro e referência internacional de sistema de acesso universal, com financiamento fiscal e estrutura centralizada e oferta

⁷⁶ Podem também ser citados como países que passaram a adotar sistemas universais: Portugal (1974), Itália (1978) e Espanha (1986).

regionalizada. Garante atenção integral em todos os níveis por meio de atenção primária à saúde robusta, com obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a um consultório de médico generalista com função de porta de entrada e filtro para acesso ao especialista, que está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais, em sua maioria públicos” (GIOVANELLA, 2018, p. 1767).

Foi alvo de reforma neoliberalizante em 1991, no esteio das políticas capitaneadas por Margaret Thatcher, que buscava “eficiência” e parâmetros competitivos para o sistema. As consequências das medidas adotadas não foram aprovadas pelos britânicos, que, em 1996, após 18 anos, derrotaram o Partido Conservador em favor do Partido Trabalhista, eleito em grande parte com a promessa de reparar as consequências das medidas da reforma de 1991, principalmente a queda na qualidade do atendimento. Conhecida como “a reforma da reforma”, as medidas governamentais apresentadas em 1997 e implementadas em 1999 pelo Partido Trabalhista buscaram garantir a universalidade, a integralidade e a gratuidade, eliminando o que não funcionou com a reforma thatcherista. Buscou-se, justamente, manter as características do comando verticalizado e do desempenho anteriores à primeira reforma e alguns ganhos na “liberdade” entre 1991 e 1998. Portanto, mais uma similaridade pode ser encontrada entre os dois sistemas, ambos alvo de reformas neoliberais mais preocupadas em poupar recursos públicos (que, no Brasil, terminam nas mãos dos bancos privados para o pagamento da dívida pública) do que em assegurar as qualidade, integralidade, universalidade, gratuidade e ampla cobertura do sistema (TANAK; OLIVEIRA, 2007).

Em relação aos sistemas corporativos, na Alemanha, a proteção social à saúde é organizada segundo o modelo de seguro social e prestada por uma instituição central, o Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*), que faz parte de um amplo sistema social, com o qual compartilha princípios e características básicas. Compõe um dos cinco ramos de seguro social, além do seguro para velhice, invalidez e morte (*Retenversicherung*); seguro-desemprego (*Arbeitslosigkeitversicherung*); seguro de acidentes de trabalho (*Unfallversicherung*) e seguro para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). (GIOVANELLA, 2001).

Outro eixo da proteção social alemã é formado pela assistência social, regida por princípios distintos em relação ao seguro social, assegurando renda mínima mediante comprovação de carência. O Seguro Social de Doença, mesmo centrado no trabalho assalariado, garante, atualmente, uma proteção ao risco de

enfermidades inclusiva e abrangente, cobrindo cerca de 90% da população, com um catálogo completo de ações e serviços de saúde. Além disso, fica a cargo do GVK a prestação de benefícios de transferência financeira, como o auxílio-doença. Remontando ao sistema de seguro social bismarkiano, instituído no final do século XIX, o modelo se caracteriza por alta estabilidade e continuidade de sua estrutura, ainda que sob governos de diferentes matizes ideológicas, mesmo diante de reformulações efetuadas nos anos 1990, sob o influxo neoliberal do enxugamento do Estado Social na Europa (GIOVANELLA, 2001).

Já na França, a Seguridade Social, criada em 1945 e institucionalizada na Constituição de 1946, acompanhou a onda de criação dos Estados de Bem-Estar em diversos países da Europa no pós-Segunda Guerra. Os serviços de atenção à saúde asseguram a cobertura de despesas e provisão de cuidados, baseados em três princípios fundamentais: igualdade de acesso, qualidade dos cuidados e solidariedade. A *Assurance Maladie* (AM) manteve a lógica dos seguros, que passou, contudo, a atuar de forma “residual” à provisão pública, preservando grande parte da elevada fragmentação e autonomia original das instituições que ofereciam assistência de saúde em uma ótica corporativa. A AM cobre parcial ou totalmente os custos de uma ampla gama de serviços de saúde providos pelo setor público ou por agentes privados, exonerando ou reembolsando seus custos de acordo com a natureza do bem ou serviço, da situação financeira e da condição de saúde do indivíduo (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2149).

Via de regra, a parcela dos custos assumida pelo setor público gira em torno de 70% do preço de referência estabelecido pela AM para consultas médicas e exames laboratoriais, 80% para hospitalização, 60% para serviços como óptica e ortopedia, e até 100% para medicamentos. Após o reembolso pela AM, os restos a pagar podem ser total ou parcialmente reembolsados por contratos de seguro complementar (*complémentaires santé*), ou via desembolso direto. Recorde-se que esse sistema complementar institui-se e ganha densidade através das entidades mutualistas, sem fins lucrativos, vinculadas a categorias sócio-ocupacionais. Descentralizado do ponto de vista local e institucional, o sistema de Seguridade francês divide-se em três regimes principais [(i) Regime Geral; ii) dos trabalhadores agrícolas; iii) independentes], cada qual com “caixas” próprias de financiamento, divididas em instâncias nacionais e locais (CORDILHA; LAVINAS, 2018, p. 2149).

No caso dos EUA, o Medicaid é um plano de saúde para pessoas abaixo da linha de pobreza e outros riscos sociais específicos (mulheres gestantes e portadoras de câncer de mama), gerenciado pelos estados, com recursos fiscais próprios e subsídios federais. O Medicare cobre a saúde de pessoas acima de 65 anos que apresentem critérios específicos de rendimento, e, ainda, pacientes renais graves ou pessoas com deficiência, sendo gerenciado por seguradoras privadas contratadas pelo Governo Federal, mediante contribuições sociais compulsórias durante a vida ativa por, pelo menos, 10 anos. Os dois programas foram criados em 1965 e passaram por diversas reformulações até seu formato atual e não integram uma estruturação em rede, como nos modelos universalistas ou securitários. Todo o resto dos serviços de saúde é privado, com contratação pelos trabalhadores do mercado formal de seguros coletivos ou de empresas de *managed care*, ou, ainda, contratação individual direta (GIOVANELLA, 2018 p. 1769-1770). No Brasil, como visto, a formação de um sistema de proteção à saúde encontra suas raízes no sanitarismo dos anos 1920 e configura-se como política de Estado marcada pela dualidade institucional (corporativista para a assistência médico-hospitalar e universalista na saúde preventiva) no início da Era Vargas, chegando à plena desmercantilização do acesso e configuração como direito social em 1988, configurando um sistema institucional-redistributivo com a criação do SUS.

A aplicação de categorias europeias de *Welfare State* à compreensão de sistemas nacionais de saúde na América Latina não está isenta de problemas relativos a conjunturas econômicas distintas. Tome-se, por exemplo, o caso do NHS, cuja criação, em 1948, relaciona-se aos “trinta anos do consenso keynesiano” (BELUZZO, 2005, p. 230), necessários ao fortalecimento das economias europeias com políticas baseadas na aliança entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social; portanto, com amplo financiamento público de suas ações e efeitos multiplicadores na economia. Diferentemente, no Brasil, a criação do SUS, exatos quarenta anos depois, dá-se em meio ao processo acima descrito de esgotamento econômico nacional na chamada “crise da dívida”, em um quadro de estagnação, ao qual se segue, logo nos primeiros quinze anos de sua existência, a adoção de políticas econômicas neoliberais, com sérios desafios e limites para a efetiva implantação de um sistema universal, descentralizado, redistributivo, igualitário e participativo, como definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988.

A estruturação de um sistema de saúde no Brasil, como um processo de fortalecimento do Estado, demanda uma específica e articulada atuação no campo econômico e social. Ilustra-se aqui uma das ideias centrais deste trabalho, qual seja: a promoção de bem-estar social em países subdesenvolvidos não é apenas um fator de oneração do Estado, mas uma oportunidade de contribuir para a superação do subdesenvolvimento, nos termos do artigo 3º, da Constituição Federal, por meio do incentivo ao progresso científico e tecnológico e do fortalecimento da política industrial em um setor estratégico e crescente da economia, no qual o Estado tem não só o poder de regulamentação, mas também de intervenção direta, por ser o principal comprador de insumos de saúde (BERCOVICI, 2013, p. 9).

Portanto, a necessária relação entre política social e desenvolvimento nacional no âmbito de um Estado de Bem-Estar marcado pelo subdesenvolvimento encontra-se, para a área de saúde, no Brasil, estabelecida na própria Constituição Federal, nos termos do artigo 196, ao prever, textualmente, que a saúde como direito de todos e dever do Estado deve ser garantido “mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (grifo nosso).

Tal relação constitucional é fruto do debate histórico sobre saúde e desenvolvimento no Brasil, com forte ênfase tanto do sanitarismo desenvolvimentista quanto do movimento sanitário que estruturou as teses da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e já aponta para a compreensão da dimensão econômico-produtiva da saúde como importante fator e oportunidade de inovação tecnológica e alavancagem do desenvolvimento nacional.

Desde o início, partiu-se, no trabalho, de uma percepção mais ampla da saúde. Mesmo compreendida como um direito social, a abordagem aqui adotada é menos centrada na discussão especificamente jurídica de seu alcance e natureza, e mais voltada para as políticas econômicas que podem garanti-lo, nos termos constitucionais. Nesse sentido, o tema da saúde permitiu conectar a dimensão normativa da previsão e garantia de um direito fundamental ao campo da economia política, tomando o campo sanitário como bem econômico e espaço privilegiado de acumulação de capital que pode sofrer interferência estatal.

A questão é como os Estados de Bem-Estar em desenvolvimento organizam e estruturam suas políticas econômicas para responderem ao desafio de,

ao mesmo tempo, encontrar um caminho de desenvolvimento que permita sua inserção soberana na economia mundial e garantir acesso de qualidade a serviços sociais pautados em uma perspectiva universal e não pauperista ou assistencialista, promovendo aquela homogeneização social mínima referida por Celso Furtado (1992).

O delineamento constitucional do direito à saúde no Brasil é, portanto, o ponto crucial para entender a trajetória e as possibilidades do sistema produtivo da saúde. É o marco geral de atuação do Estado, sinalizando as possibilidades de investimentos relativos aos setores secundários e terciários envolvidos nesse sistema produtivo e seus respectivos subsistemas, quais sejam, o de base química e biotecnológica; o de base mecânica, eletrônica e de materiais; o de serviços hospitalares e laboratoriais, envolvendo diagnóstico e tratamento.

As diretrizes constitucionais são o ponto de partida para avaliar e sugerir estratégias de inserção da saúde na agenda do desenvolvimento nacional, como setor que congrega direitos de cidadania, bens econômicos e sociais e espaço de acumulação de capital nas cadeias globais de valor. Trata-se de um setor que gera emprego e renda, compõe parte significativa do PIB nacional e porta tecnologias relevantes e potencial de inovação, que, se postas em uma estratégia de desenvolvimento autônomo, podem conduzir a uma inserção vantajosa do país na economia mundial.

Nesse sentido, a demanda constitucional para o setor produtivo da saúde trazida com a universalização do sistema casa-se com outros aspectos econômicos trazidos pela Constituição Federal em seu artigo 219,⁷⁷ como o uso do mercado interno para o desenvolvimento socioeconômico e tecnológico. Da mesma forma, qualquer proposta neoliberalizante de desregulamentação do SUS pode modificar os sinais dados ao sistema produtivo da saúde, que se reorganizará segundo outras formas, não necessariamente comprometidas com o desenvolvimento nacional.

Para incorporar as relações econômicas como cerne da compreensão da dinâmica do sistema produtivo da saúde, este capítulo apresenta três discussões fundamentais. A primeira é a criação, no campo da economia política da saúde, do conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS. Este Complexo é

⁷⁷ Art. 219. O mercado interno integra o patrimônio nacional e será incentivado de modo a viabilizar o desenvolvimento cultural e socioeconômico, o bem-estar da população e a autonomia tecnológica do País, nos termos de lei federal.

entendido como uma cadeia produtiva sistêmica e integrada entre setor público e privado, altamente dependente do desenvolvimento tecnológico, que envolve estreitas relações de interdependência entre diversas atividades econômicas de pesquisa, produção e serviços, gerando fortes interações e sinergias na geração e difusão de conhecimento, nas relações políticas e institucionais e nas estratégias competitivas vigentes, o que o torna capaz de transbordar efeitos para outros setores da economia (GADELHA *et alii*, 2012; GADELHA; BRAGA, 2016

A segunda é a discussão sobre inovação tecnológica e o conceito de “sistemas de inovação”, como chave para compreender o processo de produção e difusão do avanço tecnológico ao longo de uma cadeia institucional pública e privada, onde decisões intencionais e não intencionais atuam e produzem efeitos sinérgicos entre as várias instituições envolvidas. Sua aplicação setorial ao campo da economia da saúde tem implicações para políticas de desenvolvimento produtivo relativas ao CEIS, sendo ele mesmo derivado do sistema nacional de inovação em saúde.

Por fim, afirmam-se os pressupostos do Estado empreendedor e suas diretrizes de atuação como forma de articular o conceito de CEIS e o sistema de inovação em saúde em uma política orientada por missões capazes de responder ao desafio furtadiano neste setor estratégico da economia.

4.1 A construção do conceito de Complexo Econômico Industrial da Saúde-CEIS e suas implicações na política de desenvolvimento

No Brasil, os estudos que buscam compreender o setor produtivo da saúde e suas relações com a política de saúde pública têm produzido pelo menos duas concepções diferentes ao longo dos últimos quase 50 anos.

A primeira concepção do sistema produtivo da saúde surge em meados dos 1970, por autores fortemente ligados ao movimento sanitário da época, sendo parte do surgimento da noção de medicina social no Brasil.⁷⁸ A perspectiva adotada

⁷⁸ No Ceará, a discussão sobre o Complexo Médico-Industrial da Saúde foi feita de forma pioneira, em uma obra acerca das diferentes visões da medicina e da relação médico-paciente em um contexto capitalista, pelo médico Luiz Teixeira Neto (1983). O autor apresenta o Complexo Médico-Industrial da Saúde como conglomerado dos interesses do capital em relação à política de saúde “formado pela participação da indústria farmacêutica, companhias produtoras de equipamentos médicos e paramédicos, casas de saúde (empresas) e grupos de medicina que alocam mão de obra médica para venda de serviços a empresas” (TEIXEIRA NETO, 1983, p. 74-75).

é de corte marxista, configurando o setor produtivo da saúde como “Complexo Médico-Industrial”. Esses autores constroem uma compreensão dos movimentos do capital na saúde, seja combinando as reflexões sobre os limites da medicina preventivista e a força do mercado sobre o Estado e as suas ações de saúde na conformação deste modelo (AROUCA, 1975);⁷⁹ enfocando as formas de ação Estatal na saúde e suas relações com o mercado de saúde, com reflexos no assalariamento do médico e de outros profissionais de saúde por empresas privadas (DONNANGELO, 1975);⁸⁰ seja analisando o processo de capitalização da saúde constituindo um complexo em interação com o Estado e suas políticas sociais (CORDEIRO, 1983; 1984; 1985).⁸¹

Na compreensão de Hésio Cordeiro (1983, p. 22), o conjunto de elementos envolvido no surgimento do Complexo Médico-Industrial deve ser relacionado ao processo de capitalização da saúde:

Pretendemos discutir os componentes desse complexo médico-industrial que tem como característica comum um processo crescente de privatização, que nós temos preferido chamar de um processo crescente de capitalização. O primeiro fenômeno que precisa ser estudado é o processo de capitalização que representa um aspecto particular de um processo mais vasto, mais difuso, de capitalização do setor serviços. A capitalização da assistência médica, da formação de recursos humanos em saúde, as relações com a indústria farmacêutica e com indústria de equipamentos médicos, isso tudo traduz um processo mais ou menos novo de transformação empresarial da saúde, como uma dimensão da capitalização dos serviços. Esses quatro componentes: o cuidado de saúde, a formação

⁷⁹ O dilema preventivista frente à capitalização da saúde é colocado dessa forma pelo autor: “A Medicina, no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área de tensão, por estar simultaneamente ligada ao processo de expansão do regime de capital que envolve a universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual dos recursos, a tecnificação do cuidado, e estar ligada aos chamados problemas sociais em que se afirmam a ideologia da ética natural e universal do modo de produção. (...) A Medicina Preventiva, como a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar, é: qual a viabilidade deste projeto no interior do modo de produção capitalista?” (AROUCA, 1975, p. 170).

⁸⁰ A autora aponta o processo da seguinte maneira: “A coexistência da medicina liberal, das empresas médicas e da medicina ‘socializada’ se expressa ao nível das ideologias ocupacionais, que se diversificam e adquirem o sentido de afirmação dos elementos organizacionais, técnicos, éticos – que se organizam para compor aquelas formas – e de projetos voltados, em última análise, para modalidades reais ou potenciais da participação do Estado na área da assistência médica. O grau da penetração e as modalidades de atuação do Estado nessa área transformam-no em ponto de convergência do conteúdo das ideologias ocupacionais e das pressões dos produtores, sobretudo na medida em que os limites da participação do Estado como ‘produtor’ de serviços afetam diretamente as possibilidades de preservação e expansão do setor privado. Nas ideologias sustentadas por esse setor, o Estado-financiador aparece como alvo predominante (DONNANGELO, 1975, p. 173).

do pessoal de saúde, a produção de equipamentos e de medicamentos constituem o complexo médico-industrial cuja articulação entre seus quatro componentes se dá através do Estado e de suas políticas sociais.

Aqui, o esquema de análise privilegia a articulação entre produção e circulação de medicamentos, prática médica e políticas estatais de saúde, denunciando a criação de necessidades de saúde e práticas de medicalização da vida que se realimentam em um sistema que serve mais aos interesses da indústria de medicamentos e da venda de serviços médico-hospitalares do que à saúde pública. O campo sanitário, portanto, não estaria fora das condições de classe que atravessam a sociedade capitalista, sendo condicionado pelas dinâmicas do mercado. Em um estado autoritário, em plena ditadura civil-militar brasileira, as condições de debate público em torno do tema eram rarefeitas, e a formulação de políticas de saúde seguia essa lógica, articulada ao crescimento da indústria de medicamentos em escala mundial, formada por grandes laboratórios multinacionais, nos moldes da reorganização econômica do final dos anos 1970 (CASAS, 2008).

A segunda concepção é consolidada nos anos 2000, já em plena era do SUS e no contexto mesmo de suas demandas.⁸² Entre os principais autores estão Gadelha (2003; 2007; 2012); Albuquerque e Cassiolato (2000); Gadelha, Quental e Fialho (2003). São autores que partem da lógica econômica para entender o sistema produtivo da saúde, configurando-o como Complexo Industrial da Saúde (CIS), nomenclatura alterada posteriormente para Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), por Gadelha (2012). Adota-se uma perspectiva econômica heterodoxa (sem perder o viés marxista do Complexo Econômico-Industrial da saúde), baseada em J. Schumpeter ([1911] 1988), autores neoschumpeterianos e estruturalistas, que analisam o processo de desenvolvimento capitalista a partir do

⁸² “Assim, desde a concepção de um sistema universal de saúde no Brasil, foi reconhecida a necessidade de um olhar sistêmico das políticas adotadas. Entretanto, a sua concreta implementação se defrontou com uma conjuntura econômica, social e política historicamente tensa – marcada pela plena hegemonia do pensamento neoliberal vivenciada na década de 1990 –, que condicionou o planejamento e a adoção de opções de ação. Apesar dos esforços e avanços obtidos desde então, mediante a apropriação dessa agenda no âmbito das políticas nacionais, uma aposta de construção, tardia, de um Estado de Bem-Estar no Brasil, somente é viável pela conjunção dos direitos sociais com a constituição de uma estrutura produtiva e tecnológica que considere a saúde como área estratégica do desenvolvimento nacional. Essa foi a base conceitual de economia política do conceito de CEIS, formulado no início dos anos 2000, e cujos desdobramentos contemporâneos precisam ser permanentemente problematizados e atualizados, não apenas como exercício teórico, mas, fundamentalmente, como uma visão necessária para uma abordagem transformadora que integre, de fato, as dimensões econômicas e sociais da saúde”. (GADELHA, 2016, p. 52).

processo de transformação da estrutura produtiva centrada na introdução de inovações.

Compreende-se então, o setor produtivo da saúde no interior do sistema nacional de inovação. O setor da saúde seria caracterizado como um sistema interdependente, envolvendo um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados, e um conjunto de prestadores de serviços de saúde, que consomem esses produtos, com compras de bens e serviços, conhecimento e tecnologia. Constitui um importante espaço de acumulação e circulação de capital, gerando oportunidades de renda e emprego, ao mesmo tempo em que demanda forte participação do Estado (e da sociedade, em uma perspectiva participativa) como agente econômico, regulador e consumidor do setor para compensar assimetrias de mercado e introduzir mudanças no ambiente que possam levar a mudanças na estrutura produtiva (CASAS, 2008).

Fruto de uma abordagem sistêmica, integrando empresas e Estado, assim como base produtiva e de inovação em saúde, e prestando-se à compreensão desta dinâmica produtiva no âmbito de uma política de bem-estar social, é somente por meio do conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS, que se pode compreender a feição das políticas públicas de incentivo à inovação e expansão industrial adotadas no período 2004-2017⁸³ no Brasil, como estratégia de desenvolvimento. Isso porque tais políticas representam a articulação entre setor público e privado para o desenvolvimento industrial do setor da saúde, com vistas à incorporação da inovação como critério de eficiência, ao mesmo tempo em que estas iniciativas buscaram condições de endogeneização da capacidade técnica nacional.

Conforme discutido anteriormente, a previsão constitucional do direito à saúde por meio de um sistema único (SUS), definido com as características de universalidade, integralidade e equidade, gera demandas orçamentárias bastantes elevadas para a realização da proteção à saúde em países que ainda não alcançaram o desenvolvimento, como o Brasil. E mais, essa demanda por atenção à

⁸³ Conforme explicitado na introdução, o recorte temporal aqui adotado refere-se a uma política continuada entre os dois primeiros governos de Luís Inácio Lula da Silva e o primeiro governo de Dilma Rousseff, com foco na industrialização e inovação, entre 2004 e 2014. No entanto, atualizações institucionais e legislativas relevantes que acompanharam a política definida feitas entre 2015 e 2018, no conturbado período do impeachment da Presidenta Dilma e nos dois anos do Governo de Michel Temer, foram incorporadas no trabalho. As alterações realizadas no primeiro ano do Governo Bolsonaro não estão aqui referidas, pelas razões já expostas anteriormente.

saúde é crescente, tendo em vista o perfil populacional brasileiro, que aponta o progressivo aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população.

Acompanham-se, também, mudanças no quadro de morbimortalidade, no qual doenças agudas e infecciosas apresentam tendência de queda, e doenças crônico-degenerativas, uma elevação constante e persistente, ainda que não ao nível de países desenvolvidos.⁸⁴ Para tais doenças, não há cura no horizonte, mas apenas a possibilidade de deter sua evolução natural. Tais dados apontam, portanto, para um perfil em modificação, que passa a exigir do sistema de saúde um modelo mais dinâmico de atenção, com grande pressão sobre gastos com medicamentos, equipamentos, vacinas, bem como demanda por serviços ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico (GADELHA *et alii*, 2012).

Ao mesmo tempo, além de um direito social imprescindível ao desenvolvimento, como indicador da melhoria geral da vida da população, a saúde compõe, como visto, também um setor produtivo. É um espaço econômico de acumulação e circulação de capital, que pode ser entendido como um sistema altamente dinâmico e interdependente, envolvendo indústria e serviços, com fortes impactos sobre a economia nacional. O CEIS torna-se uma categoria essencial de análise das políticas públicas de saúde e desenvolvimento no Brasil.

A perspectiva do CEIS é integradora de políticas públicas sociais, sanitárias, científico-tecnológicas e de desenvolvimento industrial. Difere, assim, da concepção de Complexo Médico-Industrial, cujos autores partiram de uma análise baseada nas relações entre medicina e sociedade a partir de categorias marxistas, como acumulação (expansão e reprodução do capital nos sistemas produtivos); valor de troca (tudo se torna mercadoria, tanto medicamentos quanto a própria prática médica); e alienação (condição que muda o conceito de doença, patologizando no indivíduo condições que são próprias da sociedade capitalista). A formulação do conceito de CEIS parte da lógica econômica capitalista para entender como o sistema produtivo está articulado, situando-o na convergência de setores de atividade, empresas, instituições públicas e privadas e da sociedade civil em um

⁸⁴ Dados produzidos pelo GIS/ENSP/FIOCRUZ em 2012, com base nos dados do IBGE, 2010.

mesmo espaço econômico que gera investimento, consumo, inovação, renda e emprego.⁸⁵

Entende-se que a promoção da saúde como política de Estado só é possível se articulada a políticas de fortalecimento da base produtiva nacional e incentivo à inovação tecnológica que garantam ao Estado brasileiro condições de segurança no abastecimento de medicamentos e produtos de saúde, além de barateamento dos custos relativos aos mesmos, superação da dependência tecnológica e redução dos déficits da balança comercial relativos à importação de produtos de saúde (medicamentos, insumos e equipamentos), que têm se mostrado crescentes, se analisarmos, por exemplo, o recorte de 10 anos entre 2003 e 2013.⁸⁶

A questão aqui abordada é a construção de um padrão de desenvolvimento nacional que seja capaz de articular, ao mesmo tempo, dinamismo econômico e direitos sociais, conformando um Estado de Bem-Estar no Brasil. Para tanto, o setor da saúde é paradigmático, pois, além de encerrar um direito social, é um segmento de circulação do capital que envolve diferentes setores produtivos, implicando novos paradigmas tecnológicos, com significativa importância na geração, no uso e na difusão da inovação (GADELHA *et alii*, 2012).

Tais características são compatíveis com o disposto na Constituição Federal de 1988, no Título reservado à Ordem Social, Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II, que prevê, no artigo 200, que caberá ao SUS, entre outras atribuições, “incrementar, em sua área de atuação, **o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação**”, tendo sido o termo “inovação” inserido por força da Emenda Constitucional 85/2015, que, acredita-se, insere um elemento da concepção neoschumpeteriana na Constituição Econômica, com abertura para a perspectiva do Estado empreendedor.

Para tanto, faz-se necessário compreender o CEIS no âmbito dos chamados “sistemas de inovação”, cuja origem e aplicação do conceito passa-se a discutir no próximo tópico.

⁸⁵ Na verdade, ambos os conceitos acerca do setor produtivo da saúde são complementares. Pois um é, na verdade, tributário do outro. O conceito de Complexo Médico-Industrial mergulha a dinâmica produtiva da saúde na sociedade de consumo e suas mudanças, enquanto o conceito de CEIS, sem olvidar isso, busca construir um padrão de interação entre Estado, sociedade e mercado capaz de construir um ambiente favorável, no mercado capitalista, para que o setor produtivo se torne alavanca de inovação e desenvolvimento econômico de base nacional, com reflexos positivos para a garantia de direitos sociais (CASAS, 2008).

⁸⁶ O déficit comercial entre 2003 e 2013 quadruplicou, passando de 2 bilhões a 12 bilhões (GADELHA, 2016, p. 54).

4.2 Sistemas nacionais de inovação e políticas econômicas para a saúde

A discussão de uma política produtiva para a saúde, como elo setorial inserido na construção de um sistema nacional de inovação, diz respeito, fundamentalmente, ao terceiro movimento do processo de desmercantilização do acesso e mercantilização da oferta no campo sanitário: a saúde como espaço definido de acumulação de capital. Nesse sentido:

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) (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1766).

No setor da saúde, portanto, o incremento do progresso técnico científico é o motor da acumulação de capital, sendo essencial conhecer e, no âmbito do Estado empreendedor, direcionar os impactos deste sobre o desenvolvimento econômico e o bem-estar social. A compreensão da dinâmica desse processo é possibilitada pelo conceito de sistemas de inovação, cuja aplicação pode ser local, regional, setorial ou nacional. No caso da saúde, trata-se de um sistema setorial.

O conceito surge no final dos anos 1980, contemporaneamente à compreensão do processo de globalização, e começa a interessar autores brasileiros, como os economistas neoschumpeterianos José Eduardo Cassiolato,⁸⁷ Eduardo da Motta e Albuquerque⁸⁸ e, mais especificamente no setor da saúde, Carlos Augusto Grabois Gadelha,⁸⁹ ainda no início da década de 1990.

⁸⁷ A tese de doutoramento de Cassiolato *"The role of user-producer relations in innovation and diffusion of new technologies: lessons from Brazil"* foi apresentada em 1992 junto à Universidade de Sussex, Inglaterra. Em 1996, o autor publica estudo específico chamado "A relação universidade e instituições de pesquisa com o setor industrial: uma análise de seus condicionantes" expressando, em ambas, sua visão neoschumpeteriana acerca do processo de inovação.

⁸⁸ Albuquerque apresentou dois importantes artigos sobre o tema: "Sistema nacional de inovação no Brasil: uma análise introdutória a partir de dados disponíveis sobre a ciência e a tecnologia" (1996), publicado na Revista de Economia Política (SP); e "Notas sobre os determinantes tecnológicos do *catching up*: uma introdução à discussão sobre o papel dos sistemas nacionais de inovação na periferia" (1997) na Revista Estudos Econômicos (USP).

⁸⁹ Gadelha expõe a concepção neoschumpeteriana, desde o início, como a inovação aplicada ao campo da saúde. Sua dissertação de mestrado, em 1990, é intitulada "Biotecnologia em Saúde: um

Mas antes da formulação de um conceito em termos de sistema, o ponto de partida foi a revisão do próprio significado de inovação e o aprofundamento dos estudos acerca das condições que a favorecem e estimulam nas economias capitalistas. Mesmo referida ainda no começo do século XX, especialmente por Joseph Schumpeter ([1911] 1988), como central ao processo de desenvolvimento, a inovação nunca havia sido estudada como fenômeno específico pelos economistas. Só a partir de estudos empíricos realizados na década de 1960, a compreensão acerca de sua dinâmica é revolucionada, deixando de ser entendida como processo linear ocorrendo em estágios sucessivos e independentes de pesquisa básica, pesquisa aplicada, desenvolvimento, produção e difusão. Passa-se, então, a entendê-la “não como um ato isolado, mas sim como um processo de aprendizado não-linear, cumulativo, específico da localidade e conformado institucionalmente” (CASSIOLATO; LASTRES, 2005, p. 35).

A partir do desenvolvimento desses estudos, a nomenclatura “sistema de inovação” foi utilizada pela primeira vez em termos acadêmicos na coletânea *Technical Change and Economic Theory* (DOSI et al., 1988). A construção do conceito é tributária de experiências empíricas⁹⁰ e de posicionamentos teóricos defendidos por autores da escola de economia evolucionária⁹¹ e

estudo da mudança tecnológica da indústria farmacêutica e das perspectivas do seu desenvolvimento no Brasil”.

⁹⁰ São duas as experiências empíricas iniciadas entre nos anos 1960-1970 que analisaram o processo de inovação: “O primeiro foi o Projeto SAPPHO realizado sob a coordenação de Christopher Freeman no *Science and Technology Policy Research* – SPRU da Universidade de Sussex. Utilizando como metodologia uma metáfora da pesquisa em biologia, o projeto comparou 50 inovações que tinham obtido sucesso com aquelas que não se concretizaram. Os resultados sugeriram que algumas poucas características explicavam as diferenças entre sucesso e falha. Além de registrar a importância das diferentes atividades internas à firma (produção, marketing, vendas etc.) e também enfatizar a importância do ambiente nacional, o projeto apontou como principais atributos dos casos de sucesso: as ligações com fontes externas à firma de informação científica e tecnológica (...) e a preocupação com as necessidades dos usuários e formações de redes (...). Enquanto o SAPPHO dirigiu a análise para a inovação, a *Yale Innovation Survey* – YIS realizada nos EUA concentrou-se no entendimento das estratégias das grandes empresas norte-americanas para o desenvolvimento de novos produtos e processos. Os resultados da YIS demonstraram a extrema importância, para a inovação, da acumulação de capacitações internas, fundamentais para que as empresas pudessem interagir com o ambiente externo. Mostraram também que a engenharia reversa era uma forma utilizada pela grande maioria das empresas norte-americanas para apropriação de conhecimentos gerados na economia como um todo” (CASSIOLATO; LASTRES, 2005, p. 35-36).

⁹¹ A escola evolucionária do pensamento econômico combina paradigmas do pensamento darwiniano e da biologia evolucionária, utilizando termos com “evolução” e “seleção natural” à compreensão de processos econômicos. Pode compreender a simples referência a elementos evolucionários, na tentativa de deslocar a crítica ao suposto comportamento maximizador de lucros da firma neoclássica do nível individualmente observável para níveis agregados, sendo pautada por simples analogia com a seleção natural, e os argumentos permanecem no plano da análise econômica tradicional. Mas pode também agregar uma perspectiva de economia política, a partir do pensamento de Joseph Schumpeter ([1911] 1988) acerca dos processos de inovação e desenvolvimento, contrariando,

neoschumpeteriana,⁹² em especial os trabalhos de Christopher Freeman, “*Technological Infrastructure and International Competitiveness*” (1982); Richard Nelson e Sidney Winter, “*An evolutionary theory of economic change*”,⁹³ também publicado em 1982; e Benget-Åke Lundvall, na obra “*Product innovation and user-producer interaction*”, de 1985.

A inovação passa a adquirir, a partir desses estudos, um papel fundamental no processo produtivo, sendo seus efeitos macroeconômicos observados no desenvolvimento industrial e na inserção competitiva das economias nacionais no comércio internacional em tempos de globalização. A estreita relação dos estudos sobre inovação e a formulação de políticas para o desenvolvimento no âmbito da OCDE⁹⁴ levou à publicação, em 1992, da primeira edição do mais

portanto, a perspectiva neoclássica. Assim: “O marco principal na incorporação efetiva de argumentos evolucionários no campo da teoria econômica foi o trabalho de Nelson e Winter (1982), que inaugurou um novo terreno fértil para a expansão do escopo e das ferramentas para uma análise da dinâmica evolutiva em economia. Uma característica central dessa contribuição é a articulação, a meu ver bastante bem dosada, entre elementos extraídos – em princípio, por analogia – da biologia evolucionária e uma forte presença de ingredientes de teoria econômica que os autores denominam não-ortodoxos (não-neoclássicos), pelo abandono deliberado dos pressupostos tradicionais de maximização e de equilíbrio, em benefício de comportamentos e estratégias mais realistas sob incerteza e racionalidade limitada – com inspiração explícita em H. Simon –, gerando trajetórias em aberto e normalmente fora do equilíbrio. Não é menos importante sua adoção de métodos de simulação em substituição a soluções analíticas, coerentemente com o abandono de pressupostos de equilíbrio. A ênfase dos autores na mudança estrutural centrada nas inovações como princípio dinâmico essencial, por sua vez, remete – de novo explicitamente – a Schumpeter, justificando tratar a abordagem ali iniciada como Economia evolucionária neoschumpeteriana” (POSSAS, 2008, p. 281-282).

⁹² “Na abordagem neoschumpeteriana, o processo de aprendizado é fundamental para explicar a ligação entre a órbita microeconômica e o desempenho macroeconômico de um país. Nessa concepção, o conhecimento é o principal insumo produtivo, responsável pelas constantes inovações e pelo seu uso eficiente, sendo a empresa (onde se cria e se acumula conhecimento) o agente central da inovação. O aprendizado tecnológico e organizacional (e sua produção e transmissão) é determinado nas relações internas da empresa, entre indivíduos e desses com a empresa, e nas relações externas da empresa, entre essas e outras instituições” (DATHEIN, 2003, p. 199).

⁹³ Efetivamente o primeiro trabalho a utilizar a nomenclatura “sistema de inovação” foi apresentado a um grupo de especialistas em ciência e tecnologia da OCDE, em agosto de 1982, mas não foi publicado à época. O motivo teria sido o destaque dado à relação entre fatores sistêmicos e o sucesso dos processos de desenvolvimento tecnológico, o que se distanciava do referencial neoclássico. Ocorre que a perspectiva normativa neoclássica ganhava força à época, o que tornava as recomendações de Freeman (1982) demasiadamente contracorrentes (BITTENCOURT; CARIO, 2016, p. 4).

⁹⁴ OCDE é a sigla em português para Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico ou *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD). Sobre a participação de economistas neoschumpeterianos envolvidos com o conceito de sistemas de inovação na formulação de políticas da OCDE: “A ligação dessa ideia com a conceituação do processo inovativo e com as propostas de políticas de inovação ocorre através do *Directorate for Science Technology and Industry* (DSTI) da OECD. Mais especificamente: através da formação de um grupo ad hoc de assessoramento em Ciência, Tecnologia e Competitividade que contava com François Chesnais (do próprio DSTI), **Christopher Freeman**, Keith Pavitt (ambos ex-integrantes do DSTI) e **Richard Nelson**, entre outros. O grupo produziu *Technical Change and Economic Policy* (OECD, 1980) – sem dúvida o primeiro documento de política de inovação elaborado por um

importante documento internacional sobre o tema: “Manual de Oslo - Proposta de Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação Tecnológica”,⁹⁵ fixando o conceito de inovação e outros processos correlatos. De acordo com a edição mais recente do Manual, aplicam-se os seguintes conceitos:

Uma **inovação** é um produto ou processo (ou uma combinação deles) novo ou aprimorado que difere significativamente dos produtos anteriores de uma unidade que foi tornado disponibilizado para potenciais usuários (produto) ou utilizado pela unidade (processo).

As **atividades de inovação** incluem todas as atividades de desenvolvimento, financeiras e comerciais realizadas por uma empresa que se destinam a resultar em inovação para si mesma.

Uma **inovação nos negócios** é um produto ou processo de negócios novo ou aprimorado (ou uma combinação dos mesmos) que difere significativamente dos produtos ou processos de negócios anteriores da empresa e que foi introduzido no mercado ou utilizado por ela mesma.

Uma **inovação de produto** é um bem ou serviço novo ou aprimorado que difere significativamente dos bens ou serviços anteriores da empresa e que foi introduzido no mercado.

Uma **inovação de processo** em negócios é um processo de negócios novo ou aprimorado para uma ou mais funções de negócios que difere significativamente dos processos de negócios anteriores da empresa e que foi aplicado por ela mesma.⁹⁶ (OECD/EUROSTAT, 2018, p. 20-21).

Nesses termos, a inovação compreende a implantação de um produto (bem ou serviço) ou processo que sejam tecnologicamente novos ou aprimorados. A implantação representa a efetiva colocação de um produto no mercado ou a efetiva

organismo internacional a desafiar as interpretações macroeconômicas tradicionais para a crise dos anos 70 e que enfatizou o papel das novas tecnologias para sua eventual superação” (CASSIOLATO; LASTRES, 2005, p. 36) (grifo nosso).

⁹⁵ Atualmente na quarta edição, a publicação tem a seguinte concepção e objetivos: “*The Oslo Manual provides guidelines for collecting and interpreting data on innovation. It seeks to facilitate international comparability, and provides a platform for research and experimentation on innovation measurement. Its guidelines are principally intended to support national statistical offices and other producers of innovation data in designing, collecting, and publishing measures of innovation to meet a range of research and policy needs. In addition, the guidelines are also designed to be of direct value to users of information on innovation. These guidelines should be viewed as a combination of formal statistical standards, advice on best practices, as well as proposals for extending the measurement of innovation into new domains through the use of existing and new tools*” (OECD/EUROSTAT, 2018, p. 19).

⁹⁶ Tradução livre. Em versão original: “*An innovation is a new or improved product or process (or combination thereof) that differs significantly from the unit’s previous products or processes and that has been made available to potential users (product) or brought into use by the unit (process). Innovation activities include all developmental, financial and commercial activities undertaken by a firm that are intended to result in an innovation for the firm. A business innovation is a new or improved product or business process (or combination thereof) that differs significantly from the firm’s previous products or business processes and that has been introduced on the market or brought into use by the firm. A product innovation is a new or improved good or service that differs significantly from the firm’s previous goods or services and that has been introduced on the market. A business process innovation is a new or improved business process for one or more business functions that differs significantly from the firm’s previous business processes and that has been brought into use by the firm*”.

utilização de um processo novo ou aprimorado no âmbito de uma empresa para a produção de bens e serviços. Essa definição deixa claro que para ocorrer inovação no âmbito de uma empresa ou de um país não é necessário o surgimento de produto ou processo novo ou aprimorado, que seja inédito no mundo, mas sim no âmbito da própria empresa ou país. Se uma empresa ou país adquirem, por acordos de transferência de tecnologia, conhecimentos para a produção de tecnologia já existente no mundo, mas que antes não existia em sua realidade produtiva, terá alcançado inovação, por ter elevado seu patamar tecnológico. Adquire, portanto, uma nova capacidade, que permite o ingresso em mercados anteriormente não acessíveis e, em termos de país, obtém conhecimento científico e tecnológico que pode trazer independência frente a fornecedores externos e acesso a novos mercados em seus negócios internacionais (ANJOS, 2016, p. 293).

Na sequência dos estudos empíricos e teóricos dos anos 80 que levaram à composição do conceito de inovação e de seus processos, importantes trabalhos foram publicados no início dos anos 1990 por Lundvall (1992), Nelson (1993), Freeman (1995) e Edquist (1997), consolidando o conceito de sistemas de inovação como chave para a compreensão, formulação, execução e avaliação de políticas de inovação em âmbito nacional nas economias capitalistas. Há diferenças entre os conceitos formulados, em especial quanto à visão mais restrita e microeconômica de Nelson e a visão mais ampla e macroeconômica de Lundvall (BITTENCOURT; CARIO, 2016). Para os efeitos deste trabalho, adota-se a seguinte concepção, que enfoca pontos comuns entre os diferentes autores:

O “sistema de inovação” é conceituado como um conjunto de instituições distintas que contribuem para o desenvolvimento da capacidade de inovação e aprendizado de um país, região, setor ou localidade – e também o afetam. Constituem-se de elementos e relações que interagem na produção, difusão e uso do conhecimento. A ideia básica do conceito de sistemas de inovação é que o desempenho inovativo depende não apenas do desempenho de empresas e organizações de ensino e pesquisa, mas também de como elas interagem entre si e com vários outros atores, e como as instituições – inclusive as políticas – afetam o desenvolvimento dos sistemas. Entende-se, deste modo, que os processos de inovação que ocorrem no âmbito da empresa são, em geral, gerados e sustentados por suas relações com outras empresas e organizações, ou seja, a inovação consiste em um fenômeno sistêmico e interativo, caracterizado por diferentes tipos de cooperação (CASSIOLATO; LASTRES, 2005, p. 37).

Assim, cabe aos países, localidades e regiões organizarem seus sistemas de inovação para, a partir da articulação institucional e do efeito cumulativo das decisões, possibilitar a ocorrência da inovação e seus efeitos sistêmicos, capazes de gerar independência e desenvolvimento autônomo. É desejável que isso aconteça também de forma setorial, a fim de impulsionar áreas produtivas especialmente favoráveis à multiplicação desses efeitos pela cadeia produtiva.

Esta compreensão é plenamente utilizável no contexto do desafio furtadiano que, como se verá no próximo tópico, no âmbito do Estado empreendedor, uma vez as concepções de neoschumpeterianos e estruturalistas latino-americanos são plenamente convergentes em muitos aspectos. Entre eles, destacam-se, especialmente: sua gestação e consolidação no âmbito de agências internacionais definidoras de políticas globais (CEPAL e OCDE); a rejeição da concepção neoclássica de desenvolvimento, que tem o livre comércio e as vantagens comparativas como fator de emparelhamento das nações no processo de desenvolvimento (BITTENCOURT; CORIO, 2016, p. 19); o papel ativo das instituições estatais no processo de desenvolvimento; a ideia de especificidade nacional, presente nas duas perspectivas; a visão de uma economia capitalista dualizada, que produz desenvolvimento sistêmico e virtuoso, de um lado, e subdesenvolvimento, de outro, calcada na visão de Schumpeter ([1942]1961) acerca da distribuição desigual dos ganhos tecnológicos. Assim, fundamentalmente,

para ambas as visões, os processos de desenvolvimento econômico são caracterizados por profundas mudanças estruturais na economia, a partir de descontinuidades tecnológicas que afetam e também são afetadas pela estrutura produtiva, social, política e institucional de cada nação, sendo que cada uma delas apresenta suas especificidades. Como não é linear e seqüencial, o desenvolvimento é um processo único, que depende de aspectos que envolvem suas especificidades políticas, econômicas, históricas e culturais. Ele ocorre a partir de mudanças estruturais de longo prazo, que geram rupturas com os padrões historicamente estabelecidos (CASSIOLATO; LASTRES, 2005, p. 38).

Portanto, o conceito de sistemas de inovação aplicado ao campo nacional, local, regional ou setorial indica um ambiente favorável composto por um conjunto de decisões intencionais e planejadas, ou, ainda, não planejadas e complexas que impulsiona o processo de inovação em economias capitalistas, por meio de uma rede institucional envolvendo instituições, atores e mecanismos, institutos de pesquisa, sistema educacional, firmas e seus laboratórios de pesquisa e desenvolvimento, agências governamentais, estrutura do sistema financeiro, leis de

propriedade intelectual e universidades, segundo suas estruturas de incentivos e capacitações para o setor tecnológico (ALBUQUERQUE, 1996).

A desagregação setorial do sistema nacional de inovação, que compreende o conjunto institucional acima descrito no âmbito da política integrada definida no ambiente dos países, é desejável como categoria de análise em vários setores produtivos (sistemas setoriais de inovação), sempre que haja considerável variação em características do progresso tecnológico e dos fluxos de informações científico-tecnológicas entre esses mesmos setores.

Assim, as características específicas do setor saúde justificam a concepção de um sistema nacional de inovação em saúde marcado pelas seguintes características, segundo Albuquerque e Cassiolato (2000): a) íntima articulação com o sistema de bem-estar social (no Brasil, em razão do sistema de atenção universal representado pelo SUS), o que torna o papel da regulação das atividades do setor especialmente importante na direção do progresso tecnológico e na definição de amplos arranjos institucionais, que afetam fortemente o desempenho econômico, industrial e social do conjunto da área de saúde; b) alto grau de entrelaçamento da ciência e tecnologia no setor, sendo possível defini-lo como fortemente baseado na ciência; c) crescente dependência de pesquisas interdisciplinares, requerendo uma estrutura de formação universitária e de pós-graduação abrangente e razoavelmente sofisticada, com uma profunda relação entre a pesquisa universitária e empresas industriais, evidenciando o peso do investimento público na formação e pesquisa universitárias;⁹⁷ d) composição de diferentes subsetores produtivos compondo o setor da saúde, cada um com processos específicos e diversa composição e protagonismo de atores institucionais, sendo eles: biotecnologia; indústria farmacêutica; indústria de equipamentos médicos; e procedimentos clínicos (setor de serviços), e) forma *sui generis* de interação produtor-usuário, enfatizando a contribuição da prática clínica em hospitais e no exercício da profissão médica para

⁹⁷ Pesquisa recente, feita pela empresa *Clarivate Analytics*, informou no relatório “Pesquisa no Brasil - Um relatório para a CAPES”, cobrindo o período de 2011-2016, que mais de 95% das pesquisas são feitas em Universidades públicas, tendo os cientistas brasileiros publicado mais de 250.000 artigos na base de dados *Web of Science* em todas as áreas do conhecimento, correspondendo à 13ª posição na produção científica global entre mais de 190 países. As 10 áreas de maior impacto foram agronomia, ciência de plantas e animais, farmacologia e toxicologia, microbiologia, meio-ambiente/ecologia, ciências sociais, medicina clínica, biologia e bioquímica, neurociências e imunologia, segundo compilação do Professor Osvaldo Oliveira Jr., do Instituto de Física da USP de São Carlos (Fonte: Associação Brasileira de Ciências, disponível em: <http://www.abc.org.br/2019/04/15/universidades-publicas-respondem-por-mais-de-95-da-producao-cientifica-do-brasil/>. Acesso em: 26 nov. 2019).

o processo de inovação, e ressaltando a qualidade da formação médica sobre a contribuição que a profissão pode oferecer ao desenvolvimento tecnológico do setor.

O mais importante, para os termos desse trabalho, é compreender a interface do sistema setorial de inovação em saúde em âmbito nacional com o SUS. Essa conexão configura o componente mais significativo para os setores econômico e social do país. Com base nessas características, é possível afirmar que o conceito de CEIS, anteriormente discutido, pode ser entendido como “um foco no interior do Sistema Nacional de Inovação em Saúde” (GADELHA *et alii*, 2012, p. 17), um vez que articula o setor produtivo de bens e serviços em saúde (que passou a seguir a lógica industrial) e seus diferentes subsistemas (base química e biotecnológica; base mecânica e base de serviços) a partir de suas relações de mercado, tecnológicas e político-institucionais, congregando atores públicos e privados na garantia de um direito social que envolve serviços de natureza pública, ainda que aberto à exploração privada, mediante regulação e controle estatal.

Sendo a saúde um setor altamente dependente da articulação entre ciência e tecnologia, demandando pesquisas interdisciplinares longas, dispendiosas e complexas, com a realização de testes clínicos precisamente regulados e processo controlado de incorporação de produtos e serviços baseados em novas tecnologias ao mercado; seu processo inovativo tem sido guiado nos países desenvolvidos justamente pelo setor público. Apresenta-se, portanto, um sistema produtivo que demanda, mais do que a articulação de um sistema setorial de inovação, a definição, dentro deste, dos espaços de protagonismo de um Estado empreendedor, necessário para operar as possibilidades de inovação em cenários de risco e incerteza knightiana em setores estratégicos.

4.3 Características do Estado empreendedor e política produtiva para a saúde

Em trabalho publicado em 2016, Eduardo B. R. dos Anjos, analisando a obra de Mariana Mazzucato (2014), propõe algumas dimensões específicas do Estado empreendedor, que podem ser aqui aplicadas para projetar a forma de atuação esperada desse modelo de Estado no setor da saúde. Em primeiro lugar, o autor apresenta sua compreensão da metalinguagem do Estado empreendedor, esmiuçando as concepções que subjazem à sua atuação. São elas: a) intervencionismo do Estado nos mercados, na economia e na sociedade; b)

compreensão dos mercados como ambientes institucionalmente criados e regulados pelos Estados; e, especialmente, aplicável na América Latina, c) rejeição aos postulados da *Law and Finance*⁹⁸ e da Nova Economia Institucional,⁹⁹ que subsidiaram a criação de um dos principais programas do Banco Mundial para a América Latina nos anos 1980, “*Doing Business*”.¹⁰⁰

Essa metalinguagem está expressa na obra de Mariana Mazzucato (2014), na medida em que a autora claramente aponta seu objetivo de produzir um

⁹⁸ De acordo com Hugo Luís Pena Ferreira (2016, p. 378-379), “outra literatura jurídica de apoio ao paradigma do *rule of law*, porém com ligação a instituições como o Banco Mundial, é o movimento *Law & Finance*, também conhecido como Teoria das Origens Jurídicas (Legal Origins Theory). Os principais expoentes dessa vertente são Rafael La Porta, Florencio Lopes-de-Silanes, Andrei Shleifer e Robert Vishny, com diversas publicações conjuntas (em razão das quais ficaram conhecidos como “LLSV”). O ponto principal dessa linhagem consiste na vinculação entre o bom desempenho dos mercados financeiros a dotações jurídicas (*legal endowments*) consideradas “corretas”, resultando em ambientes institucionais eficientes na atração de investidores. Há afinidades com a empreitada intelectual da NEI, dado que as duas correntes vinculam o desenvolvimento entendido primariamente como crescimento econômico – à existência de ambientes institucionais ‘corretos’, isto é, propícios aos negócios, pró-mercados. Os estudos de *Law & Finance* se conformaram no final da década de 1990 e são marcados por comparações institucionais entre países, feitas com base em levantamentos empíricos de dados, e que relacionam instituições jurídicas a mercados financeiros e a variáveis de desempenho econômico. (...). Primeiramente, suas análises comparativas conduzem à afirmação de que países com ‘dotação jurídica’ do *common law* são mais propícios a ter mercados financeiros melhores e maiores do que aqueles cujo direito tem raízes no *civil law*. Em segundo lugar, associam a existência de mercados financeiros amplos e dinâmicos ao próprio desenvolvimento. Essa associação – ou melhor, correlação – assume o sentido de causalidade: finanças promovem o crescimento econômico”.

⁹⁹ A Nova Economia Institucional – NEI encontra vários pontos de convergência com a Análise Econômica do Direito – AED, baseando-se na ‘abordagem dos ambientes institucionais’, segundo a qual, dado o ambiente institucional ‘correto’, custos de transação serão reduzidos, o mercado funcionará de maneira “ótima”, e se encarregará de operar o desenvolvimento. “No fundo, o referencial de ‘*rule of law*’, assim instruído pelas contribuições convergentes da AED e da NEI, contém a receita do ‘*markets as a magic bullet*’. Afinal, deposita-se a crença de que, uma vez que as instituições jurídicas (e políticas) sejam reformadas para reduzir custos de transação, a livre operação dos mercados ocasionará o desenvolvimento, entendido prioritariamente, nesse paradigma, como crescimento econômico” (FERREIRA, 2016, p. 367).

¹⁰⁰ “O Programa *Doing Business*, do Banco Mundial, tem por escopo medir diversos fatores relacionados ao ambiente de negócios mediante análise comparativa entre vários países. São fatores como direitos de propriedade, diminuição de custos de resolução de controvérsias, aumento da previsibilidade nas relações econômicas, medidas de proteção contratual. A partir destas comparações, busca-se identificar elementos importantes na promoção do desenvolvimento dos negócios, a partir dos quais são propostas reformas para impulsionar o desenvolvimento econômico. A metodologia comparativa demonstra sua afinidade com a *Law and Finance*, e suas propostas de reformas institucionais tendentes ao florescimento dos negócios aproxima o *Doing Business* da Nova Economia Institucional.” (ANJOS, 2016, p. 301-302). Exemplos de aplicação de políticas macroeconômicas afinadas com esse referencial econômico no Brasil, durante os anos 1990, seriam: (i) emendas constitucionais que alteraram a presença do Estado na economia (ECs 5, 8, 9 e 19); (ii) “novos marcos reguladores em setores privatizados” (como a Lei de Concessões, de Telecomunicações, do Petróleo e da Energia Elétrica); (iii) programas de desestatização/privatização de empresas públicas; (iv) “alterações legislativas dedicadas a amparar o elenco da proteção jurídica a investidores e credores”, como a Lei de Falências, a Lei das S.A (2012, p. 222) e, pode-se acrescentar, a Lei de Arbitragem; e (v) a introdução de mercados autorregulados na Bovespa (FERREIRA, 2016, p. 368).

discurso sobre o Estado, definindo seu papel em relação à economia contemporânea em oposição ao discurso construído a partir do final dos anos 1970 e dominante nos anos 1990 de que seria necessária uma massiva retirada do Estado no domínio econômico, como forma de tornar a economia mais dinâmica, competitiva e inovadora.

Essa tarefa, como definido pela autora, envolve uma “batalha discursiva”, que se dedica a reverter o progressivo ataque ao Estado por meio de discursos e imagens que associam o setor público à ineficiência, burocracia, lentidão e mesmo paralisia de suas instituições. Sua intenção é, justamente, ao analisar o papel de Estados desenvolvidos na gestão e execução de políticas para a inovação, marcar pontos nessa batalha discursiva. Seus argumentos sólidos, baseados em estudos de caso sobre o papel do Estado nos setores de tecnologia da informação, biotecnologia, energias renováveis e outros, apontam os proveitos que a liderança estatal, ou seja, o Estado como agente econômico direto e corajoso, tem alcançado, em especial, nos EUA, um dos centros irradiadores da ideologia neoliberal e constantemente apontado exemplo de “Estado Mínimo”.

O Estado empreendedor proposto por Mazzucato guarda afinidades com os pressupostos do Estado Social, na medida em que preconiza a intervenção estatal na economia com efeitos distributivos para a promoção de bem-estar, adotando uma perspectiva keynesiana ampliada, conforme discutido no primeiro capítulo. Assume uma posição de Estado Regulador (ANJOS, 2016), incorporando as contribuições de Karl Polanyi (2000 [1944]) acerca de o mercado ser uma criação dos Estados por regulação/desregulação normativa, e, portanto, superando a dicotomia Estado-mercado.¹⁰¹ E, por fim, guarda afinidades com o Estado Desenvolvimentista, pois rejeita, para os países subdesenvolvidos, o transplante de posições alienígenas (aspectos regulatórios econômicos do *common law*),

¹⁰¹ Outra tese que merece destaque acerca das relações constitutivas do Estado para com o mercado foi expressa por Natalino Irti, em obra publicada em 1998, intitulada “L’Ordine giuridico del mercato”. Em artigo publicado no Brasil, o autor defende o mercado como criação artificial do Direito e não uma ordem natural espontânea, por meio de três teses fundamentais que localizam o mercado no interior da ordem jurídica estatal: “(1) que a economia de mercado, em relação a outras e diversas estruturas (coletivista, mista, etc.), é *locus artificialis*, e não *locus naturalis* (princípio esse que recebeu a estimada adesão de Eros Roberto Grau); (2) que essa artificialidade deriva de uma escolha do direito, a qual, dependente de decisões políticas, confere forma à economia e a faz, de tempo em tempo, mercantil, coletivista ou mista, e assim por diante; (3) que aquelas decisões políticas são, por si só, mutáveis, de modo que os vários regimes da economia vêm marcados pela historicidade, e nenhum pode dizer-se absoluto e definitivo” (IRTI, 2007, p. 44).

reforçando a característica de singularidade de cada processo de desenvolvimento e os efeitos da dualidade capitalista; bem como nega a adoção de medidas macroeconômicas de austeridade que comprometam a capacidade de governabilidade do Estado sobre seus sistemas econômicos nacionais e de investimento público em setores estratégicos.

Como corolário da metalinguagem do Estado empreendedor, Anjos (2016) sintetiza quatro características específicas de sua atuação como protagonista no desenvolvimento tecnológico nacional, nos termos definidos por Mazzucato (2014), e aplicáveis aos países cujo processo de desenvolvimento ainda não foi completado, como o Brasil: a) financiamento de pesquisas quando as incertezas de resultados afastam a iniciativa privada; b) condução e orientação do desenvolvimento do setor de ciência, tecnologia e inovação nacional; c) orientação da política de pesquisa, desenvolvimento e inovação para a criação de produtos e serviços e respectivos mercados para a economia nacional; e d) valorização de parcerias público-privadas para o desenvolvimento da inovação nacional.

Essas quatro características podem ser associadas a blocos específicos dentro da definição de uma política produtiva para o CEIS, que serão examinadas em profundidade no próximo capítulo e avaliadas quanto à atuação do Estado em sua missão setorial no campo da saúde.

Em relação ao item “a)”, os estudos realizados pela autora demonstraram que dentro dos diferentes setores produtivos, a qualquer momento, e, especialmente no início, quando novos setores estão surgindo, existem áreas definidas como cenário de risco pela convergência de três características: grande investimento financeiro, alto nível tecnológico e grande risco mercadológico. Diante disso, o setor privado evita investimentos nesses cenários, e o financiamento se torna quase que exclusivamente de responsabilidade do setor público (envolvendo grandes montantes, em diferentes formatos), bem como a organização institucional capaz de liderar o processo inovativo nessas condições.¹⁰² Dessa maneira, “o Estado está por trás da maioria das revoluções tecnológicas e longos períodos de crescimento. É por isso que um ‘Estado-empreendedor’ é necessário para assumir o risco e a criação de uma nova visão” (MAZZUCATO, 2014, p. 51).

¹⁰² No caso dos setores de biotecnologia, nanotecnologia e internet, o capital de risco privado chegou quase duas décadas depois dos investimentos iniciais e decisivos terem sido realizados pelo setor público.

Assim, dentre as políticas específicas para o CEIS, são especialmente importantes a articulação institucional do setor público para atividades de promoção e a regulação do setor da saúde, de forma que suas agências liderem e induzam o desenvolvimento tecnológico dentro da especificidade nacional (principalmente a interface com o SUS); bem como as políticas de financiamentos específicas para o setor de saúde definidas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e a Financiadora de Inovação e Pesquisa (FINEP), capazes de sustentar as iniciativas de inovação em diferentes modalidades e subsetores do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Especificamente em relação à necessária rejeição, para o sucesso desse modelo, das medidas de austeridade, Mazzucato e Penna (2016, p. 9), em documento de análise e proposições para a implantação de uma política orientada por missões para o Sistema Brasileiro de Inovação, apontaram que a posição do Governo Federal (em especial durante o segundo Governo Dilma Rousseff, iniciado em 2015, por meio da política econômica comandada pelo Ministro da Fazenda, Joaquim Levy¹⁰³) em adotar uma política de austeridade econômica comprometia o pleno funcionamento das recomendações de políticas públicas propostas pelos

¹⁰³ Em obra recente (“Valsa brasileira: do *boom* ao caos econômico”), a economista Laura Carvalho (2018) examina a trajetória da política econômica brasileira, a partir do primeiro governo Luís Inácio Lula da Silva até o Governo Michel Temer, portanto adotando o mesmo recorte temporal aqui analisado. A tese exposta pela autora pode ser resumida nas seguintes linhas gerais: entre 2002 e 2009, período que abraça os dois Governos Lula, foram adotadas medidas econômicas que permitiram aproveitar o *boom* das *commodities*, gerando um modelo que a autora chamou de “milagrinho brasileiro”, combinando significativo crescimento econômico (em 2010, o PIB brasileiro alcança crescimento de 7,5 %, como resultado desse processo) e formas efetivas de inclusão social. Já a partir do primeiro Governo Dilma Rousseff, esse modelo teria sido progressivamente abandonado, de forma não intencional, pelo menos no início. Na verdade, houve uma tentativa da Presidenta em corrigir os rumos do modelo estabelecido entre 2002-2009, uma vez que os próprios limites desse modelo já se evidenciavam. No entanto, a política econômica proposta passou a se distanciar cada vez mais dos fundamentos adotados durante o período Lula, cumprindo o que a autora chamou de “agenda FIESP”: desvalorização da moeda para favorecer as exportações; desaceleração dos gastos e investimentos públicos; amplas desonerações tributárias; expansão do crédito subsidiado do BNDES. A combinação dessas políticas foi agravada ainda mais durante o segundo Governo Dilma Rousseff, quando explicitamente passaram a ser tomadas medidas de austeridade sob o comando do Ministro Joaquim Levy na pasta da Fazenda. O Governo Michel Temer ampliou essas medidas em vários sentidos, tendo seu maior exemplo na aprovação da PEC 55/2016, congelando os gastos públicos por 20 anos. Embora nesse trabalho seja abraçada a perspectiva exposta pela autora, cumpre apontar que esta não é unânime no debate político e econômico. Críticas são dirigidas à autora por economistas (inclusive ligados ao pensamento cepalino) que discordam acerca de sua tese principal nos seguintes termos: “além de não ter suporte empírico, tal modelo não seria sustentável, devido às elevadas taxas de juros reais, à sobrevalorização da moeda brasileira em termos reais e à falta de sinergia entre o dinamismo do setor terciário e o fraco desempenho do setor industrial, em termos de diversificação e mudança estrutural (NASSIF, 2018, p. 11).

autores no documento, considerando as limitações impostas nesse sentido pelo contexto político, incluindo um orçamento público limitado para investimentos.¹⁰⁴

Sobre o item “b)”, Mazzucato (2014, p. 76-77) aponta que, na literatura econômica de vários matizes, formou-se um mito que liga diretamente P & D e inovação, e que, apesar de a perspectiva dos Sistemas Nacionais de Inovação entender o processo inovativo como não-linear, muitas políticas desconhecem as especificidades de cada setor em relação ao gasto com P & D e seu retorno em processos e produtos inovadores capazes de atingir o mercado. Especificamente em relação ao setor de medicamentos, estudos demonstram que, na indústria farmacêutica, apenas empresas patenteadoras “persistentes” (que patentearam por mais de cinco anos) e que fizeram alianças alcançaram crescimento proporcional aos seus gastos em P & D. Portanto, se as empresas do setor não tiverem ativos complementares e atributos específicos, o investimento em P & D torna-se somente um custo sem retorno.

Mazzucato e Penna (2016, p. 11) apresentam como duas das fragilidades do sistema brasileiro a falta de uma agenda estratégica consistente de longo prazo capaz de dar coerência às políticas públicas executadas pelas diferentes instituições e que oriente a pesquisa científica e os agentes privados em seus esforços para a inovação; e a baixa propensão para inovar no subsistema de produção e inovação – “o gasto das indústrias em P&D (BERD) é muito baixo, atingindo apenas 0,52% do PIB em 2013, que é aproximadamente o mesmo da década anterior”.¹⁰⁵ Programas de transferência de tecnologia e estímulo à inovação nacional pública e privada por meio dos instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) podem aproximar P & D e inovação e estimular a elevação do gasto privado nessa direção.

¹⁰⁴ No mesmo documento: “*Brazil’s macroeconomic policy framework of inflation targeting, exchange rate fluctuation, primary surpluses, and expenditure cuts (austerity policies) tends to impair the effectiveness of explicit industrial and innovation policies. This does not mean that innovation policy attempts will necessarily be in vain, but it does mean that public resources R&D and innovation and innovation policy instruments need to be used strategically*” (MAZZUCATO; PENNA, 2016, p. 11). Em português (tradução livre): “O cenário econômico do Brasil de metas de inflação, câmbio flutuante, superávits primários e cortes nas despesas (políticas de austeridade) tendem a prejudicar a efetividade das políticas industriais e de inovação explícitas. Isso não significa que os esforços de políticas de inovação serão em vão, mas quer dizer que recursos públicos para PD&I e instrumentos para políticas de inovação devem ser usados estrategicamente”.

¹⁰⁵ Tradução livre. No original: “*business expenditure on R&D (BERD) is very low, reaching just 0.52 percent of GDP in 2013, which is about the same throughout the previous decade*”.

Quanto ao item “c)”, a atuação do Estado empreendedor no âmbito de um sistema de inovação deve envolver a existência de instituições chave em todos os subsistemas: o subsistema da educação e pesquisa; o subsistema da produção e inovação; o subsistema de financiamentos público e privado; e o subsistema de políticas e regulação. Só assim é possível superar, por meio de políticas específicas, a fragmentação e a descontinuidade (até mesmo antagonismo) entre o subsistema de educação e pesquisa e o subsistema de produção e inovação, e encaminhar, por meio de políticas financeiras e regulatórias, a articulação entre os dois primeiros subsistemas para a efetiva criação de novos ou aprimorados bens e serviços (MAZZUCATO; PENA, 2016, p. 10-11).

Dessa forma, a atividade estatal não fica restrita à criação de conhecimento por meio de universidades e laboratórios nacionais, mas compreende a mobilização de recursos para permitir a difusão desses conhecimentos para todos os setores da economia. Para isso, deve mobilizar as redes de inovação existentes e comandar o processo de desenvolvimento industrial, por meio de estratégias para o progresso tecnológico em áreas prioritárias (MAZZUCATO, 2014, p. 71). Nesse sentido, especificamente para a área da saúde, políticas de fomento à produção, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação no âmbito dos laboratórios públicos estabelecidas no âmbito do CEIS devem considerar a importância do setor público na mobilização das redes de inovação no setor da saúde; bem como no desenvolvimento industrial orientado.

Por fim, quanto ao item “d)”, a perspectiva do Estado empreendedor é de liderança do desenvolvimento tecnológico, mas não exclui a presença e o protagonismo das empresas na economia capitalista. A construção de parcerias entre setor público e o setor privado no campo da inovação pode ser dada tanto por políticas diretas de estímulo à produção privada por demanda do setor público, o que se dá pelo uso estratégico das compras do Estado, ou por projetos que associem uma instituição pública e uma privada em contratos de transferência de tecnologia e desenvolvimento de novos produtos e serviços. No setor da saúde, no Brasil, iniciativas desse sentido podem ser localizadas nas estratégias de compras públicas para o SUS, associadas com um dos instrumentos mais eficazes da Política Nacional de Inovação e Tecnologia na Saúde – PNITS; e a Parceria para o Desenvolvimento Produtivo - PDP, importante ferramenta para o desenvolvimento do CEIS, a ser esmiuçada no próximo capítulo.

Nessa perspectiva, as propostas de atuação definidas para o Estado empreendedor apresentadas por Mariana Mazzucato (2004, p. 30-31) superam as contribuições dos economistas evolucionários, uma vez que, embora o conceito de sistemas de inovação possa ser utilizado como instrumental para compreender o processo de difusão dos novos conhecimentos e da inovação por toda a economia, incluindo uma rede ampla de atores públicos e privados, não há, nessa formulação, uma clara definição do papel que cada ator representa em um cenário acidentado e de risco, como a da inovação tecnológica.

Nessa perspectiva, muitos erros atuais de políticas nacionais de inovação seriam devido à colocação de atores na parte “errada” desse cenário, tanto no tempo quanto no espaço. As quatro características apontadas por Anjos (2016) na atuação do Estado empreendedor permitem definir, em cada caso e respeitadas as especificidades de cada país, a medida exata do protagonismo da atuação estatal, superando a indefinição de papéis suscitada pela ideia dos sistemas de inovação, em especial, do papel do Estado.

Mas, o mais importante é compreender que tanto o esforço teórico da criação do conceito de sistemas de inovação e de seu foco específico, o CEIS, assim como os esforços de construção de políticas governamentais neles baseadas não lograrão êxito, em especial nos países que não completaram seu desenvolvimento, sem que sejam compreendidos no âmbito de uma especial forma de atuação do Estado, qual seja, sua feição empreendedora. De nada adianta definir as redes por onde correm os processos inovativos e entender as sinergias entre os diferentes setores e subsistemas que compõem a economia da saúde sem que se estabeleça uma clara visão estatal que dirija esse processo para específicos objetivos de desenvolvimento no âmbito das economias nacionais.

O Estado empreendedor pode e deve, em cada caso, formar, aperfeiçoar, corrigir, regular, manejar, estimular, demandar e dirigir os sistemas setoriais, regionais, locais e nacionais de inovação, bem como os subsistemas econômicos neles envolvidos, por meio das políticas orientadas por missões (discutidas no primeiro capítulo) que envolvam um leque de instrumentos institucionais, financeiros, regulatórios, fiscais e infraestruturais, capazes de induzir as mudanças necessárias e corrigir os pontos fracos da cadeia produtiva e social. Isso é particularmente importante no campo da saúde, por ser um setor promotor de bem-estar coletivo, um direito constitucionalmente garantido e um dever do Estado brasileiro, além de um

amplo e dinâmico setor de produção de bens e serviços inserido na economia global.

No próximo capítulo, serão analisadas as políticas específicas adotadas pelo Governo Federal para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil entre 2002 e 2017, tendo sido agrupadas levando em consideração as características de atuação do Estado empreendedor e a compreensão de seu potencial para, juntas, comporem uma política orientada por missões no campo econômico-social da saúde no Brasil.

5 ANÁLISE DAS POLÍTICAS DIRIGIDAS AO CEIS E AS POSSIBILIDADES DE UM ESTADO EMPREENDEDOR NA SAÚDE

Após a compreensão da saúde não só como direito, mas como bem econômico e espaço de acumulação de capital proposta no capítulo anterior, buscase, neste, apresentar um estudo da articulação entre desenvolvimento nacional, política econômica, política industrial, política de inovação e política social de saúde por meio das políticas específicas adotadas pelo Governo Federal para o CEIS. O recorte temporal adotado, pelas razões expostas na Introdução desse trabalho, vai de 2002 a 2014, com o registro das atualizações mais significativas até 2018, sendo que, segundo o estudo aqui realizado, o período de maior importância se dá entre 2008 e 2017, quando efetivamente um conjunto integrado de políticas é estabelecido e aprimorado na agenda governamental para o campo econômico e social da saúde.

Nesse sentido, as políticas específicas para o CEIS estão inseridas no quadro maior das políticas produtivas formuladas durante o período, que incorporaram a inovação tecnológica como diretriz e apontaram o setor de saúde como estratégico na política produtiva.

O primeiro Governo Luís Inácio Lula da Silva foi o responsável por reintroduzir, na agenda governamental, políticas específicas de desenvolvimento para o setor produtivo, já que entre os anos 1990 e 2003, praticamente não houve propostas federais claras e definidas para este setor no Brasil.¹⁰⁶ Assim, retomam-se em 2004 programas que se estendem até 2014 na forma do lançamento das políticas materializadas nos planos federais: Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE, 2004-2008), seguida da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP, 2008-2010), e o Plano Brasil Maior (PBM, 2011-2014).¹⁰⁷ Em todos esses planos nacionais a saúde é apontada como setor produtivo estratégico.

¹⁰⁶ Tomando como marco a Constituição de 1988, as políticas produtivas para setores da indústria foram praticamente inexistentes. Durante os Governos Fernando Collor e Itamar Franco, operou-se a abertura unilateral da economia às importações, abandonando-se políticas de proteção ao setor da indústria nacional. Já durante os dois Governos Fernando Henrique Cardoso, a política produtiva nacional foi preterida à tarefa de estabilização macroeconômica, não se adotando qualquer medida vertical nesse sentido (CORONEL; AZEVEDO; CAMPOS, 2014).

¹⁰⁷ Cada uma das políticas buscou reverter um problema específico ou incorporar uma reorganização da dinâmica econômica em relação ao setor produtivo. Assim, a PITCE estava focada na crise cambial iniciada em 1999 e buscava reverter o problema da vulnerabilidade externa. “Para tanto, concebeu uma política ativa de agregação de valor às exportações com base na inovação. O foco da PITCE foi direcionado para setores intensivos em tecnologia como bens de capital, fármacos e

Na PITCE, foram desenvolvidas propostas dirigidas ao setor de fármacos e medicamentos, envolvendo apoio à pesquisa e desenvolvimento realizado no país; internalização de atividades de P&D; estímulo à produção nacional de fármacos e medicamentos, especialmente os constantes da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; fortalecimento do programa de genéricos; exploração da biodiversidade; e estímulo aos laboratórios públicos (BRASIL, 2003).

O contexto de criação da PDP envolve um cenário de amplas políticas de desenvolvimento, como o Plano de Aceleração do Crescimento – PAC; O Plano de Ação, Ciência, Tecnologia e Inovação; o Plano Nacional de Educação – PND e o Plano Mais Saúde. Previa a elevação do gasto em P&D e programas estruturantes para sistemas produtivos, e, dentre estes, programas mobilizadores em áreas estratégicas, entre os quais foi incluído o Complexo Industrial da Saúde (CIS). Foram também previstos instrumentos gerais de implementação da política amplamente utilizáveis na área da saúde, como: a) incentivos, nas modalidades de incentivos fiscais, crédito, capital de risco e subvenção econômica; b) poder de compra do Estado; c) regulação técnica, econômica e comercial; e d) apoio técnico, sob a forma de certificação e metrologia, promoção comercial, propriedade intelectual, capacitação de recursos humanos, capacitação empresarial (BRASIL, 2008).

O PBM, com o lema “Inovar para competir. Competir para crescer”, previu uma organização segundo três dimensões, sendo uma estruturante e prevendo diretrizes setoriais; outra sistêmica, com temas transversais a serem trabalhados; e outra de organização setorial, prevendo setores estratégicos a serem estimulados.

medicamentos, semicondutores e software que poderiam transmitir ganhos de produtividade para o restante da indústria, além de abrir oportunidades para desenvolver o sistema nacional de inovação”. A PDP, no segundo Governo Luís Inácio Lula da Silva, refletiu uma reorganização na dinâmica econômica, em momento favorável para o desenvolvimento produtivo brasileiro, quando a política macroeconômica apresentava estabilidade, e o país foi agraciado com o grau internacional de investimento. Assim, “com o mote ‘innovar e investir para sustentar o crescimento’, a PDP visou exatamente alavancar esse processo de investimento. Para tanto, construiu um minucioso mapa de ações abrangendo 25 setores dentre candidatos a se consolidarem como líderes mundiais, a receberem programas de fortalecimento da competitividade ou abrigarem ações de mobilização em áreas estratégicas”. Com a crise financeira de 2008, os projetos mais ambiciosos da política foram frustrados, tendo esta funcionado como medida anticíclica. O PBM, lançado já no primeiro Governo Dilma Rousseff, foi criado sob a expectativa de que o pior da crise havia ficado para trás, tendo centrado seus esforços na criação de competências visando o fortalecimento produtivo e tecnológico das cadeias de valor. “A frustração dessa expectativa aliada aos sinais cada vez mais visíveis de acirramento da concorrência internacional nos mercados interno e externo foram forçando o plano a se direcionar para a defesa do mercado doméstico e a recuperação das condições sistêmicas da competitividade, com foco mais diretamente nos fatores formadores do custo-país e menos nas ações estruturantes de seus programas setoriais” (KUPFER, 2013, *online*).

Neste quadro, as diretrizes setoriais de fortalecimento das cadeias produtivas; do estabelecimento de novas competências tecnológicas e de negócios, além da diversificação da exportação, são plenamente aplicáveis ao setor da saúde. Entre os temas transversais, a inovação foi expressamente prevista, sendo os sistemas da Mecânica, Eletroeletrônica e da Saúde definidos entre os grupos estratégicos. Como principais medidas aplicáveis ao CEIS, figuram o bloco de estímulo ao investimento e à inovação por meio de desonerações tributárias, financiamento ao investimento e à inovação, e a definição do marco legal da inovação (BRASIL, 2011).

Tendo as políticas gerais de desenvolvimento do setor produtivo como pano de fundo, explica-se que o estudo das políticas específicas para o CEIS aqui realizado é descritivo, ou seja, investiga como estas se apresentam em seus elementos formais e em seu planejamento; ficando fora da análise a observação da política em execução e por resultados concretos. A opção por esta metodologia diz respeito aos limites do trabalho, que busca investigar a possibilidade de formulação de políticas públicas capazes de responder ao desafio furtadiano, mediante as diretrizes constitucionais, com foco na afirmação da necessidade de liderança do Estado no processo de desenvolvimento, inclusive como Estado empreendedor. A análise descritiva permite alcançar estes objetivos, pela análise dos principais instrumentos adotados, enquanto a análise por execução e resultado demandaria um recorte temporal maior e a definição de critérios econômicos acerca do comportamento do mercado, que requerem conhecimentos de economia, muito além do campo jurídico.

Ao final do capítulo, é discutida a hipótese de que as políticas adotadas para o CEIS possam ser entendidas como políticas orientadas por missões, configurando uma abertura para o Estado Empreendedor na área de saúde no Brasil.

5.1 Políticas específicas para o CEIS e seus instrumentos normativos

A partir da análise realizada no capítulo 4 acerca da relação entre saúde, inovação e política produtiva, bem como de seus instrumentos e impacto sobre o conceito de CEIS,¹⁰⁸ é possível apontar algumas medidas adotadas pelo Governo

¹⁰⁸ Dessa forma, a adoção de políticas específicas dirigidas ao CEIS influi diretamente na economia de recursos públicos destinados à promoção da saúde, tendo em vista a alta dependência tecnológica, a vulnerabilidade e a dependência estrutural brasileira para assegurar o direito à saúde.

Federal para estimular a produção nacional de itens considerados estratégicos e prioritários, aliando desenvolvimento industrial, inovação e demandas sociais de saúde definidas a partir do SUS.

No estudo acerca de uma política orientada por missões para o Sistema de Inovação Brasileiro, Mariana Mazzucato e Caetano Penna (2016, p. 7-8) destacaram quatro subsistemas que devem trabalhar conjunta e articuladamente, sob a liderança do setor público, capazes de definir as missões a serem realizadas: a) políticas públicas e fundos públicos; b) pesquisa e educação; c) produção e inovação; d) capital e fundos privados.¹⁰⁹

Seguindo essa compreensão, entende-se que a articulação dos subsistemas referidos se dá, no caso de uma política por inovação e aumento da capacidade produtiva no âmbito da saúde, por meio de instrumentos e medidas normativas capazes de unir os diferentes atores necessários para o cumprimento das missões definidas (laboratórios públicos, setor farmoquímico privado nacional e estrangeiro, instituições governamentais de controle e normatização, financiadores públicos e privados, sociedade destinatária das políticas de saúde). A tarefa neste capítulo é analisar como diferentes medidas foram tomadas em relação a esses atores, delineando uma política de saúde baseada no conceito sistêmico de CEIS, produzindo algo muito próximo de uma política orientada por missões, que tem o desenvolvimento tecnológico e econômico como objetivo central.

Tais medidas foram implantadas mediante um conjunto de normas, desde leis e decretos federais a portarias ministeriais e interministeriais, bem como resoluções da ANVISA, que definem instrumentos de regulação e intervenção no domínio econômico, pensados a partir das especificidades do CEIS, que serão objeto de análise neste capítulo, em seus principais pontos relativos. O estudo realizado permite agrupar os diferentes aspectos e instrumentos, tratados normativamente, nas categorias que aqui estão compartimentalizadas, mas que, na

Essa vulnerabilidade e dependência encontram expressão no crescimento substantivo do déficit comercial no sistema produtivo da saúde – quadruplicado em termos reais no período de 2003 a 2013, atingindo o patamar de US\$ 12 bilhões em 2013 – e na ampliação do hiato entre o potencial de pesquisa e de geração de inovação brasileiro em relação ao dos países desenvolvidos (GADELHA; BRAGA, 2016, p. 54).

¹⁰⁹ No original: *A broad perspective on the national system of innovation identifies four subsystems: (i) public policy and public funding; (ii) research and education; (iii) production and innovation; and (iv) private finance and private funding. While all subsystems are theoretically of strategic importance, the subsystem of public policy and funding has traditionally led the process of socio-economic development and technical change.*

verdade, são complementares e compõem o todo da política adotada, evidenciando o esforço na formação de um marco regulatório para favorecer, durante o período estudado, o desenvolvimento do CEIS em políticas convergentes de vários matizes e mediante processos de articulação institucional.

A partir dos pressupostos do Estado empreendedor anteriormente debatidos, foi possível agrupar, na análise dos diferentes instrumentos normativos, as referidas políticas em cinco categorias fundamentais: fomento à produção, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação no âmbito dos laboratórios públicos; articulação institucional do setor público para atividades de promoção e regulação no âmbito do CEIS; uso das compras do Estado como ferramenta para o desenvolvimento do CEIS; programas de transferência de tecnologia e estímulo à inovação nacional pública e privada por meio dos instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS); financiamentos específicos para o desenvolvimento do CEIS pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Financiadora de Inovação e Pesquisa (FINEP).

5.1.1 Política Geral de fomento à produção pública, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação

Em termos amplos, esta política foi definida pela Portaria 374/GM/MS/2008, que instituiu, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde, marco inicial desse processo. O Programa está nominalmente articulado a um conjunto de medidas que visa aumentar a eficiência produtiva no âmbito do CEIS, sendo esta uma prioridade tanto do SUS quanto da PITCE, política industrial, tecnológica e de comércio exterior vigente à época (tendo sido depois substituída pelo Plano Brasil Maior, em 2014).

O Programa estabelece como objetivo, em seu artigo 2º, “promover o fortalecimento e a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde, por intermédio da ampliação da participação no Complexo Produtivo da Saúde, do aumento da capacidade inovadora e da mudança de patamar competitivo, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente e o desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do país”.

Para tanto, estabelece objetivos específicos por cada segmento que compõe a produção dos laboratórios públicos, quais sejam:

a) Para o segmento farmacêutico: internalizar a produção dos farmoquímicos¹¹⁰ e medicamentos¹¹¹ de maior impacto para o SUS; modernizar os laboratórios públicos em termos tecnológicos e organizacionais de forma a capacitá-los para o desenvolvimento de parcerias com o setor produtivo privado; estimular a produção de medicamentos para doenças negligenciadas e de suas matérias primas, de forma a superar o hiato entre o esforço de produção e inovação dos países desenvolvidos e as necessidades nacionais; adotar a implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

As medidas buscam basicamente o desenvolvimento e a expansão da capacidade produtiva interna de base pública e a modernização dos laboratórios públicos, dotando-os de condições para operações de transferência de tecnologia em parceria com produtores privados. Isso favorece a longo prazo o barateamento dos custos de aquisição de medicamentos pelo Estado e a garantia da perenidade do fornecimento, reduzindo a dependência externa e a própria vulnerabilidade da política de saúde diante dos custos de importação de produtos farmoquímicos.

Especificamente em relação às doenças negligenciadas, essas são próprias de países com grande desigualdade social e endêmicas na população de baixa renda.¹¹² Possuem tratamento relativamente barato e baixíssimo interesse por parte dos grandes laboratórios mundiais, cujo esforço em produção e inovação é

¹¹⁰ Farmoquímicos são princípios ativos utilizados na fabricação de medicamentos, também conhecidos como produtos fármacos e insumos farmacêuticos ativos (IFAs) ou, em inglês, Active Pharmaceutical Industry (API). Os insumos farmacêuticos representam o início da cadeia produtiva da indústria farmacêutica. (Fonte: ABIFINA - Associação Brasileira de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. Disponível em: <http://www.abifina.org.br/segmentos.php?sc=3&ssc=1>. Acesso em: 14 dez. 2018).

¹¹¹ Medicamentos são produtos farmacêuticos de atividade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos. (Fonte: ABIFINA - Associação Brasileira de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. Disponível em: <http://www.abifina.org.br/segmentos.php?sc=3&ssc=1>. Acesso em: 14 dez. 2018).

¹¹² As doenças negligenciadas são um grupo de doenças tropicais endêmicas, especialmente entre as populações pobres da África, Ásia e América Latina. Compreendem doenças como dengue, malária, doença de Chagas, doença do sono, leishmaniose visceral, filariose linfática e esquistossomose. Juntas, causam entre 500 mil e 1 milhão de óbitos anualmente. As medidas preventivas e o tratamento para algumas dessas moléstias são conhecidos, mas não são disponíveis universalmente nas áreas mais pobres do mundo. Em alguns casos, o tratamento é relativamente barato. Em comparação às doenças negligenciadas, as três grandes enfermidades (Aids, tuberculose e malária), geralmente recebem mais recursos, inclusive para pesquisa. As doenças negligenciadas podem também tornar a Aids e a tuberculose mais letais (Fonte: FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em: 14 dez. 2018).

quase exclusivamente orientado pelo lucro. Definir doenças negligenciadas como estratégia de fortalecimento da produção pública garante que pesquisas em torno de seu tratamento possam ser desenvolvidas, e sua produção, aperfeiçoada, uma vez que os laboratórios públicos se voltam para a satisfação das necessidades nacionais de saúde, e não para o lucro.

No Brasil, a Fiocruz desenvolve pesquisas para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, criação de bancos de dados e informações específicas, vacinas (para dengue, em parceria com o laboratório GlaxoSmithKline) e métodos diagnósticos (para doença de Chagas, com marcadores imunobiológicos), além de criação e produção de novos medicamentos (como o antimalárico ASQM, reconhecido pela OMS e OPAS e ofertado por organizações internacionais, como UNICEF). Também, desde 2008, no âmbito da parceria com a iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi), uma organização de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos, que trabalha com a finalidade de oferecer novos tratamentos para doenças negligenciadas, desenvolveram-se parcerias para transferência de tecnologia em medicamentos para laboratórios de outros países (O antimalárico ASQM para a empresa farmacêutica Cipla, na Índia). (FIOCRUZ, *online*).

b) Para o segmento biotecnológico (imunobiológicos, biofármacos, hemoderivados e reagentes para diagnóstico): capacitar os produtores nacionais para a produção de matéria-prima ativa com recurso às novas tecnologias; modernizar os laboratórios públicos em termos tecnológicos e organizacionais de forma a capacitá-los para o desenvolvimento de parcerias com o setor produtivo privado; estruturar a exportação de produtos que atendam às demandas da OMS para regiões menos desenvolvidas; implementar a Política de Desenvolvimento da Biotecnologia na área de Saúde Humana; priorizar a produção, no País, de reagentes para o diagnóstico de doenças transmissíveis utilizados pelo SUS com recursos às novas biotecnologias; consolidar a produção pública de reagentes biológicos para diagnóstico e estabelecer parcerias com o setor privado e instituições científicas para o desenvolvimento e a comercialização de novos produtos e insumos para diagnóstico; internalizar, no País, a produção de hemoderivados, atendendo aos preceitos constitucionais, associada com a capacitação tecnológica; favorecer a consolidação do produtor estatal nacional (Hemobras) como uma empresa pública eficiente, comprometida com resultados e

tecnologicamente qualificada; fomentar o desenvolvimento de hemoderivados produzidos por tecnologia recombinante e outras rotas tecnológicas.

Em relação aos produtos biotecnológicos, a política de fortalecimento dos laboratórios públicos na busca de modernização e transferência de tecnologia se repete, mas se busca também a autonomia nacional em relação à produção de matéria-prima biotecnológica,¹¹³ em especial para vacinas. Ainda que existam nos laboratórios públicos brasileiros uma boa capacidade instalada e o domínio de boa parte do processo de produção, o *bulk*, ou matéria-prima para produção de vacinas, é ainda dependente de importação (TEMPORÃO; GADELHA, 2007).

No setor biotecnológico é que está a fronteira de inovação a ser alcançada. Tal fronteira, no entanto, escapa, pois, mesmo se completando os processos de transferência tecnológica, quando se alcança o domínio sobre certa tecnologia, os líderes em inovação já deslocaram o processo mais adiante, criando-se um lapso constante em relação ao dinamismo do setor em nível internacional. Só a estratégia de transferência de tecnologia mostra-se insuficiente para romper essa distância. É preciso consolidar uma base de inovação no setor produtivo brasileiro, com forte participação dos laboratórios públicos, capaz de articular uma política específica de P, D&I em biotecnologia aplicada à saúde humana à capacidade produtiva dos mesmos, hoje a maior da América Latina (TEMPORÃO; GADELHA, 2007), de forma a realizar um dos propósitos da política, que é justamente tornar o Brasil um exportador de produtos biotecnológicos capaz de atender às demandas da OMS em relação às regiões menos desenvolvidas.

A intenção é que na busca de atender às necessidades do SUS em relação aos hemoderivados, reagentes e vacinas, os laboratórios públicos, em parceria com o setor privado, possam estruturar-se para atender parte do mercado interno, já de grandes proporções, e consiga também especializar-se em produtos capazes de serem exportados. É nesse sentido que as demandas da saúde pública podem tornar-se uma excelente oportunidade de estruturação de um setor produtivo

¹¹³ Interessante trabalho a respeito da construção de um sistema de inovação periférico a partir do setor de recursos genéticos, analisando a convergência tecnológica (cogno + bio + nano + info) posta em um sistema distributivo como forma superação do subdesenvolvimento e resposta aos desafios furtadiano e gramsciano foi realizada por Alessandro Serafim Octaviani Luis em sua tese de doutoramento em Direito na Universidade de São Paulo – USP, em 2008, intitulada “Recursos genéticos e desenvolvimento: os desafios furtadiano e gramsciano”. As conclusões do autor são semelhantes às encontradas nesta tese, no sentido de identificar, no Brasil, condições materiais e regulatórias mínimas para a construção de políticas capazes de internalizar os centros decisórios acerca desses recursos e utilizá-los de forma favorável à superação da condição periférica.

de fronteira tecnológica, para, a partir da ação de laboratórios públicos e das parcerias com empresas de biotecnologia de capital nacional e estrangeiro para consolidar uma base de inovação, funcionar como setor estratégico para conquista da autonomia e inserção nesse espaço da economia global criado a partir da revolução tecnológica.

Em relação às diretrizes adotadas pelo Programa, constantes do artigo 4º da Portaria 374/GM/MS/2008, várias dizem respeito a estratégias de desenvolvimento nacional, tais como: I - fortalecer, ampliar e qualificar a participação dos produtores públicos no Complexo Industrial da Saúde, de modo a contribuir no processo de transformação da estrutura produtiva do País, tornando-a compatível com um novo padrão de consumo em saúde e com novos padrões tecnológicos; II – fomentar as atividades de P, D&I no âmbito dos produtores públicos, tornando-os competitivos e capacitados a enfrentar a concorrência global em bases permanentes num contexto de incessante mudança tecnológica; III - promover melhorias na gestão dos produtores públicos, estimulando o planejamento estratégico e a adoção de estruturas organizacionais e modelos de gestão capazes de dotá-los de maior agilidade, flexibilidade e eficiência; IV - promover a articulação entre os produtores públicos, buscando atuação coordenada e cooperada em todas as áreas, mediante a estratégia de organização em rede; V - promover a substituição de importações de produtos e insumos de uso em saúde, priorizando os que possuem maior densidade de conhecimento e de inovação e que sejam considerados estratégicos para o SUS; VI - utilizar estrategicamente o poder de compra do Estado na área da saúde em articulação com políticas de fomento ao desenvolvimento industrial; VII - promover a articulação entre os produtores públicos e a indústria privada com vistas à realização de ações complementares e sinérgicas em benefício do mercado público de saúde; VIII - propor, no âmbito do SUS, alterações na legislação de compras, de forma a permitir o uso estratégico do poder de compra do Estado para produtos inovadores de alta essencialidade para a saúde, e; IX – promover a articulação dos produtores públicos com a infraestrutura científica e tecnológica no País para atender aos requerimentos da inovação, viabilizando o desenvolvimento de produtos e processos e a adequação da produção pública aos requerimentos de saúde e de competitividade.

O que se observa em relação às diretrizes do Programa é a sua inserção em estratégias econômicas de uma política mais ampla de desenvolvimento, pelo

comprometimento em contribuir para a mudança na estrutura produtiva do país. Na concepção de Celso Furtado, conforme discutido anteriormente, a superação do subdesenvolvimento no âmbito latino-americano só é possível mediante estratégias lideradas pelo Estado, capazes de levar a essa mudança na estrutura produtiva que permita ganhos de produtividade aliados à promoção da igualdade social, que se traduz também na igualdade em acesso a direitos sociais, como a saúde. Investir no fortalecimento de uma estrutura de inovação e de aumento da capacidade produtiva capaz de integrar atores financeiros e industriais, públicos e privados, na área privilegiada da saúde (ao mesmo tempo um espaço de acumulação de capital e de promoção de direitos), é, na verdade, uma estratégia de desenvolvimento nacional.

Outras diretrizes enfocam especificamente o papel do Estado, em especial sua condição de gestor das compras públicas, como importante ferramenta de fomento à produção e inovação no setor da saúde. A diretriz VI foi posteriormente instrumentalizada na criação da Lei nº 12.349/2010, lei de compras do Estado (que será adiante analisada), prevendo que o processo de licitação deve promover o desenvolvimento nacional e dar margem de preferência para produtos ou serviços desenvolvidos nacionalmente, e que o custo desses pode ultrapassar o montante de 25% sobre o preço dos produtos manufaturados e serviços estrangeiros. Já a diretriz VIII foi concretizada por meio da Lei nº 12.715/2012, que altera a legislação anterior, prevendo a possibilidade de dispensa de licitação quando houver contratação em que esteja presente a transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme previsão em ato da direção nacional do SUS, inclusive durante as etapas de absorção tecnológica.

Ambas as iniciativas complementam a diretriz V, que propõe a substituição de importações de produtos e insumos como estratégia inicial de desenvolvimento no âmbito da saúde, atendendo às necessidades do SUS, tanto com vistas à diminuição do preço dos produtos, como em relação à conquista de autonomia produtiva para a garantia da continuidade de prestação de serviços em saúde de forma integral e universal, nos moldes dos mandamentos constitucionais.

Lembrando-se também de que, no setor de vacinas, a substituição de importações foi uma estratégia forçada diante da crise de abastecimento de vacinas e do soro antiofídico entre 1983-1985, provocada pelo fechamento da multinacional Syntex do Brasil, única fornecedora do Governo Federal, solucionada justamente

pela criação do PASNI (Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos). Este Programa visava dotar o país de um parque industrial capaz de torná-lo independente das importações de soros e vacinas até 1990. A meta, evidentemente, não foi alcançada, mas a justificativa do PASNI continua válida, girando em torno de quatro elementos: segurança nacional pelo impacto na saúde de grandes contingentes populacionais; economia pública e possibilidade de inserção da indústria nacional de soros e vacinas em lugar de destaque no mercado internacional; alto risco para investimento do capital privado no desenvolvimento de inovação e produção em grande escala, o que pressupõe que o Estado é o único agente capaz de investir nesse estágio inicial; busca de superação da defasagem tecnológica e científica em relação aos países desenvolvidos (PONTE, 2007, p. 92-93).

As demais diretrizes buscam o fortalecimento dos laboratórios públicos, em especial em seu modelo de gestão e expansão da sua capacidade produtiva, tornando-os capazes de inserção competitiva no mercado (inclusive global) e de garantir minimamente o atendimento às necessidades do SUS e da população brasileira, rumo a uma relativa autonomização, pelo menos em termos de vacinas, como previsto por ocasião da criação do PASNI.

Fundamental em todo esse processo é a diretriz IX, que estabelece a articulação entre o sistema de laboratórios públicos com a infraestrutura científica e tecnológica nacional, de forma a alavancar a inovação nesta área e viabilizar o desenvolvimento de produtos e processos que se agreguem ao Sistema Único de Saúde, beneficiando, ao mesmo tempo, aspectos sociais e econômicos das políticas de saúde, ciência e tecnologia e de desenvolvimento.

Por fim, os últimos artigos (6º e 7º) da Portaria 374 GM/MS/2008 tratam da articulação entre as diferentes secretarias do Ministério da Saúde com vistas à execução do Programa, cabendo à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos sua execução coordenada com as ações de Assistência Farmacêutica, por meio de um comitê gestor e de uma secretaria executiva específica do Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.

A definição dos agentes públicos de execução e acompanhamento de Programas que atuam, ao mesmo tempo, no desenvolvimento tecnológico, na estimulação do setor produtivo e na promoção de política social é questão

importante na articulação institucional de políticas que demandam transversalidade. A depender da capacidade de acionar integradamente diferentes órgãos governamentais e de desenvolver mecanismos capazes de coordenar a ação pública nessas diferentes pastas, é possível atingir maior sucesso do que se espera do subsistema do setor público no CEIS, que é justamente introduzir uma nova lógica de desenvolvimento nacional (que pode atingir a ideia de estado empreendedor) no sistema de inovação-produção da saúde como um todo.

Mas um dos elos essenciais da política geral de fomento à produção pública, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação é justamente a regulação diferenciada acerca de acompanhamento, instrução e análise dos processos de registro e pós-registro de medicamentos. O desafio é reduzir o tempo para a realização desses processos, sem comprometer o rigor exigido para garantir a segurança do medicamento. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 02/2011 da Anvisa é a norma que dispõe sobre os procedimentos do âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para medicamentos produzidos mediante parcerias público-público ou público-privado e transferência de tecnologia de interesse do SUS. Ao instituir Comitês Técnicos-Regulatórios (CTR), a serem definidos pela Diretoria da ANVISA, específicos para acompanhar todo o processo que envolve o registro e o pós-registro de medicamentos produzidos nas condições estabelecidas, o tempo requerido para os processos é significativamente diminuído, facilitando a incorporação de medicamentos produzidos no Brasil ao SUS com a consequente redução de custos e garantia de acesso da população à assistência farmacêutica.

Outra regulação editada pela ANVISA que favorece os produtores públicos e privados nacionais de fármacos, medicamentos e insumos farmacêuticos é a RDC 37/2014, que dispõe sobre a priorização da análise técnica de petições de registro, pós-registro e anuência prévia em pesquisa clínica de medicamentos e produtos biológicos. Buscando acelerar a incorporação tecnológica desses produtos ao SUS, facilitar os processos de inovação na área de fármacos, fortalecer os processos de transferência de tecnologia e garantir o acesso à assistência farmacêutica, são estabelecidos, entre os vários critérios cumulativos para priorização dos pedidos de registro, devendo somar no mínimo 10 pontos.

Esses pontos são: produtos estratégicos indicados pela Direção Nacional do SUS em lista e que comportem risco de desabastecimento ao SUS; integrantes

do Programa Nacional de Imunização com risco de desabastecimento; produzidos com emprego exclusivo de insumos farmacêuticos produzidos por fabricantes nacionais; oriundos de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) baseadas em transferência de tecnologia ou desenvolvimento de novas tecnologias, contemplando necessariamente os laboratórios públicos; com inovação radical fabricado no País ou que atendam sua regra de origem ou Processo Produtivo Básico, desde que o núcleo tecnológico do produto também seja fabricado no País; e com inovação incremental fabricado no País ou que atendam sua regra de origem ou Processo Produtivo Básico, desde que o núcleo tecnológico do produto também seja fabricado no País.

Ainda buscando fortalecer os laboratórios públicos, destacando seu papel estratégico nas políticas de transferência de tecnologia, foi instituída a Portaria 506/GM/MS/2012, que criou o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS). O PROCIS operacionaliza repasses financeiros aos produtores públicos (de fármacos, biofármacos, medicamentos, imunobiológicos, produtos médicos, equipamentos e materiais de uso em saúde e kits para diagnóstico de uso “in vitro”) para investimento em qualificação de mão de obra e infraestrutura, mediante contrapartida dos produtores públicos. O PROCIS tem entre os objetivos principais elencados no art. 2º da Portaria em análise: fortalecer as parcerias para o desenvolvimento produtivo visando desenvolver e absorver produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde; apoiar o desenvolvimento tecnológico e a transferência de tecnologias, estratégicos para o Sistema Único de Saúde; manter o aproveitamento das complementariedades entre os laboratórios e respeitar as vocações e o perfil produtivo; e apoiar a infraestrutura pública de tecnologia e inovação para suporte à produção no país de produtos estratégicos para o SUS.

5.1.2 Política de articulação institucional do setor público para atividades de promoção e regulação no âmbito do CEIS

A edição do Decreto DNN 11.578/2008 buscou enfrentar o desafio de traçar uma nova política de articulação institucional para o desenvolvimento produtivo e tecnológico do setor, criando, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS).

A adoção desse mecanismo de gestão e execução pública conjunta, exigida por uma política transversal como a que está em análise, representa a tentativa de superar as formas tradicionais de atuação dos órgãos públicos nas políticas de desenvolvimento. Busca modos de ajustamento às mudanças trazidas pela revolução tecnológica, que tornam impossível separar políticas de desenvolvimento industrial e de inovação tecnológica, acrescentando-se a isso o desafio de superação do subdesenvolvimento e de construção de uma autonomia nacional na produção de tecnologias de bem-estar social.

Nesse contexto, a criação do GECIS, de acordo com o artigo 1º do Decreto presidencial acima referido, se dá no âmbito da estratégia institucional de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, e visa promover ações e medidas concretas para execução e fixação de um marco regulatório nacional, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde, além de outras medidas complementares.

De acordo com Carlos Gadelha (2012, p. 11-12), o contexto político-institucional que compõe o CEIS é representado pelo Estado, que incorpora relações de poder, estrutura decisória e a formulação e execução de políticas implícitas e explícitas; pelas Instituições, que compreendem desde instituições formais de C&T e de educação até agências de fomento, órgão de financiamento e até normas de conduta socialmente institucionalizadas; pela sociedade civil organizada, composta pelas associações, fóruns e movimentos de articulação social que atuam tanto na área da saúde pública quanto na defesa dos interesses privados e produtivos; pela população, que mesmo sem representação orgânica é a destinatária tanto das políticas sociais de saúde quanto das políticas mais amplas de desenvolvimento, sendo, também, a fonte de legitimidade dessas políticas.

A criação do GECIS foi um esforço de articulação entre três, dos quatro componentes do tecido sociopolítico e institucional. São esses os órgãos do Estado responsáveis pela formulação e implementação de políticas sociais, econômicas, tecnológicas e industriais, Instituições públicas de saúde, C&T e desenvolvimento industrial, agências de fomento e sociedade civil organizada.

De acordo com o artigo 4º do Decreto DNN 11.578/2008, compõem o GECIS um representante titular e um suplente de 14 órgãos e entidades: Ministério da Saúde (coordenação); Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (secretaria-executiva); Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério do

Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Fazenda; Ministério das Relações Exteriores; Casa Civil da Presidência da República; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES; Instituto Nacional de Propriedade Industrial - INPI; Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial - ABDI; Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO; e Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP.

Em relação à sociedade civil organizada, está previsto no §1º do artigo 4º que o GECIS terá assessoria de um Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil, constituído no âmbito do Ministério da Saúde. O Fórum poderá propor ações e medidas de relevância e estratégia para a criação e implantação do marco regulatório previsto no artigo 1º, bem como para a estratégia nacional de desenvolvimento para a área da saúde.

Ainda de acordo com Carlos Gadelha (2012, p. 12), o subsistema político-institucional no âmbito do CEIS é responsável pelas interações sistêmicas que envolvem atividades de promoção e regulação. Por promoção, entende-se aqui a ação do Estado na definição de ações e estratégias que possam conferir o rumo esperado ao setor produtivo da saúde, como estratégia mais ampla de desenvolvimento. Assim:

Os processos de transformação que caracterizam a dinâmica do sistema capitalista resultam, de um lado, das estratégias competitivas das empresas e, de outro lado, das estratégias públicas que incidem sobre o ambiente institucional em que as empresas se defrontam, condicionando as forças evolutivas de busca de inovações e de sua seleção pelo mercado (GADELHA, 2001, p. 154).

Nesse sentido, as diretrizes que regem a atuação do GECIS, de acordo com o artigo 3º do Decreto em análise, incidem justamente sobre a fixação de tais estratégias públicas, envolvendo: incentivos à produção e inovação em saúde no país, com vistas ao aumento de sua competitividade no mercado interno e externo; garantia da isonomia na regulação sanitária e de medidas de apoio à qualidade da produção nacional, incluindo a modernização das ações de vigilância sanitária; apoio ao desenvolvimento de incentivos financeiros seletivos para áreas estratégicas definidas no âmbito da política de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde; estímulo ao uso do poder de compra do Sistema Único de

Saúde para favorecer a produção, a inovação e a competitividade no CIS; estabelecimento de uma rede de suporte à qualidade e competitividade da produção local; e simplificação e agilização dos processos regulatórios e administrativos que envolvem a produção e a inovação em saúde.

Para alcançar tais estratégias, estão no âmbito de ações possíveis ao GECIS aquelas previstas no artigo 2º do Decreto DNN 11.578/2008, compreendendo a articulação dos órgãos e entidades do Governo Federal, com vistas a viabilizar um ambiente econômico e institucional propício ao desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde - CIS; a constituição de grupos de trabalho sobre temas específicos que demandem conhecimento técnico especializado; o convite a profissionais de notório saber na matéria ou especialistas de outros órgãos ou entidades e da sociedade para prestar assessoria às suas atividades; e a harmonização dos trabalhos realizados pelos grupos de trabalho, comissões e outras instâncias.

Em 2012, por meio do Decreto 7.807, de 17/09, dispoendo sobre a definição de produtos estratégicos para o SUS, o Governo Federal estabeleceu que a direção nacional do SUS definisse os produtos estratégicos para o SUS em conformidade com as recomendações expedidas pelo GECIS, como forma de incorporação do trabalho deste Grupo Executivo às determinações da política executiva de saúde.

A partir dessa experiência, o Decreto 9245/2017, editado na constância do Governo Michel Temer, estabeleceu nova composição para o GECIS e acresceu suas atividades (inclusive para definir a composição do Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil – FPAS), incorporando-o à Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), também instituída no mesmo decreto. Pela nova composição prevista, o GECIS é formado por um membro titular e um suplente dos seguintes órgãos e instituições: Ministério da Saúde (coordenação); Casa Civil da Presidência da República; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Fazenda; Ministério da Educação; Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços; Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa; Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES; Instituto Nacional de Propriedade Industrial - INPI; Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial - ABDI; Instituto

Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro; e Financiadora de Estudos e Projetos – Finep.

O Decreto presidencial passou a entender o GECIS como um dos componentes do CIS (Complexo Industrial da Saúde), que corresponde ao sistema produtivo nacional da saúde, ao lado das empresas da indústria química, farmacêutica, de biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais para a saúde; dos prestadores de serviços na área da saúde, independentemente da natureza jurídica; e dos órgãos públicos e entidades públicas ou privadas que atuem em pesquisa, inovação, desenvolvimento, produção e prestação de serviços na área da saúde, incluídos as Instituições de Ciência e Tecnologia - ICT e os Laboratórios Públicos Oficiais - LPO.

Ressalte-se que, ao compreender o sistema produtivo da saúde, incluindo os prestadores de serviço, o conceito legal aproxima-se muito mais da ideia de CEIS (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) do que de CIS (Complexo Industrial da Saúde), justamente pela forma restritiva com que este último termo vinha sendo empregado, com exclusão dos serviços, conforme exposto por Gadelha (2012, p. 13).

5.1.3 Política de compras do Estado como ferramenta para o desenvolvimento do CEIS

Um dos principais instrumentos estatais para alavancar o desenvolvimento do CEIS é o uso do poder de compra de produtos e insumos de saúde como forma de conformar o ambiente econômico, dinamizando políticas específicas traçadas pelo Estado para setores considerados estratégicos para o desenvolvimento produtivo e tecnológico.

Em linhas gerais, em qualquer situação em que se fala sobre uso do poder de compra, pressupõe-se que, embora os interesses de fornecedores e compradores em uma relação de compra e venda sejam distintos, estes não são opostos, sendo possível definir formas de cooperação em que ambas as partes possam ter seus interesses satisfeitos. Especificamente no caso do Estado, o uso do poder de compra pode ser definido como “o direcionamento da demanda por bens e serviços do Estado para desenvolver a economia local, micros e pequenas empresas e setores sensíveis da economia ou de interesse estratégico, gerando

emprego e renda e primando pelo desenvolvimento econômico sustentável.” (SILVA, 2008, p. 66).

Denise Maria de Araújo (2017, p. 17) aponta que o uso do poder de compra do Estado deve ser entendido no contexto da política industrial como forma de ativismo estatal, na qual são utilizados instrumentos próprios de intervenção como forma de obter resultados sociais e econômicos que não seriam possíveis com o “livre mercado”. Como instrumento da política industrial, o poder das compras estatais foi utilizado por diversos países hoje considerados desenvolvidos, como os EUA.

A afirmação é corroborada por Eros Roberto Grau (2012), com exemplos da política norte-americana de proteção de setores estratégicos de sua economia, como o caso Fujitsu.¹¹⁴ O uso do poder das compras públicas atinge diretamente o aumento da competitividade das empresas pelo incremento da sua capacidade produtiva e o oferecimento de estímulos à pesquisa e inovação, por exemplo. No entanto, esta não pode ser tomada como política isolada, devendo estar aliada a programas específicos de financiamento por bancos públicos de fomento e a investimentos de infraestrutura necessários.

O uso do poder de compras no setor público, segundo Fagundes e Dantas (1997, p. 131), pode ser entendido como estratégia em várias dimensões: no nível da firma, do setor, do país ou da conjuntura internacional. É um instrumento que pode ser utilizado para aprimorar e estimular diferentes processos na relação entre o setor público e privado. No nível da firma ou entidade estatal, articula-se com sua forma de gestão, sua política de qualidade e sua organização financeira. No nível setorial, diz respeito à estrutura de mercado do setor, seu avanço tecnológico,

¹¹⁴ Relembre-se, ainda nos Estados Unidos, o chamado "caso Fujitsu", noticiado pela revista Fortune de 22.3.82, p. 56 e ss. O Governo Norte Americano instaurou procedimento licitatório tendo por objeto a aquisição de quatrocentas e quatro milhas de fibras óticas para a ligação da rede telefônica entre Washington e Boston, a ser instalada pela *American Telephone & Telegraph* (AT&T). Embora a proposta da Fujitsu, empresa japonesa, fosse bem inferior à da concorrente americana, a *Western Electric* - seu preço era 33% superior àquele - o objeto da licitação foi atribuído a esta última, por razões, alegadas, de segurança nacional (*national security*). Outra razão, no entanto, exposta por Bernie Wunder - *Assistant Secretary of Commerce for Communications and Information* -, determinou essa decisão. Diz a revista Fortune, na p. 59: “*In the meantime Bernie Wunder met privately with a group of executives from telecommunications-equipment companies. According to one, Wunder asked them, 'How do we open up the AT&T market without giving it away to the Japanese?' Wunder says his concern was to protect the 'infant' U.S. fiber-optics industry. John Morgan, a legislative-affairs specialist at the Communications Workers of America, lobbied the same Congressmen and bureaucrats, and more - among them Representative Timothy E. Wirth, chairman of the House subcommittee for telecommunications - arguing that jobs would be lost if the Japanese conquered the fiber-optics market.*” (GRAU, 2012, p. 230-231).

barreiras à entrada, verticalização da política industrial, entre outros. No nível do país, articula-se com as diretrizes da política macroeconômica, tecnológica, industrial, tarifária, fiscal e financeira. Já no nível da conjuntura internacional, diz respeito às relações comerciais internacionais e à inserção da economia em nível global.

Em relação ao CEIS, os impactos potenciais estão presentes em vários níveis. No nível das entidades estatais, diminui os custos e eleva a política de qualidade do SUS; no nível setorial, estimula o aumento da capacidade produtiva e a busca por superar o hiato tecnológico da indústria nacional; no nível do país, aponta uma direção para a política industrial e tecnológica, levando em consideração a necessidade de diminuir o peso negativo do setor na balança comercial; no nível da conjuntura internacional, oferece uma forma de desenvolvimento não dependente e de inserção favorável no comércio internacional.

Uma vez estabelecida a saúde como setor prioritário (na forma do subsistema de base química: fármacos e medicamentos) pelas políticas industriais adotadas a partir de 2003, o uso de poder de compra do Estado vem se tornando instrumento fundamental.¹¹⁵ Como exemplo, tome-se, de acordo com dados de 2017, as vendas estimadas da ordem de US\$ 33,1 bilhões (com base nos preços de fábrica), que fazem do Brasil o sexto maior mercado farmacêutico do mundo, atrás dos Estados Unidos, da China, do Japão, da Alemanha e da França.¹¹⁶ Nesse contexto, o mercado institucional, composto em mais da metade pelas compras públicas, respondeu em 2017 por 31% desse montante, tendo havido um acréscimo de 11,6% nas compras institucionais em relação a 2016, mostrando um mercado em expansão (GUIA INTERFARMA, 2018). O setor público vai se consolidando como

¹¹⁵ Trabalho empírico realizado pela técnica de planejamento e pesquisa Flávia de Holanda Schmidt Squeff, junto à Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura (DISET) do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), sobre o poder de compras governamental como instrumento de desenvolvimento tecnológico entre 2003 e 2013 (dentro do recorte temporal aqui adotado) evidencia o peso do setor de saúde no uso desse instrumento e a concentração do volume de compras em algumas empresas: “Como a cada aquisição [do setor público] é atribuído um grupo de material, expresso por uma taxonomia própria do Comprasnet, foi investigado como o valor empenhado distribuiu-se nesses grupos no período de investigação, e constatou-se a existência de uma concentração expressiva em poucos grupos de material, com destaque para equipamentos e artigos para uso **médico, dentário e veterinário**, veículos e equipamentos para processamento de dados, software, acessórios e equipamentos, que responderam por um terço dos contratos no período. A concentração repete-se novamente em relação às empresas fornecedoras, dado que 0,16% das empresas respondem por 23% do valor empenhado” (2014, p. 51) (grifo nosso)

¹¹⁶ Fonte: <https://guiadafarmacia.com.br/materia/brasil-e-o-sexto-maior-mercado-farmacutico-do-mundo/>. Acesso em: 07 abr. 2019.

um dos maiores compradores de produtos farmacêuticos no Brasil, podendo utilizar o potencial de uso das compras públicas em favor de sua política de desenvolvimento e garantia de acesso do direito social à saúde.

No âmbito do Ministério da Saúde, a política de direcionamento das compras públicas para induzir o crescimento de produtividade e alavancar os processos de inovação¹¹⁷ praticada no Brasil no âmbito do CEIS tem início com a Portaria 978/GM/MS/2008, que especificou uma lista de produtos estratégicos, no âmbito do SUS, sinalizando a preferência das compras e conseqüentemente o rumo a ser tomado no desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde. Nesse instrumento normativo, tal política é indicada em seu papel central em relação aos objetivos da PITCE e especificada sua função de subsidiar o BNDES em seu Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROFARMA), programa específico de financiamento do setor produtivo, em três vertentes: biotecnologia, inovação e produção.

Segundo a mencionada Portaria 978/2008, cabe ao Ministério da Saúde (MS) definir a lista de produtos estratégicos e assegurar sua revisão e atualização a cada dois anos ou, a qualquer tempo, em situações extraordinárias, sendo para tanto estabelecida a Comissão para Revisão e Atualização no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, com especialistas nas áreas do Complexo Industrial da Saúde de diferentes Secretarias do MS.

No desenvolvimento de tal política, diversas outras portarias foram publicadas redefinindo os critérios e revisando a lista de produtos estratégicos, destacando-se as seguintes: Portaria 1284/GM/MS/2008; Portaria

¹¹⁷ Especificamente em relação ao papel das compras públicas no processo de inovação: “As compras públicas de tecnologias podem ser distinguidas por alguns mecanismos que acarretam resultados e propósitos diferenciados: compras de bens e serviços inovadores; compras pré-comerciais; compras cooperadas; e compras catalíticas. (...) As compras de bens e serviços novos têm o papel de induzir a geração de inovações através da especificação de características de desempenho e funcionalidades. Esse esforço conduz tanto para geração de inovações incrementais quanto para a geração de bens e serviços totalmente novos. (...) As compras cooperadas se baseiam no compartilhamento de necessidades entre o setor privado e o setor público. Esse tipo de compra ocorre quando as agências públicas compram bens e serviços conjuntamente com o setor privado, os quais serão utilizados por ambos. (...) As compras catalíticas possuem o papel de estimular a demanda privada por bens e serviços e o Estado age como o primeiro comprador, o que ajuda nos esforços de difusão, garantindo o amortecimento de alguns custos e colaborando com a melhoria dos artefatos tecnológicos gerados. (...) Já as compras pré-comerciais condizem com a aquisição de bens e serviços para os quais esforços de P&D são ainda necessários, ocorrendo compartilhamento de risco entre fornecedor e comprador. Trata-se, na realidade, de um contrato por serviços de P&D, seguido de outras etapas de projeto, engenharia e comercialização”. (ARAÚJO; MEDEIROS, 2010).

3089/GM/MS/2013; Portaria 2531/GM/MS/2014 (também estabelecendo regras para estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP e disciplinamento dos respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação); Portaria 2888/GM/MS/2014; Portaria 252/GM/MS/2017; e Portaria 704/GM/MS/2017.

Em relação às atribuições conjuntas do Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (atualmente integrando o Ministério da Economia) do Ministério da Ciência e Tecnologia (atualmente com o nome acrescido das pastas de Inovação e Comunicações) e do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (atualmente Ministério da Economia, Indústria, Comércio Exterior e Serviços) no âmbito das definições relativas ao uso estratégico da política de compras públicas, a Portaria Interministerial 128/MPOG/MS/MCT/MDIC/2008 estabeleceu as diretrizes para a contratação pública de medicamentos e fármacos pelo SUS.

A Portaria Interministerial considera, para a definição desta política, o caráter essencial dos bioquímicos e fármacos para a fabricação de medicamento e consequente garantia à saúde e à vida; o incentivo ao complexo industrial farmacêutico nacional, destacando-se sua condição estratégica para a assistência à saúde, a necessidade de fomentar a inovação tecnológica, a melhoria de competitividade do setor, a recuperação da capacidade tecnológica e a capacitação profissional; a importância da soberania tecnológica e da segurança nacional, invocando-se os dispositivos da Lei de Inovação Tecnológica (nº 10973/04) e da Lei de Licitações (nº 8666/93) aplicáveis; a necessidade de maior eficiência pública na produção de medicamentos (Laboratórios Oficiais) e de orientação estratégica para a contratação pública de fármacos.

A mencionada norma estabelece diretrizes específicas tanto em relação a medicamentos quanto a fármacos, destacando-se em ambas a preocupação com a garantia de qualidade dos produtos. Em relação aos medicamentos acabados comprados por entes do poder público, é determinada a preferência por licitações de âmbito nacional. Já para a contratação, pelos Laboratórios Oficiais, de customização e produção de fármacos, estabelece-se que a empresa contratada tenha unidade fabril no território nacional, tornando a participação de licitantes estrangeiras

excepcional, cabível somente quando houver impossibilidade ou inconveniência técnica ou econômica.

Ainda em relação à política de compras públicas relativas aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, a Portaria 3031/GM/MS/2008 estabelece critérios a serem considerados em suas licitações para aquisição de matéria-prima. A norma estabelece que devem ser priorizadas as empresas que produzam esses insumos no país e que, no caso de concorrentes que atendam esse critério, deve-se levar em conta o grau de verticalização da produção no país, determinando ainda que tais critérios sejam discriminantes positivos, devendo estar compulsoriamente presentes nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde.

Mas, pela própria natureza normativa, as medidas que efetivamente estabeleceram o padrão de uso do poder das compras do Estado foram as Leis nº 12.349/2010 e nº 12.715/2012, ambas alterando a Lei de Licitações (nº 8.666/93). A primeira acrescenta como um dos objetivos do procedimento licitatório o desenvolvimento nacional sustentável, fixando margem de preferência para produtos ou serviços desenvolvidos nacionalmente, determinando que o custo desses pode ultrapassar até o montante de 25% sobre o preço dos produtos manufaturados e serviços estrangeiros, bem como prevendo dispensa de licitação em caso de encomendas tecnológicas, dispostas na Lei de Inovação (Lei nº 10.973/2004). A segunda norma legislativa diz respeito à possibilidade de dispensa de licitação quando houver transferência de tecnologia para produtos estratégicos do SUS.

A Lei nº 13.349/2010 estabelece que, para fixar a margem de preferência até 25%, é exigida a elaboração de estudos revistos periodicamente, em prazo não superior a cinco anos, que levem em consideração: I - geração de emprego e renda; II - efeito na arrecadação de tributos federais, estaduais e municipais; III - desenvolvimento e inovação tecnológica realizados no País; IV - custo adicional dos produtos e serviços; e V - em suas revisões, análise retrospectiva de resultados (§ 6º incluído ao art. 3º da Lei de Licitações). Ainda, além da preferência ordinária também se permite que produtos manufaturados e serviços nacionais que resultem de desenvolvimento e inovação tecnológica realizados no país recebam margem de preferência adicional (§ 7º incluído no art. 3º da mesma Lei de Licitações). No entanto, segundo a própria Lei nº 12.349/10, a soma das preferências ordinária e

adicional não poderá ultrapassar o montante de 25% sobre o preço dos produtos manufaturados e serviços estrangeiros.

Ainda, a Lei nº 12.349/2010, ao acrescentar o §9º ao mesmo art. 3º da Lei de Licitações, determina que tais preferências não serão admitidas para bens e serviços cuja capacidade de produção ou prestação no País seja inferior: I - à quantidade a ser adquirida ou contratada; ou II - ao quantitativo fixado com fundamento no § 7º do art. 23 da Lei nº 8666/93, quando for o caso. Ou seja, para o inciso II vale a possibilidade de, para na compra de bens divisíveis em que não haja prejuízo para o conjunto ou complexo, cotar quantidade abaixo da fixada na licitação, de forma a ampliar a competitividade. Em respeito ao Mercosul, a Lei nº 12.349/10 admitiu a possibilidade de fazer a preferência alcançar, total ou parcialmente, os bens e serviços originários dos países constantes desse tratado internacional (§ 10).

A Lei nº 12.715/2012 alterou o art. 24 da Lei de Licitações (Lei nº 8.666/93), instituindo no inciso XXXII uma hipótese de dispensa de licitação quando a contratação envolver produtos estratégicos para o SUS que sejam objeto de procedimento de transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), definidos por ato da direção nacional do SUS, incluindo a aquisição desses produtos durante as etapas de absorção tecnológica.

A transferência de tecnologia é um procedimento necessário em países que desejam superar o atraso tecnológico, por meio de contratos específicos em que empresas, geralmente estrangeiras e mediante benefícios econômicos, repassam a tecnologia necessária para a produção de bens que se apresentem como estratégicos para a política de desenvolvimento do país. A alteração da Lei nº 12.715/2012 compreende uma estratégia de desenvolvimento do CEIS, para, no caso da saúde, ao definir os produtos estratégicos para o SUS que são importados, oferecer incentivo à parceria entre laboratórios públicos nacionais e laboratórios privados ou públicos estrangeiros, para firmar as chamadas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Por meio desta política de parcerias, que será mais adiante discutida, busca-se dominar a tecnologia necessária para a produção a menor custo, e cumprir uma etapa necessária ao processo de inovação tecnológica em países subdesenvolvidos, que pressupõe, em um primeiro momento, a apropriação e o domínio das tecnologias já existentes no mercado.

Outra alteração na Lei de Licitações (nº 8666/93) que se relaciona com o uso do poder de compra do Estado para o desenvolvimento do CEIS foi trazida pela Lei nº 13.204/2015 e complementa a disciplina relativa às parcerias focadas em transferência de tecnologia (PDP), além de complementar a política de estímulo à inovação na área da saúde. A alteração prevê, pela inclusão do inciso XXXIV ao art. 24, outro caso de dispensa de licitação quando se tratar de insumos estratégicos para a saúde produzidos ou distribuídos por fundação que, regimental ou estatutariamente, tenha por finalidade apoiar órgão da administração pública direta, sua autarquia ou fundação em projetos de ensino, pesquisa, extensão, desenvolvimento institucional, científico e tecnológico e estímulo à inovação, inclusive na gestão administrativa e financeira necessária à execução desses projetos, ou em parcerias que envolvam transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS.

A mais recente iniciativa de regulação do uso estratégico das compras públicas na área da saúde foi dada durante o Governo Michel Temer, por meio da publicação do Decreto Presidencial 9245/2017, que, ao instituir a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), menciona no *caput* do artigo 1º o objetivo de regulamentar o uso do poder de compra do Estado em contratações e aquisições que envolvam produtos e serviços estratégicos para o SUS no âmbito do Complexo Industrial da Saúde – CIS.

Ao mencionar a regulamentação, o Decreto reúne ferramentas já existentes de transferência de tecnologia (PDP) e novos instrumentos para a inovação tecnológica na área da saúde, como a contratação de Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS) e as Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS), apontados como instrumentos estratégicos da PNITS, a serem discutidos especificamente no próximo item desse capítulo. Em relação às ETECS, é prevista a possibilidade de dispensa de licitação nos termos do inciso XXXI do art. 24 da Lei de Licitações (nº 8666/93) e a contratação direta, como disposto no artigo 20 da Lei 10.973/2004 (Lei de Inovação).

Já as MECS seguem, na área da saúde, a disciplina do § 11 do artigo 3º da Lei de Licitações, o qual prevê q, mediante prévia justificativa da autoridade competente, exigência de que o contratado promova medidas de compensação comercial, industrial, tecnológica ou acesso a condições vantajosas de financiamento, cumulativamente ou não, na forma estabelecida pelo Poder

Executivo federal, a serem promovidas em favor de órgão ou entidade integrante da administração pública ou daqueles por ela indicados a partir de processo isonômico, em editais de licitação para a contratação de bens, serviços e obras.

5.1.4 Instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS): transferência de tecnologia e estímulo à inovação nacional para superar as dependências produtiva e tecnológica

A Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) foi instituída, conforme exposto anteriormente, pelo Decreto Presidencial nº 9.245/2017. Nesse documento normativo, são definidos os componentes do sistema produtivo da saúde, também já acima referidos, envolvendo o GECIS como instância de articulação institucional; empresas da indústria química, farmacêutica, de biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais para a saúde; prestadores de serviço independente de sua natureza jurídica; e os órgãos e entidades públicas ou privadas que atuem em pesquisa, inovação, desenvolvimento, produção e prestação de serviços na área da saúde, aqui incluídos os Laboratórios públicos e as Instituições de Ciência e Tecnologia - ICT.

A definição de uma política nacional com esses atores públicos e privados pretende justamente dirigir e coordenar uma atuação conjunta e complementar, racionalizando gastos e aproveitando potenciais e recursos já investidos, para atingir objetivos ligados ao desenvolvimento nacional e à construção de uma autonomia farmacêutica e tecnológica mínima, evitando riscos de desabastecimento ou comprometimento da assistência integral à população, para garantia de ampla promoção do direito social à saúde.

As diretrizes da PNITS estão traçadas no art. 3º do Decreto, compreendendo:

I - promover o aprimoramento do marco regulatório referente às estratégias e ações de inovação tecnológica na área da saúde; II - promover a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS, com a definição de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, com vistas à contribuição para a ampliação do acesso à saúde; III - estimular a atividade de inovação na administração pública e nas entidades privadas, inclusive para a atração, a constituição e a instalação de centros de pesquisa, desenvolvimento e inovação e de parques e polos tecnológicos no País; IV - estimular e fomentar a parceria entre a administração pública e as entidades privadas, com vistas à promoção da transferência, da internalização, da incorporação, do desenvolvimento e da qualificação de tecnologias em saúde no território nacional; V - incentivar a

inovação e a pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, com vistas à capacitação tecnológica, ao alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional na área da saúde; VI - promover a pesquisa, o desenvolvimento e a fabricação de produtos e serviços estratégicos para o SUS em território nacional, com estímulo à competitividade empresarial; VII - reduzir a dependência externa e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do País em relação aos produtos e serviços estratégicos para o SUS, com vistas à ampliação do acesso à saúde; e VIII - estabelecer os critérios para o uso do poder de compra estatal com o intuito de racionalizar os gastos em saúde e induzir o desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, com vistas à sustentabilidade do SUS e à consolidação do CIS no País.

Tais diretrizes seriam alcançadas a partir do manejo de três instrumentos estratégicos: a) as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), b) as Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETCS) e as c) Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS).

a) As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

As PDP representam o primeiro instrumento definido que articula política de inovação, política industrial e política de saúde, dentro de uma estratégia mais ampla do Governo Federal para atuar no desenvolvimento do CEIS. Resulta diretamente da retomada de uma política industrial no Brasil (PITCE), bem como de uma agenda para a saúde redefinida a partir do início dos anos 2000 em sucessivos Planos Nacionais de Saúde.¹¹⁸ A articulação com o desenvolvimento tecnológico na área fica patente na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCT&I/S), lançada em 2004, que já destacava o amplo papel do Estado na promoção e regulação do CEIS (VARGAS; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2017, p. 9). Ademais, a própria Lei de Inovação (Lei nº 10. 973/2004) já previa a possibilidade de celebrar parcerias estratégicas entre os setores produtivos público e privados nacionais. Mesmo que só em 2012 as PDPs tenham sido reguladas especificamente na Portaria GM/MS 837/2012,

seu uso, na prática, antecede à portaria, visto que amparado na Lei de Inovação, aprovada oito anos antes — tendo sido celebradas parcerias da espécie nesse período, com empresas de capital nacional, para a transferência de tecnologia de produção de medicamentos formalmente reconhecidos como estratégicos para o SUS, ainda que sem o emprego da denominação específica de PDP. A portaria procurou, assim, detalhar a disciplina normativa de uma prática que a antecede, com vistas a favorecer a difusão do uso desse instrumento pelo qual se pretende alavancar o

¹¹⁸Culminando no Plano Nacional de Saúde 2012-2015, que prevê como sua diretriz 10 – “Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.” (BRASIL, 2011, p. 68).

desenvolvimento da indústria nacional de medicamentos e incrementar a autonomia tecnológica do país no setor (SUNDFELD; SOUZA, 2013, p. 95).

A esses antecedentes somam-se a criação, na estrutura do Ministério da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), seguida da criação do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS) e a previsão, na Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), marco da política industrial lançado pelo Governo Federal em 2008 (substituindo a PITCE) que situou o CEIS com uma das seis áreas estratégicas para o desenvolvimento da indústria nacional.

Tratou-se, então, de, a partir da construção de uma articulação institucional (na qual o GECIS desempenha papel fundamental) e da presença de diretrizes, metas e ações envolvendo o CEIS nas políticas de desenvolvimento industrial, nas estratégias de inovação tecnológica e na política social de saúde, elaborar uma visão sistêmica capaz de criar instrumentos nos quais o Estado atue como agente indutor de mudanças no ambiente econômico na direção pretendida, muito embora o protagonismo seja da empresa capitalista, de acordo com a visão neoschumpeteriana. Nesse sentido:

Essa perspectiva sistêmica da política permitiu a adoção de uma ampla gama de instrumentos de apoio à inovação no setor de saúde, que envolveram não somente o fomento direto às atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) nas empresas, mas também outras formas de estímulo, tais como a revisão do marco regulatório e o uso do poder de compra governamental. Tais instrumentos foram articulados de forma a induzir o aumento da capacidade de inovação das empresas farmacêuticas nacionais na produção de fármacos e medicamentos que assumem caráter estratégico nas compras do SUS (VARGAS; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2017, p. 10).

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) têm como principal ponto de articulação o uso do poder de compra do Estado para induzir a produção nacional de insumos, medicamentos, fármacos e equipamentos estratégicos para o SUS, seja pelo alto peso das importações na balança comercial, seja pelo risco de desabastecimento ou para atender políticas específicas, como a de doenças negligenciadas. Sua criação foi associada a uma série de medidas de caráter regulatório que se complementam, contemplando em várias fases o ciclo da cadeia produtiva.

O primeiro passo foi estabelecido com a política de fomento e fortalecimento dos laboratórios públicos a partir da Portaria GM/MS 374/2008, seguida da definição, por sucessivas Portarias do MS, das listas de produtos estratégicos para o SUS, que sinalizam a demanda pública e garantem a intenção de compra pelo Estado. Depois, houve as já referidas alterações na Lei de Licitações, que passaram a permitir margem de preferência de até 25% para produtos e serviços desenvolvidos com tecnologia nacional, segundo os critérios legais; bem como a possibilidade de dispensa de licitação para produtos fabricados a partir da PDP. Paralelo a isso, foram desenvolvidos programas específicos de financiamento para produtores nacionais integrantes do CEIS, entre os quais se destacam a Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP (Subvenção, CT-Saúde, CT-Bio e Inova-Saúde Inova Saúde) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES (PROFARMA CRIATEC, FUNTEC) e da Finep). A participação dessas instituições envolve todo o processo de desenvolvimento das firmas, desde sua criação, ampliação de planta produtiva e até mesmo sua entrada no mercado de capitais (VARGAS; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2017).

No entanto, não bastam a garantia de compra preferencial pelo Estado e a existência de programas de financiamento público. Para a produção destes produtos estratégicos discriminados em lista, torna-se necessário o domínio tecnológico. É aí que entra a especificidade das PDP. Previstas inicialmente na Portaria GM/MS nº 837, de 18 de abril de 2012, são normativamente definidas no artigo 2º:

As PDP são parcerias realizadas entre instituições públicas e entidades privadas com vistas ao acesso a tecnologias prioritárias, à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em longo prazo e a racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para saúde, com o comprometimento de internalizar e desenvolver novas tecnologias estratégicas e de valor agregado elevado.

O modelo construído para as PDP é diferente das tradicionais Parcerias Público-Privadas (PPP), pois se apresenta não como contratos administrativos de concessão, mas como modalidade ampla de encomenda tecnológica realizada pelo Estado na presença de risco tecnológico (REZENDE, 2013). Entre os objetivos das PDP, previstos no art. 3º, encontra-se claramente:

I - racionalização do poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à diminuição nos custos de aquisição do SUS e à viabilização da produção no País de produtos inovadores de alta essencialidade para a saúde, tendo como foco a melhoria do acesso da população a insumos estratégicos; II - fomento ao desenvolvimento tecnológico conjunto e ao intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito dos produtores públicos e privados nacionais, tornando-os competitivos e capacitados a enfrentar a concorrência global em bases permanentes num contexto de incessante mudança tecnológica; III - foco na fabricação local de produtos estratégicos para o SUS e de produtos de alto custo e/ou de grande impacto sanitário e social, aliando o pleno abastecimento e diminuição da vulnerabilidade do SUS com a ampliação da riqueza do País; e IV - negociação de reduções significativas e progressivas de preços na medida em que a tecnologia é transferida e desenvolvida, conforme seja considerada estratégica para o SUS.

A busca de superação do atraso tecnológico e do risco que isso representa para o desenvolvimento social e econômico nacional em sentido amplo, a par dos seus efeitos diretos sobre a garantia integral do direito à saúde, está entre os objetivos explícitos das PDP em sua primeira versão. Em normatização posterior da Portaria 2.531/GM/MS/2014, os objetivos foram redefinidos e acrescidos no art. 3º, passando a vigorar com a seguinte redação, marcando ainda mais a vinculação do instrumento ao uso do poder de compra do Estado, como forma de realizar as funções estatais constitucionais de promoção do desenvolvimento com diminuição das desigualdades sociais, pela via do acesso a direitos:

I - ampliar o acesso da população a produtos estratégicos e diminuir a vulnerabilidade do SUS; II - reduzir as dependências produtiva e tecnológica para atender as necessidades de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazos, seguindo os princípios constitucionais do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde; III - racionalizar o poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à sustentabilidade do SUS e à ampliação da produção no País de produtos estratégicos; IV - proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais; V - fomentar o desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito das instituições públicas e das entidades privadas, contribuindo para o desenvolvimento do CEIS e para torná-las competitivas e capacitadas; VI - promover o desenvolvimento e a fabricação em território nacional de produtos estratégicos para o SUS; VII - buscar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS a curto, médio e longo prazos, com promoção de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, contribuir para redução do déficit comercial do CEIS e garantir o acesso à saúde; e VIII - estimular o desenvolvimento da rede de produção pública no País e do seu papel estratégico para o SUS.

Ainda posteriormente, no Decreto Presidencial 9.245/2017, tais objetivos foram em parte incorporados como os próprios objetivos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde, e os objetivos da PDP foram sumarizados no art. 7º como: I - o desenvolvimento tecnológico, a transferência e a absorção de tecnologia relacionada aos produtos estratégicos para o SUS; II - a capacitação produtiva e tecnológica no País relacionada aos produtos estratégicos para o SUS; e III - a aquisição dos produtos estratégicos para o SUS.

A disciplina atual da PDP, estabelecida no decreto presidencial, determina que a mesma seja estabelecida por contrato a ser assinado pelo Ministério da Saúde, por parceiro público, entendido como o órgão ou a entidade públicos ou a empresa estatal, isoladamente ou em consórcio com outro parceiro público; e o parceiro privado, também isoladamente ou em consórcio com outro parceiro privado. São previstas quatro fases de desenvolvimento: I - submissão e análise da viabilidade da proposta e, em caso de aprovação, celebração do termo de compromisso entre o Ministério da Saúde e a instituição pública; II - início da fase de implementação da proposta de projeto de PDP aprovada e do termo de compromisso; III - início da fase de execução do desenvolvimento do produto, transferência e absorção de tecnologia de forma efetiva e celebração do contrato de aquisição do produto estratégico entre o Ministério da Saúde e a instituição pública; e IV - fase de conclusão do desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia objeto da PDP em condições de produção do produto objeto de PDP no País e portabilidade tecnológica por parte da instituição pública.

As PDPs em atividade atualmente são ainda, no entanto, completamente regidas pela Portaria GM/MS 2.531, de 12 de novembro de 2014. Assim, a proposta de PDP deve ser contemplar componentes da lista de produtos estratégicos¹¹⁹ definidas pela direção do SUS e consiste na associação entre pelo menos um laboratório público e um laboratório farmacêutico privado (nacional ou estrangeiro,

¹¹⁹ “Art. 4º - A lista de produtos estratégicos para o SUS é composta por produtos pertencentes aos seguintes grupos: I - Grupo 1: fármacos; II - Grupo 2: medicamentos; III - Grupo 3: adjuvantes; IV - Grupo 4: hemoderivados e hemocomponentes; V - Grupo 5: vacinas; VI - Grupo 6: soros; VII - Grupo 7: produtos biológicos ou biotecnológicos de equipamentos e materiais de uso em saúde; IX - Grupo 9: produtos para diagnóstico de uso "in vitro"; e X - Grupo 10: "software" embarcado no dispositivo médico ou utilizado na transmissão de dados em saúde, na recuperação, reconstrução e processamento de sinais e imagens ou na comunicação entre dispositivos” (Portaria GM/MS 2.531, de 12 de novembro de 2014).

preferencialmente instalado no País), objetivando a transferência de tecnologia para a produção nacional dos referidos produtos. Ainda, no caso de contrato para transferência de tecnologia para medicamentos, devem participar, além dos laboratórios, um produtor de insumo farmacêutico ativo (IFA) nacional. O Ministério da Saúde participa do arranjo pelo compromisso em adquirir os produtos, com dispensa de licitação, segundo as alterações na Lei de Licitações anteriormente discutidas.

Em relação aos medicamentos, alcança-se, ao final da PDP, a produção do medicamento novo e seu insumo farmacêutico ativo (IFA) no país, com transferência de tecnologia para o laboratório público, seguida da obtenção de registro, concedido pela agência reguladora, também segundo marco regulatório que o prioriza, atingindo a aquisição de medicamentos com preços menores do que os que foram pagos anteriormente nas compras realizadas pelo Ministério da Saúde. Especifique-se que um dos objetivos para o estabelecimento das PDP é a redução nos gastos com compras dos medicamentos por meio da negociação de redução gradativa nos preços, estando tais condições descritas no contrato firmado com o MS. Assim, os preços finais definidos mediante a parceria devem ser, em média, inferiores e decrescentes em relação aos preços praticados antes da parceria. Ainda em relação às condições contratuais praticadas:

Apesar de existir algum grau de flexibilidade na formatação dos contratos, as PDPs envolvem um conjunto comum de características, tais como: i) os produtos que são objeto da parceria não apresentam restrição patentária, exceto nos casos de parcerias estabelecidas com o laboratório detentor da patente; ii) os produtos que são objeto das parcerias devem constar da Lista de Produtos Estratégicos do SUS; iii) todos os projetos têm um prazo médio de cinco anos, envolvem a transferência de tecnologia e devem atender ao máximo de integração do IFA, com a produção realizada no país e com a efetivação do registro do produto na Anvisa; iv) a parceria envolve uma negociação prévia dos preços unitários propostos para os produtos que são, em média, inferiores e gradativamente decrescentes em relação aos preços praticados na última compra, anterior ao estabelecimento da parceria. Além disso, todas as parcerias seguem um cronograma de etapas sequenciais que têm início com o processo de registro do medicamento na Anvisa por parte do laboratório oficial. Esse registro utiliza o dossiê do produto desenvolvido e produzido pelo laboratório privado e mediante a utilização de IFA importado (VARGAS; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2017, p. 19).

Um detalhe interessante é que a Portaria GM/MS 2.531, de 12 de novembro de 2014 utiliza, como definição normativa em seu art. 1º, o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS nas suas definições normativas,

ultrapassando a utilização anterior do conceito de Complexo industrial da Saúde - CIS, aproximando a concepção normativa expressa na portaria deste conceito (CEIS) de corte neoschumpeteriano (GADELHA, 2003; GADELHA *et alii*, 2012; VARGAS; BRITTO, 2015). Segundo os autores, esse recorte é mais adequado à construção de políticas sistêmicas, que integrem política industrial, política de inovação e política de saúde (tais como a definição de um instrumento como a PDP), que entendam o papel do Estado em condições distintas daquelas propostas pelo desenvolvimentismo, na medida em que compreende o papel protagonista das empresas na economia capitalista.

Nesse aspecto, defende uma intervenção estatal que se aproxima das “políticas orientadas por missões” (MAZZUCATO, 2014; MAZZUCATO; PENNA, 2016; PENNA, 2017), que definem rumos de desenvolvimento econômico e social, não se fixando a uma atuação do Estado simplesmente para corrigir “falhas de mercado”, como defendido pela teoria econômica convencional.

As PDPs, como instrumentos da PNITS, devem ser vistas como mecanismos estratégicos de políticas sistêmicas, capazes de definir um rumo de intervenção do Estado, que, por meio do uso de seu poder de compra, alia investimento nos laboratórios públicos e programas de financiamento disponíveis para instituições privadas, desenvolvimento tecnológico iniciado por processos de transferências de tecnologia e busca do atendimento às necessidades da política social de saúde. É um instrumento de política pública que, mais além de corrigir falhas de mercado em relação ao CEIS, busca se constituir como parte de um sistema nacional de inovação capaz de alavancar mudanças estruturais na estrutura econômica por meio da busca da inovação em um setor estratégico e em crescente demanda mercadológica, dadas as condições de morbimortalidade da população brasileira expressas anteriormente; bem como da exigência constitucional de uma assistência universal e integral à saúde.

Os dois principais eixos encontrados nas PDP dizem respeito aos seguintes aspectos: o primeiro é promoção da soberania nacional em saúde, que tanto é redutora dos impactos na balança comercial advindos da importação de produtos de saúde, quanto previne os riscos de desabastecimento e de inviabilização da assistência à saúde por ausência de interesse comercial em tratamentos para doenças negligenciadas pelo mercado, reduzindo a vulnerabilidade do próprio SUS em relação ao atendimento de seus objetivos; o segundo é a

ampliação da base produtiva nacional de medicamentos e fármacos, incluindo o fortalecimento dos laboratórios públicos, a partir do desenvolvimento tecnológico, aumentando a capacidade produtiva, a competitividade das empresas e sua inserção no mercado latino-americano e internacional.

Em relação ao impacto real das PDS na produção e no desenvolvimento de produtos estratégicos, dados de 2017, disponibilizados pelo Ministério da Saúde,¹²⁰ apontam 92 PDPs vigentes, em várias fases de desenvolvimento, tendo sido 7 dessas suspensas por problemas relativos à sua execução. Destas, 87 referem-se a medicamentos, vacinas e hemoderivados (tendo sido 6 suspensas), e 5 referem-se a demais produtos de saúde, como equipamentos (tendo sido uma suspensão). A análise das propostas mostra que existe um predomínio na produção de medicamentos e fármacos integrantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica-CEAF, o que se justifica, em parte, pelo fato de este grupo ser composto por medicamentos para agravos crônicos e com alto custo de aquisição para o SUS, além de contarem com aquisição centralizada e com financiamento da União, dos Estados e do Distrito Federal.

Uma parte considerável das PDP vigentes diz respeito a medicamentos biológicos, que exigem, inclusive dos laboratórios públicos, uma infraestrutura específica que precisa ser fortalecida. Como um dos elos obrigatórios das PDP, os laboratórios oficiais atualmente respondem por 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no SUS, entre estes os que tratam doenças negligenciadas, sem interesse mercadológico (VARGAS; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2017, p. 43). Entre os laboratórios públicos de infraestrutura adequada para a maior complexidade exigida pelos produtos biológicos, destacam-se apenas Blomanguinhos e o instituto Butantan.

b) As Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS)

As ETCS foram definidas pelo Decreto Presidencial 9.245/2017, em seu art. 13, como um dos instrumentos estratégicos da PNITS, tendo como objetivo:

¹²⁰ Planilha de PDPs vigentes para medicamentos, vacinas e hemoderivados disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/03/Medicamento--Vacina-e-Hemoderivados--Parcerias-Vigentes---Parcerias-Vigentes.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019. Planilha de PDPs vigentes para produtos de saúde. Disponível em: [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/28/PARCERIAS-VIGENTES---CGEMS--PRODUTOS-PARA-SA--DE--18.01.2019\).pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/28/PARCERIAS-VIGENTES---CGEMS--PRODUTOS-PARA-SA--DE--18.01.2019).pdf). Acesso em: 12 abr. 2019.

a contratação de ICT, de entidades de direito privado sem fins lucrativos ou de empresas, isoladamente ou em consórcios, voltadas para atividades de pesquisa e de reconhecida capacitação tecnológica no setor, para a realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação que envolvam risco tecnológico, para solução de problema técnico específico ou para a obtenção de produto, serviço ou processo inovador na área de saúde.

Trata-se de uma forma de estímulo do Estado ao desenvolvimento de inovações tecnológicas, que já havia sido prevista no art. 20 da Lei de Inovação (Lei nº 10.973/2004), trazida para o campo da saúde por meio do referido decreto. Ao analisarem-se as PDP, chegou-se à conclusão de que, embora sejam parecidas com as PPP, são, na verdade, uma modalidade de encomenda tecnológica baseada no poder de compra do Estado. Pois bem, as ETECS previstas no âmbito da PNITS representam uma forma específica de utilizar as compras públicas para o desenvolvimento de inovações na área da saúde, por meio de contratação específica de produtos, serviços ou processos inovadores que se apresentem como necessários ao SUS, bem como da encomenda de solução de problemas técnicos específicos na área da saúde. Trata-se de outro instrumento jurídico disponível para o desenvolvimento tecnológico e produtivo nacional.

Assim, enquanto as PDP estão focadas (mas não só) no desenvolvimento de produtos já existentes, cuja tecnologia não é ainda dominada nacionalmente, necessitando ser transferida por meio das parcerias para que os laboratórios públicos assumam, como última fase das PDP, a portabilidade tecnológica necessária para internalizar a produção, as ETECS abrangem especificamente um contrato entre ICT e/ou entidades privadas e poder público para que estas entreguem uma inovação específica. Apresentam-se como uma modalidade especial de compras públicas, justamente para enfrentar problemas específicos que demandam soluções custosas, complexas e, principalmente, incertas, por meio do “desenvolvimento de produtos e/ou processos, bens ou serviços e sistemas que estão disponíveis no mercado, não existem ou então não foram devidamente testados nas suas fases de desenvolvimento, inclusive nos testes-pilotos”. (CIEB, 2018, p. 51).

De acordo com o Decreto presidencial, a definição dos produtos, serviços e processos estratégicos para o SUS, ou dos problemas técnicos específicos a serem solucionados por encomenda que poderão ser objeto de ETECS, no âmbito

de cada Ministério, se dará por atos específicos dos Ministros de Estado da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, da Indústria, Comércio Exterior e Serviços e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, após ouvido o GECIS.

Segundo estudo feito para o CIEB (Centro de Inovação para a Educação Brasileira), do ponto de vista das experiências internacionais, diferenciam-se, no debate acerca das encomendas tecnológicas, os conceitos de *Public Procurement of Innovation* (PPI, em português, compras públicas de inovação) e *Pre-Commercial Procurement* (PCP, compras públicas de P&D). Esse debate é relativamente novo no Brasil, e baseia-se justamente nessas modalidades, largamente utilizadas por países que desenvolveram políticas públicas próprias de criação de um ambiente econômico e institucional propício para a inovação. Em relação ao objetivo de cada uma:

As PPI são muito utilizadas em países desenvolvidos e envolvem a compra de produtos e/ou processos novos, mas já inseridos no mercado (ou prestes a serem). Em outras palavras, a PPI estimula a demanda por produtos e serviços inovadores. A PCP estimula a busca por soluções para problemas socioeconômicos concretos, por meio da pesquisa e desenvolvimento tecnológico (CIEB, 2018, p. 39).

As ETECS reúnem em um só instrumento as duas modalidades, de acordo com a escolha brasileira feita na Lei de Inovação e trazida para a área da saúde por meio da regulação da PNITS. Por força das alterações legislativas já discutidas em relação ao uso do poder de compra do Estado, a contratação das ETECS pode ser feita com dispensa de licitação,¹²¹ uma vez que contempla

¹²¹ Um exemplo interessante do uso de encomenda tecnológica no Brasil foi a contratação pela FAB da EMBRAER, com dispensa de licitação *avant la lettre* (pois a lei das Licitações ainda não havia sido alterada) para o desenvolvimento do KC-390, uma aeronave para substituição do C-130 (Hércules) nas missões da FAB. “A esse respeito, é importante chamar a atenção para o fato de que, quando se decidiu pela desativação do C-130, existiam duas opções: i) a aquisição da nova versão do Hércules, o C-130J; portanto, uma compra de prateleira (*off-the-shelf*); e ii) a compra do desenvolvimento de uma nova aeronave. A tomada de decisão envolveu a ponderação de uma série de questões por parte da FAB, tais como o investimento que seria realizado em cada uma das alternativas, o custo de voo das aeronaves (*off-the-shelf* versus desenvolvida) e o estímulo à indústria aeronáutica do país. Com base nessa avaliação foram identificadas algumas vantagens interessantes concernentes ao desenvolvimento de um novo avião cargueiro *vis-à-vis* a compra de prateleira”. Nesse caso, a encomenda realizada para o desenvolvimento da aeronave contribuiu para o avanço tecnológico de vários elos da cadeia produtiva. Assim, “tanto na Embraer quanto nas empresas brasileiras incluídas no grupo de fornecedores principais do programa KC-390, pode-se afirmar que a encomenda dessa aeronave trouxe importantes ganhos tecnológicos às empresas envolvidas. Especificamente no caso da empresa fabricante de aviões brasileira, o próprio produto desenvolvido representa uma importante inovação. O KC-390 é a maior aeronave já projetada e fabricada pela Embraer. Por fim, cabe salientar o ineditismo atrelado ao desenvolvimento do software de *fly-by-wire in-house*. Tal

justamente o inciso XXXI, incluído no art. 6º da Lei de Licitações pela Lei nº 12.349/2010. A partir de sua criação na Lei de Inovação em 2004, a disciplina das encomendas tecnológicas foi significativamente aperfeiçoada por dois instrumentos normativos posteriores, a Lei nº 13.243/2016 (Marco Legal da Ciência, Tecnologia e Inovação) e o Decreto Federal de Inovação (Decreto 9.283/2018).

Partindo da compreensão de que a definição de uma política de Ciência, Tecnologia e Inovação para países com atraso tecnológico deve buscar, principalmente, resolver os gargalos do Sistema Nacional de Inovação (SIS), as mudanças trazidas pela nova legislação introduziram regras mais claras e específicas acerca das relações entre governo, empresas e universidades, com vistas ao desenvolvimento científico, econômico e tecnológico nacional. Nesse sentido, as ETECS foram insuficientemente reguladas quando de sua adoção pela Lei de Inovação, persistindo problemas de definição e operacionalização que foram parcialmente resolvidos com as mudanças legislativas posteriores.

Como instrumento específico, não é aplicável para a solução de qualquer problema e deve ser utilizado de forma planejada e transparente pelo Estado, que dele dispõe, ao lado de outros instrumentos, para estimular certo tipo de inovação nas empresas, nos termos da redação dada pela Lei nº 13.243/2016 ao § 2º do art. 19 da Lei de Inovações (Lei nº 10.973/2004). Pode-se afirmar que “o foco central desse tipo de encomenda é a resolução do problema e não o desenvolvimento tecnológico independente, livre e descompromissado. Por isso mesmo, trata-se de um tipo de aquisição pública com reciprocidade legal e não uma subvenção econômica ou investimento direto à ciência e à tecnologia.” (RAUEN, 2018, p. 1).

Uma das mudanças mais significativas introduzidas pelo novo Marco Legal da Ciência, Tecnologia e Inovação (Lei nº 13.243/2016) na regulação das ETECS foi a correção do § 3º do art. 20 da Lei de Inovação, passando a remunerar a contratação não pelos resultados obtidos, mas pelo esforço empregado, um vez que,

atividade nunca havia sido realizada em programas anteriores (civis ou militares) pela Embraer. Em relação às empresas brasileiras integrantes do grupo de fornecedores principais, é possível destacar as seguintes inovações/desenvolvimentos atreladas à sua participação no programa KC-390: Eleb: alcançou um novo patamar em termos de projeto, testes e fabricação de trens de pouso; LHColus: desenvolveu um novo produto para a empresa, exigindo esforços importantes em termos de engenharia, bem como no que concerne à escolha e à gestão de uma cadeia de fornecedores; Aerotron: as placas de proteção balísticas desenvolvidas e fabricadas pela empresa representam um importante avanço para a indústria de defesa do país em termos de proteção balística de aeronaves; Ael Sistemas: desenvolveu e fabricou o módulo computador X-86, componente embarcado no computador de missão do novo avião cargueiro” (RIBEIRO, 2017, p. 12).

em si mesma considerada, a encomenda tecnológica pressupõe a existência e a superação de um considerável grau de risco e incerteza que ameaçam a obtenção do resultado pretendido, qual seja a entrega efetiva do produto, processo ou serviço contratado.

Durante o processo de execução da encomenda tecnológica, o fornecedor pode ser remunerado na proporção do trabalho realizado, independentemente de ter atingido o resultado pretendido, de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado para o projeto, sendo possível contratar a remuneração adicional por alcance de metas de desempenho. Se a intenção do instrumento é justamente estimular o desenvolvimento tecnológico pela encomenda de soluções que envolvem custo, risco e complexidade, não se afina com a remuneração pelo resultado obtido, uma vez que este pode, pela própria natureza do processo, nunca ser alcançado. Por isso, “nas compras públicas, elas são exceções necessárias para dar tratamento adequado à incerteza” (RAUEN, 2018, p. 2), e a legislação deve, por sua vez, responder adequadamente à incerteza e ao risco inerentes à busca de inovações.

A Lei nº 13.243/2016 altera também o §4º do art. 20 da Lei de Inovação, para estabelecer a possibilidade de dispensa de licitação para o fornecimento, em escala ou não, do produto ou processo inovador resultante das atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação encomendadas, inclusive com o próprio desenvolvedor da encomenda, observado o disposto em regulamento específico. A alteração apenas assenta o que já havia sido anteriormente disposto pela Lei nº 12.349/2010.

As mudanças trazidas pelo Decreto Federal de Inovação disseram mais respeito à operacionalidade das ETECS, que restava insuficientemente regulada desde a Lei de Inovação em 2004. Assim, em relação à contratação, está previsto no §2º do art. 27 que nesta podem ser incluídos custos de atividades que precedam a introdução da solução, produto ou serviço inovador no mercado, tais como fabricação de protótipos; o escalonamento, como confecção de planta piloto para prova de conceito, testes e demonstração; e a construção da primeira planta em escala comercial, quando houver interesse da administração pública no fornecimento. Nessa modalidade, diferentes contratos devem ser estabelecidos para o desenvolvimento e para o fornecimento em escala. Porém, ambos estão unidos

pela possibilidade de inserir uma opção de compra no contrato original de encomenda (CIEB, 2018, p. 43).

Em relação às tratativas da administração pública para a contratação, dois aspectos são importantes: o primeiro corresponde ao §3º do artigo 27 do Decreto Federal de Inovação (Decreto nº 9.283/2018), que especifica que cabe à contratante apenas descrever as necessidades, para que os possíveis interessados identifiquem a natureza do problema técnico existente e a visão global do produto, do serviço ou do processo inovador passível de criação, sendo dispensadas as especificações técnicas do objeto, dada a complexidade da atividade de pesquisa, desenvolvimento e inovação ou, ainda, por envolver soluções inovadoras não disponíveis no mercado.

O outro aspecto envolve a comunicação prévia do poder público com possíveis contratados, o que é estimulado pela norma na forma do §4º do artigo 27 do referido decreto, dispondo que o órgão ou entidade contratante deverá (e não apenas poderá) consultar, segundo forma e necessidade por este determinadas, os potenciais desenvolvedores das encomendas tecnológicas para obter dados necessários à sua definição. Tais consultas não implicarão desembolso de recursos ou preferência na escolha do fornecedor ou do executante; e, quando feitas formalmente, devem ser anexadas aos autos do processo de contratação, guardado o sigilo industrial, tecnológico ou comercial. Assim, definiu-se um mecanismo para interessar as possíveis entidades capazes de responder às demandas por inovações específicas, que podem, inclusive, trabalhar nisso conjuntamente. Nesse sentido, o §1º do art. 20 da Lei de Inovação já previa a possibilidade de contratação de mais de uma empresa para executar a mesma etapa da encomenda ou etapas diferentes, tendo ainda sido estabelecida no §11 do artigo 27 do Decreto Federal em tela a possibilidade de subcontratação de etapas, sem prejuízo da responsabilidade da contratada.

Em relação à seleção dos fornecedores, de acordo com o §8º do artigo 27 do mesmo diploma legal, esta deve ocorrer por meio de negociação com um ou mais potenciais interessados, tendo entre seus critérios a maior probabilidade de alcance do sucesso pretendido, e não necessariamente pelo menor preço e/ou custo de aquisição, muito embora estes sejam relevantes para a seleção.

Ainda na intenção de atender às especificidades dos processos de inovação, o artigo 29 do Decreto Federal 9.283/2018 prevê diferentes formas de

remuneração aplicáveis e proporcionais à tarefa de contemplar o compartilhamento do risco tecnológico e minimizar as dificuldades na estimativa dos custos de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, a partir de pesquisa de mercado. As formas previstas no §1º do referido artigo são: o preço fixo (risco baixo e possibilidade razoável de previsão de custos reais); preço fixo mais remuneração variável de incentivo (previsão de custos com margem de confiança e estímulo ao atingimento de metas de desempenho); reembolso de custos sem remuneração adicional (custos não conhecidos no momento da encomenda em razão do risco, respeitado limite máximo de reembolso); reembolso de custos mais remuneração variável de incentivo (além do reembolso em razão do desconhecimento prévio dos custos reais, estímulo ao atingimento de metas de desempenho); ou reembolso de custos mais remuneração fixa de incentivo (além do reembolso dos custos em razão do risco, pagamento de remuneração negociada entre as partes e definida no instrumento contratual). Ainda, ao longo da execução da encomenda, caso seja observada inviabilidade técnica e/ou econômica, o projeto poderá ser encerrado, e o fornecedor, remunerado, em função dos seus esforços.

Aspectos que envolvem a titularidade da propriedade intelectual deverão ser estabelecidos no contrato negociado entre as partes, podendo ser prevista a cessão do direito de propriedade intelectual, o licenciamento e a transferência de tecnologia nos casos em que a mesma for julgada essencial ao país, conforme disposto no art. 30 do Decreto Federal de Inovação.

Por fim, como a encomenda de produtos, serviços ou soluções inovadoras envolve razoável risco de incerteza, é essencial o acompanhamento constante do desenvolvimento do que foi contratado, o que deve ser feito mediante constantes informações ao contratante acerca dos resultados parciais alcançados, a fim de mensurar a possibilidade de êxito dos resultados, bem como propor alterações ao longo do desenvolvimento da encomenda, conforme disposto no artigo 28, *caput*, do Decreto Presidencial em análise. Em razão disso, a própria finalização do contrato pode ocorrer segundo várias possibilidades, sempre mediante auditoria técnica e financeira realizada pelo órgão ou entidade contratante (§1º do art. 28): o cumprimento total dentro do prazo acordado e; o cumprimento parcial, quando é possível a prorrogação em razão das possibilidades de sucesso da encomenda ou o encerramento do contrato mediante relatório final, entendidos como inúteis os esforços adicionais para alcançar o resultado pretendido.

É ainda possível que, por ato unilateral do contratante ou mediante acordo entre as partes, o contrato seja descontinuado por constatação de inviabilidade técnica ou financeira, sempre mediante avaliação pertinente (§§2º e 3º do art. 28). Nesse caso, de acordo com o § 4º do art. 28, o pagamento ao contratado cobrirá as despesas já incorridas na execução efetiva do projeto, consoante o cronograma físico-financeiro aprovado, mesmo que o contrato tenha sido celebrado sob a modalidade de preço fixo ou de preço fixo mais remuneração variável de incentivo. Por fim, contemplando o risco tecnológico envolvido, o § 5º do art. 28 prevê a possibilidade de o projeto ser conduzido nos moldes contratados, mas ainda assim não alcançar os resultados pretendidos, quando a remuneração deverá obedecer, então, ao que foi disposto no contrato celebrado.

Em todo esse processo, o órgão ou entidade contratante poderá montar comitê de especialistas, cujo acompanhamento da encomenda vai desde a seleção de fornecedores e definição do tipo de contratação, bem como no seu monitoramento e avaliação, com poderes para realizar auditorias e pareceres técnicos.

Verifica-se que as ETCS incluídas na PNITS representam uma aplicação desse instrumento previsto pela Lei de Inovação, como possibilidade do uso do poder de compra do Estado na área da saúde em uma modalidade de política orientada por missões no campo da inovação (*mission oriented R & D*), com ganhos sociais, econômicos e tecnológicos que podem se espalhar pela cadeia produtiva, abrindo possibilidades de desenvolvimento nacional autônomo em tecnologias de bem-estar. Desta forma, é possível sua utilização para o “desenvolvimento de soluções ainda não existentes no mercado – como, por exemplo, um novo medicamento ou uma nova forma de tratamento –, ou em situações nas quais haja maior risco tecnológico para oferecer terapias que não possuem mais produção nacional” (CIEB, 2018, p. 48). Busca realizada no portal eletrônico do Ministério da Saúde não informou nenhum contrato de ETECS em andamento atualmente.

c) Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS)

Disciplinadas no artigo 15 do Decreto Federal nº 9.245/2017 como instrumento da Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde – PNITS, as medidas de compensação estão previstas no §11 art. 3º da Lei de Licitações (Lei nº 8.666/93), incluído pela Lei nº 12.349/2010, nos seguintes termos:

Os editais de licitação para a contratação de bens, serviços e obras poderão, mediante prévia justificativa da autoridade competente, exigir que o contratado promova, em favor de órgão ou entidade integrante da administração pública ou daqueles por ela indicados a partir de processo isonômico, medidas de compensação comercial, industrial, tecnológica ou acesso a condições vantajosas de financiamento, cumulativamente ou não, na forma estabelecida pelo Poder Executivo federal.

Trata-se de uma modalidade de uso das compras públicas que abrange situações em que a contratação envolve grandes volumes, com pouca concorrência de fornecedores. Além da aquisição dos bens, serviços ou obras, o processo licitatório poderá exigir medidas de compensações tecnológicas para contrabalançar o monopólio das empresas e fortalecer o mercado nacional. Trazidas como instrumento de uso das compras públicas para o desenvolvimento na área da saúde, as MECS são especialmente importantes, uma vez que isso envolve a própria sustentabilidade do SUS e a continuidade do abastecimento de produtos, bens e serviços necessários à garantia do direito à saúde, reduzindo a vulnerabilidade do sistema aos caprichos do mercado.

De acordo com a redação do art. 1º do Decreto 7.546/2011, que regulamenta do §5º ao §12 do art. 3º da Lei nº 8.666/93, devem ser entendidas como medidas de compensação industrial, comercial ou tecnológica:

qualquer prática compensatória estabelecida como condição para o fortalecimento da produção de bens, do desenvolvimento tecnológico ou da prestação de serviços, com a intenção de gerar benefícios de natureza industrial, tecnológica ou comercial concretizados, entre outras formas, como: a) coprodução; b) produção sob licença; c) produção subcontratada; d) investimento financeiro em capacitação industrial e tecnológica; e) transferência de tecnologia; f) obtenção de materiais e meios auxiliares de instrução; g) treinamento de recursos humanos; h) contrapartida comercial; ou i) contrapartida industrial.

O Decreto cria ainda a Comissão Interministerial de Compras Públicas (CI-CP), que acompanha os processos relativos às medidas de compensação.

Também conhecidas como a prática de *offset*, o objetivo de tais medidas é aproveitar o processo licitatório não apenas como forma de aquisição de bens e serviços, mas como oportunidade de estimular o desenvolvimento produtivo e tecnológico nacional naquelas compras onde o país é mais vulnerável e mais dependente. O uso dessa prática no mercado internacional está particularmente ligado às importações nas áreas de defesa e aeroespacial, pelo alto valor dispendido

e pela própria condição de poder de monopólio nos mercados de defesa, onde o Governo é um único comprador para vários vendedores (BRUSTOLIN; OLIVEIRA; SENNA, 2018, p. 189). O grande volume das compras é justamente o que pode autorizar as exigências compensatórias como condição para a contratação, devendo ser escolhida a forma de compensação mais adequada à negociação.

Nos meios militares, o uso de *offsets* se difundiu a partir do final da Segunda Guerra Mundial, primeiramente como estratégia de fixação de bases industriais de defesa em países europeus, e depois como forma de compensar o desequilíbrio nas balanças de pagamentos. A partir dos anos 70, as medidas compensatórias tornaram-se parte dos instrumentos da política industrial em geral, como forma de superação de gargalos tecnológicos, industriais ou comerciais, a partir do uso das compras públicas. Pelo menos 130 países no mundo adotam, como compradores ou fornecedores, práticas de *offset*, sendo que os governos dos países exportadores realizam, em alguns casos, monitoramento das atividades de suas empresas no exterior – os EUA são o exemplo mais relevante¹²² (BRUSTOLIN; OLIVEIRA; SENNA, 2018).

No Brasil, as medidas compensatórias começaram a ser reguladas por força da Portaria nº 764 do Ministério da Defesa, de 27 de dezembro de 2002, ainda sem existência de lei específica. Mais adiante, a Estratégia Nacional de Defesa (Decreto nº 6.703/2008) estabeleceu como propósito da política de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) para a Defesa Nacional o estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação em áreas chave para a defesa nacional, implicando estratégia de defesa e estratégia de desenvolvimento. A partir dessa experiência com o Ministério da Defesa, tais medidas foram inseridas na Lei de Licitações com as modificações da Lei nº 12.349/2010, e posteriormente reguladas pelo Decreto Federal nº 7.546/2011, abrangendo a política industrial e de inovação em caráter geral. Especificamente para a defesa, a Lei nº 12.598/2012, art. 2º, VII, veio a regular o uso das medidas de compensação.

Sendo a saúde um setor estratégico para o desenvolvimento nacional e, tendo o Estado papel de destaque na aquisição de produtos e serviços nesta área,

¹²² Com base em dados do governo norte-americano, Brustolin, Oliveira e Senna (2016, p. 173) apontam: “entre 1993 e 2013, 54 firmas dos Estados Unidos participaram de 955 contratos de exportação relacionados a *offsets*, com 45 países e dois contratos envolvendo múltiplos países. O valor dos contratos de *offsets* foi de US\$ 99,8 bilhões, de um total contratual de US\$ 158,4 bilhões, ou seja, 63% do total”.

ainda que não sendo o único comprador, o uso das MECS vem se somar ao instrumental disponível para a regulação do uso do poder das compras públicas como tática de ganho estratégico e superação do atraso tecnológico nacional. Segundo o art. 15 do Decreto Presidencial nº 9.245/2017, o uso das MECS na área da saúde visa priorizar o desenvolvimento e a capacitação tecnológicos no país relacionados aos produtos e serviços estratégicos para o SUS, e medidas compensatórias terão sua aplicação disciplinada em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, da Indústria, Comércio Exterior e Serviços e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, após ouvido o GECIS. Em todo caso, a aplicação das MECS dependerá de prévio processo que garanta a competitividade, a transparência e a isonomia da licitação.

A operacionalização das medidas de compensação segue uma lógica específica, consagrada pelo seu uso internacional. No entanto, sua adoção no Brasil tem características próprias. Diferentemente das PDP e das ETECS, que se encaixam nas hipóteses de dispensa de licitação, as MECS encontram-se inseridas no processo licitatório, o que, inclusive, suscita críticas, uma vez que, normalmente a prática de *offset* é realizada em um contexto de dispensa de licitações, em ampla negociação com os proponentes, sendo parte desta a natureza e o volume da compensação.

Parte da doutrina entende que as medidas compensatórias devem ser tomadas como condição para a classificação do licitante, não integrando o objeto da proposta a ser avaliada, nos termos em que “o ato convocatório deve disciplinar a exigência, impondo-se a desclassificação da proposta que não contemplar a previsão de seu cumprimento” (JUSTEN FILHO, 2014, p. 121). No entanto, a fim de melhor aproveitar as possibilidades da prática de *offset*, seria possível formular que em nada ofenderia a legislação que as medidas sejam elas mesmas objeto das propostas, muito embora a prática brasileira seja no sentido de fixar as medidas no próprio edital de licitação.

De acordo com Willen, Hanna e Zuazua (2013), as práticas de *offset* implicam sempre interesses conflituosos entre as partes, que devem ser contornados. Os autores identificaram quatro classes de interesses envolvidos em contratos de alta complexidade tecnológica, como os referentes à defesa aeroespacial, quais sejam: a) do governo do país da empresa contratada (país

exportador); b) do governo contratante (país importador); c) da empresa contratada; d) forças armadas do país contratante.¹²³

Os interesses dos países exportadores e importadores são diametricamente opostos: enquanto os primeiros querem reter empregos e investimentos com sua base produtiva, os segundos querem criar empregos e atrair investimentos pela expansão da sua capacidade produtiva; em relação às tecnologias de segurança, os primeiros querem mantê-las estrategicamente e os segundos querem adquiri-las e superar seu atraso tecnológico frente aos primeiros; os primeiros querem aumentar as exportações, e os segundos querem minimizar os altos gastos com importações tecnológicas que desequilibram a balança comercial; quanto à base produtiva, os primeiros querem garantir a sustentação nacional de sua indústria, e os segundos querem construir uma capacidade industrial autônoma e nacional, a partir do domínio tecnológico.

Os interesses das empresas contratadas variam em torno da busca de maximização do lucro, garantia de fazer negócios volumosos e de alto custo por longo prazo, conquista de mercados emergentes e proteção da sua propriedade intelectual. Já as forças armadas dos países contratantes têm entre seus interesses a diminuição dos custos do ciclo de vida do objeto contratado e dos riscos de sua entrega, o aumento de sua capacidade operacional a partir da aquisição de objetos

¹²³ Em redação original: *Home government interests: Employment retention and exports. The aerospace and defense sectors are essential not only to the national security of exporting countries, but also to their economic and strategic interests. Economically, these are high-value sectors replete with intellectual property, advanced jobs, and export potential. Strategically, they secure national capabilities. As a result, home governments of most defense exporters regulate and create incentives to keep vital operations on their home turf.*

Host government interests: Employment creation and capability building. Recipient governments' interests are similar, if diametrically opposed, to those of exporting governments—that is, recipient governments also seek the benefits that aerospace and defense sectors offer.

Contractor interests: Fiduciary duty to shareholders. Defense contractors are driven by two main shareholder imperatives. The first of these is profit, which requires contractors to focus on their bottom line with levers such as low-cost outsourcing, operational improvements, and improved sales-effectiveness. Growth, the second imperative, dictates a focus on sustaining revenues, expanding into attractive markets, and protecting intellectual property. Thus, the contractor's optimum environment is one where it can strike a balance between these imperatives and the requirements of its home and host governments.

Armed forces interests: Capability building and readiness. The armed forces' primary concern is to quickly build defense capabilities and readiness. Thus, avoiding delivery risks, building mission-critical capabilities, and managing life-cycle costs are primary concerns. However, this can lead to conflict between a nation's defense apparatus and its economic-development priorities. For instance, sustainment provided by an international supplier may ensure operational readiness, but may limit economic-development agencies' efforts to build national capability (WILLEN; HANNA; ZUAZUA, 2013).

e tecnologias estratégicas de defesa e a garantia de prontidão operacional do objeto contratado.¹²⁴

As medidas compensatórias encontram-se no centro desse conflito de interesses, sendo o acordo de compensação o instrumento que possibilita a composição dos mesmos, na sua modalidade direta ou indireta.¹²⁵ Os acordos de compensação são assinados entre o órgão ou entidade pública contratante e a empresa contratada, versando sobre a operacionalização da medida compensatória exigida no processo licitatório, podendo ser diretos ou indiretos. Os acordos diretos versam sobre medidas relativas aos próprios bens e serviços que foram objeto do contrato de importação. Nesse caso, “o interesse do Contratante é reduzir a dependência tecnológica, para que os conhecimentos considerados críticos não fiquem fora do domínio dos utilizadores e mantenedores dos sistemas adquiridos” (BRUSTOLIN; OLIVEIRA; SENNA, 2016, p. 172). Os acordos indiretos referem-se a medidas de compensação não relacionadas aos bens e serviços objetos do contrato de importação, buscando vantagem tecnológica, comercial ou industrial em outros setores.

Trazendo-se a experiência das medidas de compensação no terreno da defesa aeroespacial para a saúde, é possível propor um modelo bem similar de compreensão dos interesses conflitantes entre os vários agentes envolvidos na importação de bens e serviços de saúde. As similaridades dizem respeito não só ao alto custo dos itens negociados e seu impacto no desequilíbrio da balança

¹²⁴ A conclusão a que chegaram os autores a partir da análise dos conflitos de interesses é que estes podem ser conciliados por meio da condução organizada (gestão) dos processos atinentes à sistemática de compensação na Força Armada do país contratante. “Além disso, observa-se que o interesse legítimo da Força Armada contratante consiste no estabelecimento de Acordo de Compensação direto. Ou seja, reduzir a dependência tecnológica de modo que os conhecimentos considerados críticos não fiquem fora do domínio dos utilizadores e mantenedores dos sistemas adquiridos” (BRUSTOLIN; OLIVEIRA; SENNA, 2016, p. 174).

¹²⁵ Como exemplo de acordo de compensação direto, pode-se citar o firmado em 14/11/2013 entre a Rockwell Collins e o Departamento de Ciência e Tecnologia da Aeronáutica (DCTA) e a COPAC no âmbito do desenvolvimento do KC-390: “Nº Processo: PAG 67701.025672/2012-43. Espécie: Acordo de Compensação Comercial, Industrial e Tecnológica. Contratante: A União, Ministério da Defesa, por intermédio do Comando da Aeronáutica- COMAER, representado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial – DCTA e pela Comissão Coordenadora do Programa Aeronave de Combate- COPAC. Contratada: ROCKWELL COLLINS INC. Nº do Contrato Associado: Contrato nº 001/DCTA – COPAC/11. Finalidade: Estabelecer as responsabilidades das partes envolvidas no Acordo, para a concretização dos diversos Projetos de Compensação, os quais integrarão o Plano de Aplicação de Compensação vinculado ao Contrato Associado, firmado para o fornecimento dos Sistemas Categoria Estratégica, necessários ao desenvolvimento da Aeronave KC-X*. Amparo Legal: Lei nº 8.666/93 e suas alterações, Lei 12.598/12, e demais normas que regulam a matéria. Valor do Acordo: US\$ 138,224,000.00. Data de assinatura: 14 de novembro de 2013. Vigência: 31 de dezembro de 2036”. (DOU, Seção 3, 21 de novembro de 2013, p. 21).

comercial, mas igualmente em relação à complexidade tecnológica e à necessidade de superação do atraso tecnológico, reduzindo a vulnerabilidade e a dependência dos setores.

A importância estratégica da defesa aeroespacial e a oportunidade de inseri-la em um plano de desenvolvimento nacional autônomo, puxando outros setores da economia é também comparável à condição estratégica do Complexo Econômico Industrial da Saúde – CEIS, tanto em relação ao tamanho do mercado de saúde no Brasil, dado o modelo de assistência universal e integral do SUS, quanto do paulatino aumento da capacidade produtiva, que torna possível a disputa de mercados internacionais, em especial na América Latina, vencidos os gargalos tecnológicos e industriais do setor. Seria possível não só atingir a diminuição dos custos públicos de saúde, reduzindo a vulnerabilidade do SUS e contribuindo para diminuir o desequilíbrio da balança comercial no setor, mas também impulsionar o desenvolvimento industrial e tecnológico brasileiro a partir desse setor em franca expansão. Reforçando a similaridade:

Expressa essa característica o fato de que os setores da saúde estão, invariavelmente, entre os que recebem maior estímulo governamental: os recursos estatais destinados às atividades e Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em saúde sempre aparecem, em conjunto com a área militar, como os mais expressivos (BURKE; MARTIN, 2008); além disso, no setor ocorrem diversas modalidades de intervenção, como a indução de parcerias entre universidades e empresas, o financiamento de empresas de base tecnológica e a montagem de infraestruturas de serviços técnicos para a indústria, entre outras (GADELHA *et alii*, 2012, p. 17).

Em relação aos interesses dos países contratantes (importadores) e dos países exportadores nas quais estão sediadas as empresas contratadas, observa-se uma similaridade ao que foi apresentado no setor de defesa aeroespacial, mas deve-se incluir o interesse dos países contratantes em maximizar os investimentos em P, D & I das empresas contratadas na sua produção, enquanto os países das empresas importadoras desejam manter tais investimentos em seu próprio território, num modelo de cadeias produtivas em que, embora parte da produção industrial possa ser desmembrada para a execução em fábricas situadas nos países em desenvolvimento, é nas sedes das empresas nos países centrais (Europa e EUA) que se concentram os investimentos em inovação tecnológica.

Como expressei anteriormente, em nível mundial, investimentos em P, D & I para a saúde, tanto no campo público quanto privado, só podem ser comparados aos da área militar, sendo ambos os setores frentes de expansão e transformação tecnológica. No entanto, esse esforço em pesquisa e inovação específico para a saúde se apresenta de forma bastante irregular na geopolítica mundial. Até o final dos anos 2000, cerca de 96% desse gasto global estava concentrado em países de alta renda, enquanto os países restantes, inclusive o Brasil, concentravam apenas 4% do investimento, em claro processo de ampliação do atraso tecnológico desses países frente às economias centrais, com forte influência sobre as reais capacidades do CEIS nas economias de baixa e média renda, em especial no Brasil, acentuando sua fragilidade (GADELHA *et alii*, 2012, p. 33-34).

Além dos países contratantes (importadores) dos produtos e serviços de saúde e dos países cujas empresas são contratadas (exportadores), também existem os interesses específicos nas negociações das medidas compensatórias das próprias empresas. Aqui novamente podem-se encontrar similaridades ao que foi apontado para os interesses das empresas de produtos e serviços de defesa aeroespacial: expandir mercados, maximizar lucro, proteger a propriedade industrial e garantir a continuidade dos negócios em longo prazo. O quarto agente nesse processo específico da área da saúde é o próprio SUS, cujos interesses são a garantia da disponibilidade dos produtos contratados sem risco de desabastecimento; a diminuição de seus custos com importação, sujeitos à variação cambial, a aquisição e o domínio das tecnologias estratégicas à sua existência e funcionamento constitucional adequado; e a redução da dependência e vulnerabilidade aos produtores internacionais, em especial quanto ao tratamento das chamadas doenças negligenciadas.

Os acordos de compensação das MECS devem estabelecer condições que contemplem a composição dos diversos interesses conflitantes, escolhendo as medidas compensatórias mais adequadas em cada caso, assumindo a realização dos objetivos gerais da PNITS acima discutidos. No entanto, para melhor uso das MECS como instrumento de fortalecimento da base produtiva e do desenvolvimento tecnológico estratégico para o SUS, seria urgente sua regulamentação por portaria específica, nos termos em que fez o Ministério da Defesa, em sua primeira portaria prevendo as medidas de compensação (Portaria MD 764/2002), quando definiu

expressamente os objetivos e estratégias da política compensatória a ser praticada mediante a prática de *offset*.¹²⁶

5.1.5 Programas de Financiamento específicos para o desenvolvimento do CEIS: o papel do BNDES e da FINEP

Todo o processo de criação de políticas públicas específicas para o CEIS, com a mudança dos marcos regulatórios, a redefinição do papel dos laboratórios públicos e seu fortalecimento, a criação de instrumentos específicos para regular o uso do poder de compra do Estado e associar o incremento da capacidade industrial à busca da superação do atraso tecnológico precisa estar associado a um programa forte, consistente e regular de financiamento público, por meio de agências públicas de fomento com objetivos bem definidos, a fim de otimizar o uso desses recursos.

No caso das políticas de desenvolvimento do CEIS como setor econômico estratégico, duas instituições têm papel fundamental: a) o BNDES, com o programa PROFARMA; b) a FINEP, por meio do Programa Inova Empresa – Inova Saúde.

A história dessas duas instituições está profundamente ligada aos projetos de desenvolvimento nacional articulados às políticas macroeconômicas referentes à indústria e ao incremento tecnológico.¹²⁷ O atual Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES (assim chamado a partir de 1982), surgiu como Banco Nacional de Desenvolvimento – BNDE, durante o Governo

¹²⁶ Os objetivos estão expressos no art. 2º da Portaria Normativa MD 764/2002: “A Política de Compensação Comercial, Industrial e Tecnológica do Ministério da Defesa tem os seguintes objetivos: I - promoção do crescimento dos níveis tecnológico e qualitativo das indústrias de defesa, com a modernização dos métodos e processos de produção e aquisição de novas tecnologias, visando ao estado da arte; II -9 fomento e fortalecimento dos setores de interesse do Ministério da Defesa, criando condições para o aperfeiçoamento das indústrias de defesa e da sua base tecnológica, visando a aumentar suas cargas de trabalho e também a permitir a competitividade no mercado internacional; III - ampliação do mercado de trabalho, mediante a criação de novas oportunidades de emprego de alto nível tecnológico, através da especialização e do aperfeiçoamento dos recursos humanos dos setores de interesse; IV - obtenção de recursos externos, de toda ordem, diretos e indiretos, para elevar a capacitação industrial e tecnológica dos setores de interesse da área de defesa; e V - incremento da nacionalização e a progressiva independência do mercado externo, no que diz respeito a produtos de defesa.”

¹²⁷ Importante trabalho sobre o tema, no âmbito do paradigma do Estado empreendedor foi publicado por Mazzucato e Penna (2015, *online*), enfatizando o papel dos Bancos estatais de desenvolvimento em políticas orientadas por missões. O trabalho define a categoria de “state investment banks” (SIBs) e compara as políticas de financiamento do KfW alemão e do BNDES, apontando em suas conclusões: “By placing SIBs at the centre of the investment process, countries like Germany (and to a lesser extent – until recently – Brazil) have been able to smooth the effect of speculative financial markets and economic crises, at the same time as contributing to a transition to a more sustainable, smart and inclusive type of economic development”. Vários outros trabalhos enfatizam a importância do BNDES na retomada da política industrial a partir de 2002.

Getúlio Vargas em 1952, por meio da Lei nº 1.628, onde, sob a jurisdição do Ministério da Fazenda, tinha a função expressa de atuar, também, como agente do Governo, nas operações financeiras destinadas ao reaparelhamento e ao fomento da economia nacional (art. 8º), gozando de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa e integrando o serviço público federal na forma de autarquia. Mais adiante, em 1971, sua transformação em empresa pública modificou positivamente a capacidade de funcionamento e intervenção do Banco.¹²⁸

Já a Financiadora de Inovação e Pesquisa - FINEP surge inicialmente como o FINEP – Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas, criado pelo Decreto nº 55.820/1965 sob o Governo Castello Branco, como um fundo contábil operado pelo então BNDE, para fins de apoiar estudos e programas necessários à definição dos projetos de modernização e industrialização, a partir de aportes do BID – Banco interamericano de Desenvolvimento e USAID – *United States Agency for International Development*. A Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, na condição de empresa pública vinculada ao Ministério do Planejamento, sucedeu o FINEP (como fundo) a partir de 1967, sendo criado em 1969 o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FNDCT, gerido pela FINEP com a finalidade de dar apoio financeiro aos programas e projetos prioritários de desenvolvimento científico e tecnológico. Ao longo dos anos, diversos fundos setoriais serão criados, vinculados ou não o FNDCT. Em 1985, a FINEP passa a vincular-se ao Ministério da Ciência e Tecnologia.¹²⁹

Em relação ao BNDES, é possível distinguir quatro diferentes fases de sua operação como Instituição Financeira de Desenvolvimento – IFD, a partir do perfil de financiamento em foco:

(...) financiamento da infraestrutura e indústria de insumos básicos (1952-1964), financiamento da indústria de base e socorro a empresas em situação falimentar (1964-1984), financiamento à exportação e privatização (1985-2002), financiamento à retomada do crescimento sustentado por ciclo de investimentos e atuação contra crise (2003-2011¹³⁰) (TORRES FILHO; COSTA, 2012, p. 976).

¹²⁸Histórico obtido na página eletrônica do BNDES. Disponível em: <https://www.bnades.gov.br/wps/portal/site/home/quem-somos/nossa-historia>. Acesso em: 01 maio 2019.

¹²⁹ Histórico obtido na página eletrônica da FINEP. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/a-finep-externo/historico>. Acesso em: 01 maio 2019.

¹³⁰O período apontado pelos autores não finda em 2011, mas estende-se até 2017, especificamente para a área aqui em estudo, por meio do PROFARMA III. Explique-se que a indicação até 2011 diz respeito à data em que o artigo foi publicado, qual seja, 2012.

É, portanto, na perspectiva do perfil operacional do BNDES, aberto a partir de 2002,¹³¹ combinado com a edição da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior – PITCE, em 2004, definindo a indústria de fármacos e medicamentos como setor estratégico para a política industrial, que se deve situar a principal linha de financiamento relativa ao desenvolvimento do CEIS, o Programa de Apoio à Cadeia Farmacêutica – PROFARMA, em sua primeira versão, de 2004 a 2007.¹³² Duas novas versões do Programa foram realizadas a partir de novas necessidades e objetivos identificados, uma entre 2007-2012, e a outra abrangendo o período 2013-2017.

a) O PROFARMA - BNDES

O PROFARMA I foi lançado em abril de 2004, com duração até dezembro de 2007. O apoio fornecido pelo BNDES foi da ordem de R\$ 1,026 bilhão, distribuídos em 49 projetos para reestruturação da indústria farmacêutica sediada no Brasil, por meio de três subprogramas:

¹³¹ A respeito do perfil do BNDES assumido a partir de 2002, essencial à retomada da política industrial no Brasil durante o recorte temporal aqui adotado: *“The Brazilian Development Bank (BNDES) is the main provider of long-term financing in the country, holding two-thirds of credit with a maturity of over five years. It is a fully state-owned company under private law, with institutional funding⁴ and 2,700 employees.⁵ BNDES is quite efficient and among the world’s largest development banks in terms of assets and loan portfolio (...). However, more than absolute size, it is the availability of instruments that a development bank operates with that defines its relevance for an industrial policy.⁶ That is, both scale and scope matter. BNDES has an extensive range of financial instruments, offering: (i) direct financing support for large-scale industrial and infrastructure projects (credit and project finance), (ii) commercialization of machinery and equipment through commercial banks, (iii) support for the export of engineering-intensive goods and services, (iv) credit for micro and small companies’ finance and guarantee funds, (v) equity and venture capital funds and direct investment in firms, always maintaining a minority stake”* (FERRAZ; KUPFER; MARQUES *et alii*, p. 302). E, a respeito da articulação dos programas de financiamento do BNDES com as definições da PDP (2008-2010) e busca de superação de falhas nas políticas dos “campeões nacionais”: “Devido à sua intensa atuação, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), fortalecido, a partir do final de 2008, com empréstimos sucessivos do Tesouro Nacional, teve uma função estratégica na concessão de crédito e na participação de capital em empresas que aproveitaram oportunidades abertas pela crise financeira mundial para aumentar o esforço de internacionalização por meio de operações de fusões e aquisições no mercado internacional. No entanto, além da política de formação de campeões nacionais explicitadas (...), a PDP [Política de Desenvolvimento Produtivo] também se destacou pela introdução de um conjunto de metas agregadas e setoriais para que seu sucesso (ou fracasso) pudesse ser avaliado” (ALMEIDA, 2009-11, p. 47).

¹³² Na verdade, é possível localizar como marco inicial do interesse do Governo Federal pelo desenvolvimento do setor farmacêutico a instalação do Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, em maio de 2003, onde as políticas relacionadas à área farmacêutica foram discutidas com os principais interessados, sob a coordenação do então Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC) e do Ministério da Saúde (MS). O próprio BNDES participou do Fórum, auxiliando na formulação da política (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 5).

PROFARMA - Produção: investimentos de implantação, expansão e/ou modernização da capacidade produtiva; adequação das empresas, de seus produtos e processos aos padrões regulatórios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e dos órgãos regulatórios internacionais, incluindo despesas com testes de bioequivalência, biodisponibilidade e aquelas relacionadas ao registro de medicamentos, para produtos já comercializados pela empresa; PROFARMA - P,D&I: investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação; e PROFARMA - Fortalecimento de Empresas Nacionais: apoio à incorporação, à aquisição ou à fusão de empresas que levem à criação de outras empresas de controle nacional de maior porte e/ou verticalizadas (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 6).

Na época, o Programa foi estruturado em torno de cinco objetivos fundamentais, que mesclam aspectos da política nacional de saúde, política industrial e política de inovação com a política macroeconômica de desenvolvimento nacional. São eles: a) incentivo ao incremento da produção de medicamentos para uso humano e seus insumos no país; b) melhoria dos padrões de qualidade de medicamentos produzidos para uso humano e adequação às exigências do órgão regulatório nacional; c) redução do déficit comercial da cadeia produtiva farmacêutica; d) estímulo à realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação no país; e) fortalecimento da posição econômica, financeira, comercial e tecnológica da empresa nacional (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 5-6).

Em relação ao objetivo “a)”, trata-se da compatibilização da política industrial com a política social de saúde, oferecendo condições para o aumento da capacidade instalada da indústria farmacêutica nacional. A partir da década de 1990, esse setor industrial passava por uma especialização regressiva, com o aprofundamento da dependência do mercado internacional em virtude da abertura comercial. Em 1999, a lei dos medicamentos genéricos (Lei nº 9.787) inicia um processo de ampliação do acesso da população a medicamentos assemelhados aos chamados “de marca”, possibilitando um fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, com produtos de menor complexidade e vasto mercado, atraindo também a presença de indústrias estrangeiras interessadas no consumidor brasileiro. Assim, o PROFARMA – Produção atinge exatamente as empresas nacionais que buscam o incremento de sua capacidade industrial e a ampliação de sua carteira produtiva de medicamentos.

Destaque-se ainda a importância de incentivar a produção dos IFAs no país, um dos maiores gargalos para a produção, tendo em vista a dependência da

indústria nacional em relação ao material importado. Estima-se que, apesar de o Brasil ser o principal mercado farmacêutico da América Latina e, apesar da posição de destaque, “o país produz somente cerca de 2% do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) – substância responsável pelo efeito terapêutico do medicamento” (DIAS *et alii*, 2016, p. 128). Estima-se que o IFA responda por cerca de 70 a 80% do preço final do medicamento, o que faz os gigantes da indústria farmoquímica e farmacêutica mundial investirem a maior parte do seu investimento em P&D, justamente para obtenção dos princípios ativos em detrimento do medicamento em si, uma vez que é o monopólio de sua produção que é capaz de lhes conferir lucros extraordinários (VIEIRA; OYAHON, 2007).

A dependência dos IFAs importados tem uma importância fundamental em relação ao objetivo “c)”, que busca reduzir o déficit da balança comercial brasileira em relação ao setor de farmoquímicos e medicamentos. Dados da balança comercial da saúde apontam que em 2014 o setor tinha atingido um déficit de mais de US\$10 bilhões, mantendo-se um patamar em torno de US\$ 9 bilhões para os anos seguintes até 2016 (VARRICHIO, 2017, p. 20). Dessa forma, o valor das importações em relação às exportações só tem aumentado a partir de 1990, tendo drástica elevação entre 2003 e 2013:

Então, a conjugação de pelo menos três fatores (a expansão dos serviços, o crescimento da renda e a mudança do perfil demográfico¹³³) alavancou a demanda por produtos da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos para a saúde. Como a oferta interna não conseguiu responder adequadamente, o resultado foi o aumento das importações e, por conseguinte, do déficit (GARCIA, 2016, p. 5).

Assim, o processo produtivo relativo ao CEIS no Brasil é caracterizado, segundo Varrichio (2017, p. 20), “i) pela dependência tecnológica; ii) pelo oligopólio, com elevada barreira à entrada; iii) pelo domínio de empresas multinacionais; iv) pelo crescente e robusto déficit; e v) geralmente pela importação líquida de tecnologia”. Tais elementos tornam especialmente difícil o processo de substituição de importações no mercado brasileiro,¹³⁴ pois são relativamente poucas

¹³³ Entre 2000 a 2016, os brasileiros com mais de 60 anos passaram de 14 a 25 milhões (GARCIA, 2016, p. 6).

¹³⁴ Nesse contexto, a política relativa aos genéricos significa uma exceção na dificuldade de substituição de importações relativa ao CEIS. “Criada em 1999, a política de medicamentos genéricos permitiu que, em 2015, esses produtos já respondessem por 30% das vendas em unidades — e por

as empresas que dominam mundialmente a produção desses bens, e o investimento necessário em P&D para a permanente inovação tecnológica, que garante a competitividade nessas atividades, é bastante elevado. Tal aspecto vai ao encontro do objetivo “d)”, que, na forma do PROFARMA – P, D & I, busca abrir linha de investimento relativa à superação dos gargalos tecnológicos do setor e à construção de uma cultura inovadora nas empresas brasileiras do setor, apoiando a organização de setores específicos de pesquisa, desenvolvimento e inovação no interior de suas estruturas produtivas, apesar da grande dificuldade e do tempo exigido para o primeiro alcançar o domínio tecnológico existente e depois para o desenvolvimento das inovações no âmbito do CEIS, em especial na área de medicamentos.¹³⁵

Em relação ao objetivo “b)”, a adequação às exigências dos órgãos regulatórios brasileiros (ANVISA, principalmente) e melhoria da qualidade dos medicamentos produzidos no Brasil envolve a adequação das plantas industriais, dizendo respeito aos padrões de competitividade industrial mínimos. Assim, as especificidades dos projetos de construção e modernização da capacidade produtiva da indústria farmacêutica e de medicamentos devem obedecer aos protocolos de

24% em valor — no mercado farmacêutico do País. Outro exemplo vem de políticas de descentralização da produção realizada por algumas empresas transnacionais. Num movimento que começou a ganhar força a partir do final da década passada, empresas de equipamentos para diagnóstico por imagem começaram a montar esses aparelhos no Brasil, utilizando cada vez mais componentes aqui produzidos. O objetivo delas é aproveitar a dimensão do mercado brasileiro de saúde, atualmente o sexto maior do mundo. É possível imaginar uma ampliação da participação dos medicamentos genéricos na matriz brasileira de produtos farmacêuticos, uma vez que, em alguns países desenvolvidos como Alemanha, Reino Unido e EUA — onde essa prática existe há mais tempo —, a presença dos genéricos é, no mínimo, o dobro da aqui verificada. Além disso, existe também a possibilidade das empresas transnacionais, particularmente as de equipamentos da saúde, utilizarem o Brasil como plataforma de exportação para outros países da América do Sul.” (GARCIA, 2016, p. 6).

¹³⁵ “No tocante à pesquisa farmacêutica, seu ciclo é amplamente conhecido. Gastam-se, em média, de 10 a 15 anos desde a descoberta, em nível biomolecular, de um novo aspecto sobre o mecanismo de uma doença no corpo humano, passando pela utilização da química racional para a concepção e síntese do novo composto que tenha atividade sobre o receptor estudado, até os testes pré-clínicos e clínicos fase I, fase II e fase III e, finalmente, a aprovação pelo órgão regulador. A infraestrutura instalada no Brasil para a realização desses testes pré-clínicos e clínicos ainda é bastante precária e não atende às exigências dos órgãos regulatórios internacionais mais rigorosos, como FDA e EMEA. Esse fato tem motivado as empresas nacionais farmacêuticas a realizar seus testes em instituições localizadas em outros países, reconhecidas pelos órgãos regulatórios anteriormente citados. À medida que as empresas localizadas no país passam a investir cada vez mais na pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, a demanda por esses testes passa a ser significativa e justifica a internalização dessa competência, sob os mais rigorosos padrões regulatórios, no país. (...). Na carteira do subprograma PROFARMA - Inovação, constam projetos de P&D de importantes empresas farmacêuticas brasileiras, como Aché, Biolab e Libbs, mas também de empresas nascentes de base tecnológica, como Genoa e Bionnovation. Do segmento de farmoquímicos, a empresa Nortec Química também recebeu apoio financeiro do BNDES. (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 12).

BPF – Boas Práticas de Fabricação, com restrições de fluxo de materiais para impedir contaminações cruzadas, exigência de “salas limpas”, controle de particulados no ar das salas de produção e envase, entre outras exigências, seguidas de verificações e condições de reprodutibilidade. Não surpreende, portanto, que, a depender do caso, mesmo três anos depois da construção, as plantas industriais do setor ainda não tenham atingido condições de produção (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 11).

Enfim, em relação ao objetivo “e)”, os investimentos do BNDES se enquadram na política dos “campeões nacionais”,¹³⁶ qual seja, o fortalecimento de

¹³⁶ A política dos “campeões nacionais” já era aplicada pelo BNDES até o início dos anos 1990, quando a liberalização comercial teve lugar durante o primeiro Governo Fernando Collor. Nesse sentido, “*National champions can be defined as state-backed firms protected from competition, which benefit from government export subsidies and are designated vehicles for national industrial policy objectives such as employment, economic growth and international prestige (...). Brazil’s policy of nurturing national champions was and still is deeply interwoven with its broader economic policy of import substitution industrialization, which reached a peak in the 1960s and 1970s*” (CASANOVA, KASSUM, 2013, p. 13). Essa política de estímulo e proteção industrial anteriormente existente foi retomada a partir de 2002 em outras bases, durante o primeiro Governo Luís Inácio Lula da Silva, em um quadro mais amplo de reorganização da política industrial brasileira, conhecido como internacionalização ou formação de multinacionais brasileiras. Assim, a partir de meados de 2002 definiu-se a formulação de novas diretrizes de atuação e alteração dos Estatutos do BNDES que favoreceram a inserção e o fortalecimento de empresas brasileiras no mercado internacional, pelo apoio à implantação de investimentos ou projetos a serem realizados no exterior, promovendo o incremento das exportações brasileiras (ALEM; CAVALCANTI, 2005, p. 69). Para tanto, o BNDES desenvolveu uma clara política de concentração empresarial que beneficiou enormemente alguns grupos em detrimento de outros, acelerando o processo de conglomeração da economia. Sua ampla adoção e os largos financiamentos dispensados a grupos específicos com potencial de internacionalização, foi objeto de críticas favoráveis e desfavoráveis. As críticas negativas envolvem o próprio papel de um banco público de desenvolvimento, que não deve se assemelhar ao de um banco privado de investimento, financiando projetos de retorno individual elevado, em setores nos quais as empresas já são competitivas e, portanto, poderiam levantar recursos no mercado privado sem a ajuda do BNDES. Outra crítica negativa à política de campeões nacionais é que ela foi usada como estratégia para justificar o que muitos consideram o antigo papel do BNDES de “hospital” de empresas. Não haveria problema em selecionar campeões, estratégia que foi usada na Coréia do Sul, por exemplo, mas na política adotada pelo BNDES não foram definidas metas claras de desempenho empresarial, nem condições claras de elegibilidade das empresas, nem formas de controle do uso dos investimentos externos, residindo justamente nas formas gerais de controle transparência o grande problema. Mesmo críticos favoráveis à política apontam que ela não deveria ser utilizada para qualquer setor, não se destinando apenas a apoiar consolidação que defenda poder de mercado, mas consolidações que visem um posicionamento estratégico. De forma geral, os críticos favoráveis a essa política dos campeões nacionais conglomerados e internacionalizados mediante financiamento do BNDES apontam que “no Brasil os bancos privados são bastante relutantes em fornecer crédito de longo prazo para novos investimentos, dado que o grande mercado de títulos do Tesouro Nacional com vencimento de curto prazo é muito mais atraente do que o risco de investimentos produtivos de longo prazo. Por isso, diante desse contexto, a existência de um banco de desenvolvimento estatal, com recursos para investimento de longo prazo por meio de apoio fiscal, é fundamental para suprir, a baixo custo, crédito de longo prazo para o setor privado” (WOLF, 2016, p. 37). Em relação às metas, Mansueto Almeida (2009-11, p. 47), ressalta que metas de desempenho foram adotadas a partir da edição da PDP [Política de Desenvolvimento Produtivo], aproximando-se do que é definido nos países asiáticos: “Como enfatizado na literatura de política industrial, uma das diferenças no sucesso de países asiáticos em relação aos latino-americanos no esforço de política industrial decorreu do que Amsden (1989; 2001) chama de ‘mecanismo de

empresas nacionais para atuação no mercado externo por meio de fusões e aquisições. Essa estratégia mundial da indústria farmacêutica é também perseguida por essa estratégia do PROFARMA I. Na sua primeira versão, o Programa financiou dois processos desse porte, a aquisição da Biossintética pelo Laboratório Aché, e a aquisição da Barrene pelo Laboratório Farmasa. A definição estratégica do subprograma PROFARMA – Fortalecimento de Empresas Nacionais era justamente alcançar pelo menos uma empresa nacional de grande porte no setor, com faturamento acima de US\$ 1 bilhão, com ampla capacidade produtiva instalada, recursos disponíveis para o desenvolvimento de P & D, com capacidade para desempenhar o papel de *player* regional ou até global no setor, objetivo que continuou a ser perseguido na fase seguinte do Programa (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO; PIERONI, 2008, p. 14).

A experiência do PROFARMA I permitiu avanços principalmente na adequação do parque farmacêutico brasileiro às novas exigências regulatórias, sendo importante fonte de recursos também para o fortalecimento das empresas nacionais e dando início ao suporte financeiro para a inovação. Por isso mesmo e a partir da experiência desenvolvida, foi lançado, ainda em dezembro de 2007, o PROFARMA II, com vigência até o final de 2012 e dotação orçamentária de R\$ 3 bilhões para o período inteiro.

A renovação do programa em sua segunda fase está compreendida no conjunto de ações do Mais Saúde, um amplo componente de políticas públicas lançado pelo Governo Federal também em dezembro de 2007. Também chamado de PAC da Saúde, esse componente engloba 86 metas e 208 ações contempladas em oito eixos-síntese, entre os quais o quinto eixo prevê expressamente:

Fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, permitindo associar o aprofundamento dos objetivos do Sistema Único de Saúde com a transformação necessária da estrutura produtiva do País, tornando-a compatível com um novo padrão de consumo em saúde e com novos padrões tecnológicos adequados às necessidades da saúde (BRASIL, 2010, p. 14).

reciprocidade'. No caso dos asiáticos, nenhum subsídio era concedido de graça; o apoio do Estado às firmas estava condicionado a metas-performance para exportação, esforço de pesquisa e desenvolvimento (P&D), crescimento de produtividade etc. Assim, a definição de metas pela PDP foi um movimento na direção correta, apesar de estas metas serem, em sua maioria, metas agregadas, que não possibilitavam um acompanhamento das empresas incentivadas, como foi o caso da Coreia do Sul”.

A compreensão que orientou o Mais Saúde parte de uma relação simples: o fortalecimento do Sistema Único de Saúde não pode se dar sem um fortalecimento também da base produtiva farmacêutica nacional. O alto custo dos medicamentos e outros produtos da saúde pesa sobre o orçamento público, levando a sucessivos e crescentes déficits na balança comercial brasileira. A articulação entre política industrial e política social na área da saúde é essencial para alcançar os objetivos mínimos previstos no artigo 196 da Constituição Federal. A inclusão do CEIS como área prioritária para o desenvolvimento na Política de Desenvolvimento Produtivo lançada para o setor industrial pelo Governo Federal em 2008 confirma essa lógica de intersetorialidade.

Assim, a segunda fase do PROFARMA foi marcada por uma maior aproximação com o Ministério da Saúde (MS), buscando, portanto, alcançar não só melhorias na política industrial, mas também os objetivos constantes da Política Nacional de Saúde que dizem respeito à indústria farmacêutica, nos seguintes termos:

O lançamento de novas drogas ou procedimentos médicos mais eficazes, ao mesmo tempo em que amplia a competitividade das empresas, pode propiciar qualidade de vida para a população, caracterizando-se como alvo de políticas públicas. Assim, a ampliação de investimentos nessa indústria pode atender simultaneamente a dois objetivos caros a qualquer governo: o social e o econômico (PIMENTEL *et alii*, 2012, p. 68).

A primeira mudança nessa segunda fase começou pelo nome. De “Programa de Apoio à Cadeia Farmacêutica”, passou a chamar-se “Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde”. Também a dotação orçamentária triplicou, e novos subprogramas temáticos foram definidos, além dos já existentes. Assim, o Programa passou a ser composto por: PROFARMA - Produção, PROFARMA – Inovação, PROFARMA – Reestruturação, PROFARMA – Exportação e PROFARMA – Produtores Públicos.

A inclusão de um subprograma específico de exportação teve como objetivo a inserção da indústria brasileira no mercado internacional de farmoquímicos, aproveitando a capacidade produtiva instalada, sendo específica para financiar produtos compreendidos no complexo industrial da saúde destinados à exportação. A natureza do mercado mundial de farmacêuticos é marcada por um oligopólio, como severas barreiras à entrada de novas indústrias, sendo necessário um esforço sustentado para a inserção de empresas nacionais nesse cenário. A

importância do subprograma reside justamente em dar apoio às empresas que tenham condições de iniciar esse processo. Registre-se que entre o volume de financiamentos do PROFARMA II, só 2% disseram respeito às operações financeiras aprovadas e contratadas para fins de exportação (PIMENTEL *et alii*, 2012, p. 81). Nesse caso, o financiamento contempla especialmente o capital de giro e pode ser acessado por pequenas e médias empresas, assim como grandes, inclusive filiais de multinacionais.

A inclusão do subprograma de exportação não está em contradição com o fortalecimento do mercado interno de produtos farmacêuticos, tendo em vista que a participação no mercado internacional fortalece as empresas, ampliando suas capacidades tecnológicas e aperfeiçoando seu desempenho com ganhos de produtividade para a economia nacional.

Quanto à inclusão de uma linha específica de produtores públicos, é medida complementar à política de fortalecimento de laboratórios oficiais, integrando-se a outras ações anteriormente descritas. Os laboratórios oficiais respondem por boa parte (cerca de 70%) da produção nacional de vacinas, hemoderivados, reagentes e dispositivos para diagnóstico, além de medicamentos. No entanto, apresentam problemas específicos, como grandes dificuldades para adequar seu modelo de gestão às exigências de mercado, necessidade de expandir sua capacidade produtiva e de promover uma especialização dos produtos, para evitar uma concorrência autofágica entre os próprios produtores públicos.¹³⁷

No caso dos produtores públicos, o financiamento disponível envolve fundos não reembolsáveis do Banco e depende de contratação especializada na área de gestão e planejamento para elaboração de plano de ação visando à otimização da produção (fase 1). Só depois da aprovação do plano de ação é liberada sua implementação no laboratório oficial (fase 2).

O PROFARMA III compreende o período 2013-2017, com dotação orçamentária de R\$ 5 bilhões para investimentos e foco no apoio à produção de produtos biotecnológicos, além de incentivo a processos de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e iniciativas de inovação na indústria farmacêutica.

¹³⁷ “O fortalecimento dos produtores públicos é parte do PAC da Saúde. Para se enquadrar nesse processo, diz o secretário do MS, Reinaldo Guimarães, os laboratórios precisam deixar de competir entre si e trilhar quatro caminhos: busca de vocações, aumento do patamar tecnológico através de parcerias entre o setor público e o privado, atuação como reguladores de mercado e melhoria de gestão’ (STEIN, 2008).

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde em sua terceira fase apresenta os seguintes subprogramas: PROFARMA – Biotecnologia, PROFARMA – Inovação e PROFARMA – Produção. Assim, permanece a carteira ligada ao desenvolvimento e ampliação das plantas produtivas, mas o foco dos financiamentos passa a ser o impulso à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação (P, D & I), com especial atenção para a área biotecnológica, no subprograma específico.

É possível dizer que cada nova fase do PROFARMA representa o esforço do BNDES em sistematizar os conhecimentos acerca do funcionamento do CEIS, compreendendo as dinâmicas e as mutações extremamente rápidas do mercado e as janelas de oportunidade que vão se abrindo nesse processo para as empresas de capital nacional. Em especial no caso das linhas específicas para a inovação e a biotecnologia, supera-se também um diferencial considerável de informações entre as empresas que fabricam produtos inovadores e o próprio BNDES. Em relação à inovação, trabalha-se com risco e incerteza, sendo em alguns casos muito difícil utilizar os mecanismos tradicionais de análise de risco para julgar se um projeto merece ou não financiamento. No caso das empresas do CEIS, a inovação deve vir a trabalhar com uma das chamadas tecnologias disruptivas (nanotecnologia, biotecnologia, terapia gênica e terapia celular), o que demanda um mínimo conhecimento por parte dos analistas financeiros.

Em relação à inovação, seu apoio é justamente o que permitiria um salto dos produtores nacionais em sua inserção tanto no mercado interno quanto internacional. Depois da expansão da indústria farmacêutica a partir da regulamentação dos genéricos pela Lei nº 9.787/1999 (Lei dos Genéricos), novos espaços de atuação puderam ser buscados para fortalecer a indústria brasileira ligada ao CEIS. Em função da adesão do Brasil ao acordo TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), as empresas de capital nacional estavam impedidas de copiar medicamentos inovadores, sobrevivendo da cópia de medicamentos com patente expirada e dos esforços de marketing para conquistar a prescrição dos médicos (PIMENTEL *et alii*, 2012, p. 77).

A regulamentação dos genéricos em si mesma forçou a aquisição de competências farmacotécnicas por parte das empresas, em razão da necessidade de realizações de testes de bioequivalência a fim de garantir a intercambialidade da fórmula, efetuados por uma terceira instituição credenciada. As sucessivas políticas

específicas de financiamento do BNDES – PROFARMA acompanharam esse cenário, incentivando as empresas de capital nacional a seguir com o investimento em P, D & I, a fim de ampliar as competências necessárias aos processos de inovação, seguindo os passos já percorridos por outras grandes empresas internacionais, culminando na linha específica de financiamento à inovação do PROFARMA III.

Os escopos dos projetos apoiados pelo BNDES na linha dedicada à inovação compreendem: o desenvolvimento de novos medicamentos genéricos;¹³⁸ de novas associações; de novas formulações/apresentações; de medicamentos inovadores; de novos farmoquímicos.

A linha dedicada à biotecnologia é um destaque na concepção do PROFARMA III, uma vez que concentra investimentos específicos nessa tecnologia inovadora e disruptiva. O desenvolvimento de medicamentos biotecnológicos acompanha uma tendência do mercado mundial, e está adequado à mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira, que passou da predominância de doenças infecciosas para doenças crônico-degenerativas, para as quais o tratamento biotecnológico se apresenta mais eficaz. No entanto, os biotecnológicos são mais dispendiosos e hoje representam boa parte do déficit na balança comercial brasileira. Baixar seu custo de aquisição, em especial para o poder público, representa melhores condições de acesso da população a terapias novas e mais eficazes.

É possível dizer, portanto, que o PROFARMA representa o braço financeiro da política de desenvolvimento industrial articulada à política social de saúde no esforço de intersectorialidade necessário para uma política de desenvolvimento nacional no âmbito de um Estado Social. Sem a participação de um banco público de fomento não se faz política pública industrial e de inovação, e sem essas políticas não se supera a dependência econômica e tecnológica, comprometendo a realização de uma política social consistente, em especial na área

¹³⁸ “O desenvolvimento de um novo genérico pode ensejar desafios tecnológicos consideráveis para as empresas. Em geral, as patentes que envolvem um mesmo medicamento não expiram ao mesmo tempo, o que significa que a empresa pode precisar desenvolver novos processos ou formulações, buscando a equivalência com o medicamento de origem” (PIMENTEL *et alii*, 2012, p. 82). Assim, o financiamento para o desenvolvimento de novos medicamentos genéricos amplia as competências tecnológicas, ensejando maior investimento em P, D & I, de forma a diminuir o atraso tecnológico das indústrias de capital nacional.

da saúde. Estudo realizado por Pimentel *et alii* (2012) já mostrava os impactos do Programa nas empresas da cadeia farmacêutica:

A análise dos projetos apoiados pelo Profarma indica que, a partir de 2008, os laboratórios nacionais passaram a desenvolver, de forma mais acentuada, outras inovações incrementais, notadamente novas formulações e associações (cerca de 22% dos projetos apoiados), bem como a buscar o desenvolvimento de medicamentos inovadores. Apesar de os resultados do programa indicarem uma evolução qualitativa do esforço inovador, as empresas farmacêuticas nacionais parecem estar ainda distantes de contribuir de forma expressiva para o adensamento tecnológico da cadeia farmacêutica: os esforços de inovação das empresas não foram suficientes para gerar um conjunto relevante de instituições científicas e empresas de base tecnológica que possam dar suporte às atividades de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos (PIMENTEL *et alii*, 2012, p. 87).

b) Inova Saúde - FINEP

A participação da FINEP na política de financiamento público do CEIS está diretamente ligada à mais abrangente iniciativa de financiamento específico para projetos de inovação no Brasil, o Plano Inova Empresa.¹³⁹ A dotação orçamentária total para o período de março de 2013, quando foi lançado, até dezembro de 2017, foi de R\$ 32,9 bilhões. Dentre esses, R\$ 3,6 bilhões destinados ao Inova Saúde, linha específica para o CEIS.

A criação do Plano Inova Empresa deu-se a partir de uma abrangente articulação interministerial, que envolveu outras agências governamentais e instituições financeiras, inclusive o próprio BNDES, e tem como objetivos os seguintes:

1. Elevação de P&D nas empresas; 2. Incentivo a projetos de maior risco tecnológico; 3. Integração dos instrumentos de financiamento como crédito, subvenção econômica, projetos cooperativos empresa-universidade, recursos não reembolsáveis para centros de pesquisa e universidades e investimento em participação (*start-ups, venture capital*); 4. Intensificação do uso do poder de compra do estado; 5. Descentralização do crédito e da subvenção econômica mediante repasses para bancos, agências e fundações regionais e estaduais de fomento à pesquisa para melhor alcançar micro e pequenas empresas; 6. Redução de prazos e simplificação administrativa (FINEP, 2013, *online*).

¹³⁹ O Plano Inova Empresa, da FINEP, conta com as seguintes áreas de abrangência: aerodefesa, agronegócio, energia, petróleo e gás natural, saúde, sustentabilidade, telecomunicações, mineração (e setor sucroenergético (Planos de Apoio Conjunto PAISS e PAISS Agrícola). Fonte: Finep. Disponível em: <http://finep.gov.br/afinep/78-apoio-e-financiamento/programas-e-linhas/sobre-programas-e-linhas>. Acesso em: 24 nov. 2019.

Especificamente na linha Inova Saúde, foram articuladas políticas dos Ministérios da Saúde (MS) e da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), da FINEP, BNDES e CNPq destinadas a apoiar instituições públicas e privadas em suas atividades de P, D & I ligadas ao CEIS. O objetivo principal do Programa foi justamente a criação de formas de fomento e financiamento voltados para projetos cujos resultados “possam contribuir de maneira efetiva para a diminuição da dependência tecnológica do País em relação ao fornecimento de importantes insumos utilizados no campo da saúde humana” (FINEP, 2013, *online*).

Foram consideradas elegíveis para o Programa Inova Saúde empresas e instituições públicas ou privadas brasileiras, de acordo com o tipo de suporte financeiro oferecido. O conceito de empresa brasileira utilizado para o público alvo do Programa é o de organização econômica constituída para a produção ou comercialização de bens ou serviços, com finalidade lucrativa, cujos atos societários se encontrem devidamente arquivados no registro público competente de sociedades empresárias, constituída sob as leis brasileiras, e que tenha a sede da sua administração no País (FINEP, 2013).

5.2 As políticas definidas para o CEIS como políticas orientadas por missões no âmbito do Estado empreendedor

Diante da descrição das políticas realizada acima, cumpre discutir, nesse último item, se podem ser entendidas como orientadas por missões, nos termos definidos por Mazzucato e Penna (2016), definindo um âmbito empreendedor de ação do Estado Brasileiro para o campo produtivo da saúde no âmbito de um sistema setorial de inovação.

Em primeiro lugar, cumpre expor as principais características apontadas pelos autores para definir o campo de uma política de inovação orientada por missões, independentemente do setor em que sejam aplicadas. São elas: a) construção de uma política baseada nos aspectos fundamentais do processo de inovação, que é incerto, cumulativo e coletivo;¹⁴⁰ b) condição sistêmica, utilizando

¹⁴⁰ “*Uncertainty means that agents concerned with innovation cannot calculate in advance the odds of success or failure – that is, results are unknown – and therefore in order to succeed will have also to accept occasional failures and detours from planned routes. Cumulative means that agents need to be patient and act strategically to accumulate competences and capabilities (learn) with a view to the long run. Collective means that all agents need to work together and thus bear certain degrees of risk; they are therefore entitled to also share the rewards*” (MAZZUCATO; PENNA, 2016, p. 7).

instrumentos financeiros e não financeiros, constituindo uma rede de atores e institucionais públicos e privados congregados em uma direção definida e concreta para a economia, indo além de modelos lineares do tipo *science-push*;¹⁴¹ c) identificação de quatro grandes subsistemas em atuação sinérgica, sendo (i) de políticas públicas e financiamento público, responsável pela liderança das mudanças tecnológicas e do desenvolvimento econômico, (ii) de pesquisa e educação, (iii) de produção e inovação, e (iv) de fundos privados e financiamento privado; d) coordenação e capacidade de agregação do Estado (criação de consensos), por parte do Estado que detém a inteligência estratégica do processo, dos esforços da rede composta por academia, governo e agentes econômicos privados, intermediando relações de confiança e fazendo uso de instrumentos políticos direcionados a objetivos específicos; e) base em diagnósticos e prognósticos sólidos e claros, pela identificação de elos inexistentes, falhas e gargalos do sistema nacional de inovação, e também a identificação dos pontos fortes do sistema; f) atuação do Estado empreendedor como tomador de riscos; g) financiamento paciente de longo prazo alcançado por meio de fundos públicos de capital de risco, financiamento de pequenas empresas por meio de compras públicas ou bancos estatais de investimento; h) avaliação e monitoramento dinâmico e contínuo ao longo do processo de inovação, com abertura do Estado ao aprendizado por tentativa e erro e às experimentações; i) diferenciação entre desafios sociais (problemas grandes ou persistentes enfrentados por sociedades, como o subdesenvolvimento) e missões, que são vias concretas para resolver desafios sociais, mobilizando um conjunto diversificado de setores para esse fim, sendo estas, e não aqueles, os orientadores da formulação de políticas industriais e de inovação.

Foi possível identificar, dessa forma, vários pressupostos de uma política orientada por missões, sendo que o setor da saúde no Brasil, integrado no conceito de CEIS, é apontado por Mazzucato e Penna (2016) justamente como um exemplo a ser seguido em outros setores estratégicos.

¹⁴¹ Modelos *science-push* (empurrados pela ciência) são uma das formas de compreensão linear do processo de inovação, em que o desenvolvimento contínuo da ciência abre novas oportunidades para a destruição criativa schumpeteriana no âmbito empresarial. Aqui o investimento é feito em pesquisa básica com foco nos cientistas. Outro modelo também linear é o *market-pull* (puxado pelo mercado ou pela demanda), onde são as demandas produtivas e a disponibilidade de investimentos que encaminham o processo de inovação. Modelos interativos são não lineares e envolvem a combinação de esforços coordenados por vários atores em uma composição sistêmica.

No campo institucional, é notória a presença de instituições em todos os subsistemas apontados no item “c)”: instituições, especialmente públicas, de pesquisa e educação, e, dentre elas “instituições de aprendizagem” como a FIOCRUZ, que integra pesquisa e educação, bem como inovação e produção; instituições de financiamento público, como o BNDES e a FINEP, e de formulação de políticas públicas; presença de fundos privados em empresas que têm se fundido e conglomerado nos últimos anos, ainda que o financiamento privado de P&D no Brasil seja extremamente baixo.¹⁴²

Todos esses agentes encontram-se em um esforço de articulação institucional composta e na busca de um direcionamento integrado da política, a partir da criação e composição do GECIS como inteligência do sistema, fazendo parte, como visto, do conceito de Complexo Industrial da Saúde – CIS, por determinação legal. A criação do GECIS resultou justamente da necessidade, verificada a partir da atuação estatal, de integrar os diferentes elos dos vários subsistemas em um fórum onde diferentes interesses podem ser consensuados e coordenados, nos termos do item “d)”, e novas ideias, modelos e instrumentos podem surgir, suprimindo em parte o item “b)”.

No campo do financiamento, item “g)”, existe a presença de duas instituições fortes, com dotações orçamentárias específicas e clara definição de políticas e programas direcionados ao setor. Em especial, o Inova saúde apresenta o tipo de capital paciente e de longo prazo, bem como o direcionamento específico para diminuição do atraso tecnológico em relação a insumos de saúde. Nesse campo também podem ser incluídas as compras públicas e as formas de estímulo tecnológico relacionadas à PNTIS, como as ETECs, as MECs e as PDPs.

Assim, é possível afirmar a existência de um aparelho estatal multifacetado e diversificado, com instituições dedicadas à promoção e execução de políticas de ciência, tecnologia e inovação, “incluindo um conjunto completo de instrumentos de política de inovação tanto do lado da oferta, quanto da demanda (embora, neste caso, com menor grau de diversificação)”¹⁴³ (MAZZUCATO; PENNA, 2016, p. 10).

¹⁴² Dados de 2010 do IBGE apontam que, na indústria farmacêutica, apenas 0,1% de seu esforço de pesquisa no Brasil (GADELHA *et alii*, 2012, p. 36).

¹⁴³ No original: “A multifaceted state apparatus of agencies devoted to the promotion and execution of science, technology, and innovation policies, including a full toolbox of supply- and demand-side instruments”.

A articulação dos estímulos à política industrial e de inovação com as necessidades do SUS é outro ponto que alcança uma característica não elencada pelos autores referidos, mas discutida no capítulo 4 a partir das contribuições de Otaviani (2008), que é a característica de distributividade do sistema, ou seja, o investimento público tanto na infraestrutura de pesquisa e educação, produção e inovação e os financiamentos operados pela FINEP e BNDES têm que retornar de algum modo para a sociedade brasileira na forma de tecnologias de bem-estar que possam ser usufruídas por todos em um sistema universal, integral e equitativo como o SUS.

De todas as políticas adotadas, aquela em que o Estado aparece explicitamente como empreendedor, fortalecendo seus laboratórios públicos como elo do sistema e articulando com o setor privado políticas de financiamento, de expansão da capacidade produtiva e de inovação, são as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Seus pressupostos e arcabouço institucional devem ser tomados como modelo para o aperfeiçoamento e direcionamento de outras políticas relativas ao CEIS.

Os pontos fracos das políticas estudadas recaem justamente sobre os pontos “a)”, “e)”, “f)”, “h)” e “i)”. Na verdade, o que se tem no setor saúde é uma política orientada por missões “implícita” (MAZZUCATO; PENNA, 2016), onde não se assume plenamente a condição de Estado empreendedor, inclusive devido a uma agenda macroeconômica voltada para políticas de austeridade. A ausência desse claro compromisso estatal em assumir os riscos deve-se, em parte, à ausência de um pacto entre as diferentes forças políticas para a definição desse processo como política de Estado e como objetivo nacional.

De um modo geral, a ausência de uma proposta clara de Estado empreendedor compromete a adoção de instrumentos financeiros e não financeiros ousados e combinados, baseados na não linearidade do processo de inovação e respeitando suas características, propostos no item “a)”. É preciso, em consonância com o item “i)”, determinar claramente as missões a serem atingidas, como reversão do peso de fármacos e medicamentos na balança comercial, garantia de abastecimento do SUS em medicamentos relevantes, redução do hiato tecnológico em áreas específicas do CEIS, elevação do gasto com P&D e fortalecimento da relação da academia com o setor produtivo. A partir dessa definição, os instrumentos existentes podem ser manejados, avaliados e aperfeiçoados (nos

termos do item “e)” e “h)”), possibilitando a construção das vias para vencer o desafio social e econômico maior, que é completar o processo de desenvolvimento econômico e produzir a homogeneização social proposta pelo desafio furtadiano e assumida pelo artigo 3º da Constituição Federal de 1988.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, é preciso voltar ao ponto de partida. Nesse balanço final, importa retomar as hipóteses, desconfianças e intuições iniciais que guiaram a pesquisa. Verificar o que precisou ser abandonado e o que foi capaz de, até o fim da reflexão, sustentar-se como esteio do pensamento. Para expor, agora articuladamente, as descobertas alcançadas em cada capítulo e os percursos que permitiram sua emergência ao longo do trabalho.

Desde o começo da pesquisa, a ideia-força que estruturou o estudo aqui realizado foi o desafio furtadiano. Ao combinar o debate teórico com a compreensão da história política e econômica brasileira, a perspectiva histórico-estrutural de Celso Furtado continuou atual, pois foi capaz de, até suas últimas obras, acompanhar a dinâmica econômica mundial, oferecendo um instrumental teórico capaz de interagir com as intensas mudanças trazidas pela nova etapa da globalização, em curso a partir do final dos anos 1970 e com mais força ao longo dos anos 1990.

Esse processo, que é combinado com a ofensiva neoliberal contra o Estado Social, na forma de políticas de austeridade e diminuição do Estado, afetando tanto países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos, é especialmente dramático para os últimos, pois coloca em risco, nestes, as possibilidades de construção de um caminho autônomo de desenvolvimento e de produção de bem-estar, parecendo condená-los, definitivamente, a compor uma indistinta periferia do mundo.

É esse o ponto fundamental do desafio furtadiano. Buscar maneiras de afirmar um sistema econômico nacional capaz de reagir à integração passiva e subalterna na dinâmica da economia mundial. Essa provocação permanece atual e instiga a busca de respostas para além da teoria furtadiana, em formações teóricas que guardem em comum a afirmação do papel de liderança do Estado em relação ao processo de desenvolvimento, e que entendam o subdesenvolvimento como uma das formas que assumiu o progresso técnico da dinâmica mundial. Celso Furtado afirmava que nenhuma lei da necessidade histórica condenava os países a permanecerem subdesenvolvidos, ainda que as estruturas que os conformam sejam reproduzidas ao longo dos anos. Uma ruptura é sempre possível, a partir, claro, de

um ator fundamental, que é o Estado, atuando por meio de políticas planejadas, específicas e direcionadas.

Portanto, buscaram-se na literatura, entre os anos 1980 até o momento, perspectivas dentro da economia política que satisfizessem os requisitos dessa ideia básica, e foi possível identificar no pensamento dos economistas neoschumpeterianos (em especial os que pensaram a partir da periferia, como Eduardo Albuquerque, José Eduardo Cassiolato, Helena Maria Martins Albuquerque e Carlos Augusto Grabois Gadelas) e na perspectiva do Estado empreendedor definida por Mariana Mazzucato e esposada, no Brasil, por Caetano Penna, pontos de contato com o pensamento furtadiano.

Entre as teorias de Furtado e Mazzucato, é possível apontar os seguintes pontos em comum: a) desfazimento de mitos econômicos: o subdesenvolvimento não é uma etapa do desenvolvimento, e não é preciso retirar o Estado da economia para que ela possa crescer; b) ambos partem da base keynesiana para afirmar a necessidade de intervenção do Estado na economia, mas essa intervenção deve seguir uma intencionalidade voltada para o desenvolvimento, sendo, em Furtado, a construção de mudanças estruturais, por meio da industrialização e da diminuição dos padrões de consumo, e em Mazzucato, a definição de um caráter estatal empreendedor e dinâmico na liderança mesmo do processo de inovação tecnológica e atuação em setores estratégicos selecionados pela própria Inteligência do Estado; c) o consequente rechaço às medidas de austeridade de caráter neoliberal que inibam a capacidade de investimento e de ação do Estado; d) a ideia de espraiamento social dos efeitos do crescimento econômico, gerando verdadeiro desenvolvimento, ou seja, para afirmar um Estado de Bem-Estar, é preciso um programa econômico capaz de gerar progresso técnico e riqueza suficiente para atingir toda a sociedade, sendo a própria produção do bem-estar não só um fator de oneração orçamentária, mas um processo econômico que traz oportunidades de desenvolvimento tecnológico e industrial com efeitos sistêmicos, como no caso da saúde.

Entre neoschumpeterianos e estruturalistas, como Furtado, também são localizados pontos de contato, que foram apontados no desenvolvimento do trabalho: a) a gestação e consolidação das duas teorias no âmbito de agências internacionais definidoras de políticas globais (CEPAL e OCDE); b) a rejeição da concepção neoclássica de desenvolvimento, que tem o livre comércio e as

vantagens comparativas como fator de emparelhamento das nações no processo de desenvolvimento; c) o papel ativo das instituições estatais no processo de desenvolvimento; d) a ideia de especificidade nacional vista por meio de uma economia capitalista dualizada, produtora de desenvolvimento e subdesenvolvimento de outro, baseada na visão de Schumpeter acerca da distribuição desigual dos ganhos tecnológicos.

Em relação aos neoschumpeterianos e sua noção de sistemas de inovação, a crítica feita por Mazzucato é uma indefinição *a priori*, dentro desses sistemas nacionais, do que seria esse “papel ativo” do setor público. Aqui a autora afirma sua tese de que não é qualquer ação estatal que pode atingir efeitos na economia do conhecimento. Certamente, não é uma política orientada por falhas de mercado, nos moldes da teoria econômica conservadora, que alcançará esse resultado, mas sim o que se define como políticas orientadas por missões.

Nesse último modelo, a atuação do Estado é definida por estratégias claras e específicas que buscam responder os grandes desafios nacionais. Isso exige diagnósticos e prognósticos adequados e aproveitamento das vocações, instituições e organização econômica de cada país, sob a liderança estatal. Nesse ponto, mais uma vez encontra-se correspondência com o pensamento furtadiano: não existe receita universal, e a superação dos obstáculos ao desenvolvimento deve ser dada política e economicamente dentro do horizonte de cada país, mas deve envolver, acrescenta-se, setores estratégicos de promoção de bem-estar como forma de atingir a homogeneização social pretendida.

A articulação dessas três compreensões (em seus aspectos complementares) no âmbito da economia política foi aplicada à atuação do Estado brasileiro no campo da saúde, entendida não só como direito social, mas como bem econômico e espaço próprio de acumulação de capital, representando um setor economicamente dinâmico e altamente dependente de tecnologia, concentrando investimentos em P&D no mundo todo. É também um campo em constante expansão de demanda global, em especial nos países que, como o Brasil, verificaram uma mudança no padrão de morbimortalidade em razão do aumento progressivo da expectativa de vida e do envelhecimento da população. Nesse perfil, verifica-se a emergência significativa de pacientes com doenças crônicas e degenerativas, para as quais não há cura, mas a possibilidade de deter seu processo de evolução, o que gera mais gasto público e maior pressão tecnológica

na área, em termos de serviços, equipamentos e medicamentos, em especial de base biológica.

A combinação histórica de desmercantilização do acesso e mercantilização da oferta em ações e serviços de saúde ao longo do século XX produziu três formas básicas de sistemas sanitários nacionais: os institucionais-distributivos ou universalistas, os securitários e os residuais. O Sistema brasileiro foi se constituindo historicamente ainda na Primeira República, em especial a partir dos anos 1920, por força do primeiro movimento sanitarista, de perfil campanhista e voltado para as áreas rurais. Começam ações estatais de saúde pública com perfil universalista, mas que não incluía qualquer forma de assistência médica ou hospitalar, deixada aos particulares ou às caixas de previdência organizadas espontaneamente pelas categorias de trabalhadores.

A partir da Era Vargas, instala-se a dualidade institucional no âmbito do Estado, e a saúde pública é prestada por meio do MESP, depois MES e, já nos anos 1950, MS. Já a saúde previdenciária, apenas para trabalhadores ligados ao mercado formal, fica concentrada inicialmente em órgãos setoriais, sob comando da pasta ministerial do trabalho, indústria e comércio, e, depois, reunidos em um só instituto previdenciário público, na forma do INAMPS. A dualidade só foi superada pela Constituição de 1988, com a criação do SUS e sua posterior regulamentação pela Lei nº 8.080/1990, a partir do movimento da Reforma Sanitária.

A adoção de um sistema universal, integral e equânime, com feição institucional-distributiva, reclama a adoção de políticas econômicas e sociais capazes de sustentar a tarefa de prover ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde para todos, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal. Assim, a atuação do Estado na garantia do direito à saúde irmana-se com sua função de direção e regulação da atividade econômica, no sentido de alcançar condições de desenvolvimento nacional com perfil distributivo, conforme previsto no artigo 3º da Constituição Federal. Por isso, a preocupação do trabalho foi muito mais dirigida à compreensão da saúde no campo da economia política, focando nas políticas de natureza econômica estabelecidas para o setor.

Para construir, nesse campo, um entendimento das relações entre os atores públicos e privados e da natureza sinérgica de sua interação, Carlos Gadelha propôs, em 2012, o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Tributário do conceito de Complexo Médico-Industrial criado nos anos 1970-1980

pelo movimento sanitário, de viés marxista, o CEIS é uma evolução do CIS (Complexo Industrial da Saúde, conceito ainda utilizado na legislação brasileira), na medida em que engloba todos os setores produtivos da saúde, incluindo os serviços (que passam a ser prestados, cada vez mais, com características industriais).

O CEIS combina elementos marxistas, estruturalistas e neoschumpeterianos: entende a saúde como um campo de negócios e de acumulação de capital, sujeito aos fluxos da economia capitalista; compreende sua condição estratégica e a possibilidade da ação estatal sobre o setor para gerar efeitos econômicos estruturais e promover homogeneização social; toma a inovação como motor da economia da saúde, inserindo seu complexo produtivo no âmbito de uma categoria setorial do sistema nacional de inovação.

Nesse contexto, o CEIS caracteriza-se como um sistema interdependente, envolvendo indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados, e um conjunto de prestadores de serviços de saúde (em especial o Estado, no caso de sistemas universalistas), que consomem esses produtos, com compras de bens e serviços, conhecimento e tecnologia. Sua inserção como foco específico do sistema nacional de inovação em saúde permite compreender como se comporta o ambiente econômico que o envolve e como atua o conjunto de decisões intencionais e planejadas, ou, ainda, não planejadas e complexas que impulsionam o processo de inovação em saúde nas economias capitalistas, por meio de uma rede institucional envolvendo instituições, atores e mecanismos, institutos de pesquisa, sistema educacional, firmas e seus laboratórios de pesquisa e desenvolvimento, agências governamentais, estrutura do sistema financeiro, leis de propriedade intelectual e as universidades, segundo suas estruturas de incentivos e capacitações para o setor tecnológico específico da saúde.

Desta forma, além de uma construção teórica no campo da economia política da saúde, o CEIS constitui-se como categoria de planejamento, ação e direção das políticas estatais endereçadas ao setor produtivo (indústria, comércio e serviços), bem como ao setor de ciência, tecnologia e inovação, e, especialmente, ao setor social da saúde, combinando os aspectos próprios de cada um em estratégias capazes de expandir a capacidade produtiva, o progresso tecnológico e a prestação estatal da saúde em termos universais, integrais e equânimes.

A partir dessa compreensão, examinaram-se as políticas definidas pelo Governo Federal para o CEIS ao longo dos anos 2002-2014, e suas atualizações até 2018. O recorte temporal adotado justifica-se pela retomada da política industrial brasileira, a partir de 2004, expressa na PITCE (2004-2008), na PDP (2008-2010) e no Plano Brasil Maior (2011-2014), sendo o setor da saúde tomado como estratégico em todas essas formulações e em todos os planejamentos.

As políticas estudadas foram agrupadas em cinco categorias fundamentais: fomento à produção, transferência de tecnologia, incorporação de produtos tecnológicos e busca da inovação no âmbito dos laboratórios públicos; articulação institucional do setor público para atividades de promoção e regulação no âmbito do CEIS; uso das compras do Estado como ferramenta para o desenvolvimento do CEIS; programas de transferência de tecnologia e estímulo à inovação nacional pública e privada por meio dos instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS); financiamentos específicos para o desenvolvimento do CEIS pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Financiadora de Inovação e Pesquisa (FINEP).

O exame das políticas evidenciou a capacidade da liderança estatal em articular diferentes atores e instituições, sob a forma do GECIS, determinando um ponto a partir do qual podem ser irradiadas ações e programas integrados para todo o setor. O fortalecimento dos laboratórios públicos e a expansão de sua capacidade produtiva e tecnológica por meio, principalmente, das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), contando com o financiamento estatal via BNDES, e a participação obrigatória do setor privado demonstram a possibilidade real de compor políticas integradas, orientadas por uma missão específica, envolvendo os atores chave para alavancar o desenvolvimento tecnológico em um setor estratégico para a política social.

O papel do Estado nesse processo é crucial, uma vez que é o principal comprador e tomador de serviços frente ao complexo produtivo da saúde, sendo, ainda, responsável por sua regulação. O uso das compras públicas articulado pela PNITS na forma de encomendas tecnológicas, medidas de compensação tecnológicas e parcerias produtivas, além das alterações legislativas que privilegiam a indústria nacional, expressa essa capacidade estatal de, pelo manejo dos instrumentos de direito econômico, definir políticas que superam a atuação em

falhas de mercado e se apresentam, pelo menos implicitamente, como políticas orientadas por missões.

O quadro se completa por meio das instituições públicas de financiamento, como a FINEP, a partir do Inova Saúde; e o BNDES, por meio do PROFARMA I, II e III, que passa a contemplar também a inovação em saúde. Esse quadro, no entanto, só será plenamente atingido quando se estabelecerem formas de financiamento perene e paciente, capazes de suportar a incerteza do processo de inovação. Para isso, é preciso capital público disponível.

O emprego da perspectiva do Estado empreendedor tornou possível reconhecer a potencialidade de atuação do Estado brasileiro nesse sentido e sua capacidade de responder, pelo menos no que tange à promoção do desenvolvimento tecnológico, ao desafio furtadiano. No campo da saúde, a presença, ainda que não expressamente declarada, de uma missão orientando a definição e a articulação do grupo de políticas adotadas para o CEIS acima expostas, combinada com a própria natureza do SUS e o papel fortalecido do Estado, demonstram que assumir a condição de empreendedor é, mais do que tudo, uma exigência da Constituição Econômica brasileira, além de uma realidade em plena construção nos últimos anos, apesar dos retrocessos recentes.

A utilidade da categoria proposta por Mariana Mazzucato, o grande salto, enfim, da ideia de Estado empreendedor em relação ao Estado Desenvolvimentista, o Estado Regulador e o Estado Social, com os quais sua perspectiva guarda relação, é realçar o papel da liderança do Estado. É a natureza e a qualidade da intervenção estatal, operada por meio das políticas orientadas por missões, que o diferencia. Sua atuação não está limitada a construir um ambiente econômico favorável por meio da regulação jurídica, nem a promover a indústria nacional na superação do processo de substituição de importações, não sendo, também, direcionada apenas pela promoção da justiça social e do bem-estar social e econômico. O Estado é um agente ativo do processo econômico, que define setores estratégicos, emprega capital paciente e de longo prazo, constrói sistemas técnico-científicos, estimula com suas compras a expansão da capacidade produtiva nacional e dirige o processo inovativo por meio de instituições-chave que articulam todos os setores e entre estes o mercado. É uma forma específica e intensiva de atuação estatal no campo do desenvolvimento capitalista.

Isso só é possível à medida que a governabilidade política afaste a adoção de medidas de austeridade, tais como as adotadas claramente a partir do segundo Governo Dilma Rousseff, em 2015, e ao longo do Governo Michel Temer, em especial com a PEC 55/2016, com trágicos efeitos a curto, médio e longo prazo sobre o campo da saúde. A indisponibilidade do investimento público e a retração estatal produzidas por essas medidas inviabilizam o perfil do Estado empreendedor. Portanto, é preciso, acima de tudo, reverter o processo iniciado logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, de subordinação da Constituição Econômica à Constituição financeira. O desenvolvimento autônomo do Brasil, com distribuição justa dos benefícios socioeconômicos e inserção não subalterna na economia mundial, é a exigência constitucional construída pelo sonho intenso de gerações de intelectuais, políticos, líderes populares e, ainda que inconscientemente, da grande massa que sofre diariamente com a pobreza, a fome e a injustiça real. Esse sonho resiste e tem urgência em ser realizado.

Referências Bibliográficas

Constituições e Legislação:

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891.**

Brasília: Câmara Federal. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html>. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934.**

Brasília: Presidência da República. Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937.** Brasília:

Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946.** Brasília:

Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967.** Brasília:

Presidência da República. Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF:

Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-201.** 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei nº 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. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.349, de 15 de dezembro de 2010**. Altera as Leis nºs 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.958, de 20 de dezembro de 1994, e 10.973, de 2 de dezembro de 2004; e revoga o § 1º do art. 2º da Lei nº 11.273, de 6 de fevereiro de 2006. Presidência da República, Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12349.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012**. Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários devidas pelas empresas que especifica; institui o Programa de Incentivo à Inovação Tecnológica e Adensamento da Cadeia Produtiva de Veículos Automotores, o Regime Especial de Tributação do Programa Nacional de Banda Larga para Implantação de Redes de Telecomunicações, o Regime Especial de Incentivo a Computadores para Uso Educacional, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência; restabelece o Programa Um Computador por Aluno; altera o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Indústria de Semicondutores. Presidência da República. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12715.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015**. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935. Presidência da República, Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19

de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Presidência da República, Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto 11.578, de 12 de maio de 2008**. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - GECIS, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578imprensa.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto 7.546, de 02 de agosto de 2011**. Regulamenta o disposto nos §§ 5º a 12 do art. 3º da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e institui a Comissão Interministerial de Compras Públicas. Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7546.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.807, 17 de setembro de 2012**. Dispõe sobre a definição de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS, para fins do disposto no inciso XXXII do caput, e no § 2º, do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Presidência da República. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7807.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017**. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Presidência da República. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9245.htm#art21. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 9.283, de 07 de fevereiro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, o art. 24, § 3º, e o art. 32, § 7º, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, o art. 1º da Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, e o art. 2º, caput, inciso I, alínea "g", da Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e altera o Decreto nº 6.759, de 5 de fevereiro de 2009, para estabelecer medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, com vistas à capacitação tecnológica, ao alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional. Presidência da República. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9283.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

Livros, artigos e demais obras de referência

ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS. **Universidades públicas respondem por mais de 95% da produção científica do Brasil**. Disponível em: <http://www.abc.org.br/2019/04/15/universidades-publicas-respondem-por-mais-de-95-da-producao-cientifica-do-brasil/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Massacre de Manguinhos, triste marco da ciência brasileira, completa 43 anos, 1993**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/massacre-de-manguinhos-triste-marco-da-ciencia-brasileira-completa-43-anos>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. Notas sobre os determinantes tecnológicos do catching up: uma introdução à discussão sobre o papel dos sistemas nacionais de inovação na periferia. **Revista de Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 221-253, maio/ago., 1997.

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. Sistema nacional de inovação no Brasil: uma análise introdutória a partir de dados disponíveis sobre a ciência e a tecnologia. **Revista de economia política**, São Paulo v. 16, n. 3, p. 56-62 1996.

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta; CASSIOLATO, José Eduardo. As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: Uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o Caso Brasileiro. **Estudos FeSBE I**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

ALÉM, Ana Cláudia; CAVALCANTI, Carlos Eduardo de Siqueira. BNDES e o apoio a internacionalização das empresas brasileiras: algumas reflexões. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, p. [43]-76, dez. 2005.

ALMEIDA, Mansueto. Política Industrial e Crescimento. **Radar: tecnologia, produção e comércio exterior**, n. 1, abr. 2009, Brasília: Ipea, 2009-2011.

ALMEIDA, Saulo Felipe Caldeira de. **Campeões nacionais: o papel do BNDES e a atuação do sistema brasileiro de defesa da concorrência**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.

AMORIM, Ricardo L. C. A CF/88: economia e sociedade no Brasil. In: CARDOSO JR., José Celso (org.). **A Constituição Brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social**, vol. 1. Brasília, IPEA, 2009.

ANJOS, Edmundo Belarmino Ribeiro dos. Pressupostos Conceituais do Estado Empreendedor na Constituição Federal de 1988. **Journal of Law and Regulation**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 289-322, 2016.

ARAGÃO, Cecília Vescovi de. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 48, n. 3, p. 104-132, set.-dez., 1997.

ARAÚJO, Denise Maria de. **Política industrial e TI: um estudo econômico-jurídico do uso do poder de compra do Estado no Brasil (2012-2016)**. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ARAUJO, Silvio; MEDEIROS, Mauricio Zuma. Compras Públicas, Inovação e Desenvolvimento Industrial: Evidências do Setor Brasileiro de Vacinas. **XXXIV Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 25-29 set. 2010.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à Ciência das Finanças**. 15. ed. Atualizador: Dejalma de Campos. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BELLUZZO, Luis Gonzaga. 2005. O Dólar e os desequilíbrios globais. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 224-232, jul.-set., 1999.

BERCOVICI, Gilberto. **Constituição econômica e desenvolvimento**: uma leitura a partir da constituição de 1988. São Paulo: Malheiros, 2005.

BERCOVICI, Gilberto. **Os princípios estruturantes e o papel do Estado**. In: CARDOSO JR., J. C. (org.). A Constituição Brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social, vol. 1. Brasília, IPEA, 2009.

BERCOVICI, Gilberto. Estado de exceção econômico na periferia do capitalismo. **Pensar** – Revista de Ciências Jurídicas, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 95-99, fev. 2006.

BERCOVICI, Gilberto. Política econômica e direito econômico. **Pensar** – Revista de Ciências Jurídicas, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 562-588, jul./dez. 2011.

BERCOVICI, Gilberto. Complexo industrial da saúde, desenvolvimento e proteção constitucional ao mercado interno. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-42, jul./out. 2013.

BERCOVICI, Gilberto. **Soberania e constituição**: para uma crítica do constitucionalismo. São Paulo: Quartier Latin, 2008.

CORONEL, Daniel Arruda; DE AZEVEDO, André Filipe Zago; CARVALHO CAMPOS, ANTÔNIO. Política industrial e desenvolvimento econômico: a reatualização de um debate histórico. **Brazilian Journal of Political Economy/Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 34, n. 1, p.103-119, 2014.

BERCOVICI, Gilberto; MASSONETTO, L. F. A constituição dirigente invertida: a blindagem da Constituição Financeira e a agonia da Constituição Econômica. **Boletim de Ciências Econômicas**, Coimbra, n. XLIX, p. 57-77, 2006.

BICALHO, Alécia Paolucci Nogueira. A Contratação direta das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDPs) como instrumento de alavancagem do Programa do Complexo Industrial da Saúde – PROCIS. **Revista Negócios Públicos**, Curitiba: Negócios Públicos, mar. 2015.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. **Pensamento econômico brasileiro**: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo, 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BIJOS, Leila, Finanças Públicas e Intervenção Estatal no Japão. **Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 39-69, jan./jun. 2016.

BITTENCOURT, Pablo F.; CARIO, Sílvio A. F. O Conceito de Sistema Nacional de Inovações: das raízes históricas à análise global contemporânea. **XXI Encontro Nacional de Economia Política** – A Economia Política da Recessão, São Bernardo do Campo: SP, 2016.

BOITO JR, Armando. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. **Fórum Econômico da FGV**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16866/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 dez. 2016.

BOITO JR, Armando. Estado e burguesia no capitalismo neoliberal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 28, p. 57-73, jun. 2007.

BOITO JR, Armando. O lulismo é um tipo de bonapartismo? Uma crítica às teses de André Singer. **Crítica Marxista**, Campinas, v. 37, p. 171-181, 2013.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. Saúde e previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro, São Paulo: Cebes; Hucitec. **Saúde em debate**, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Economia da saúde para a gestão do SUS**: financiamento público de saúde. Brasília: MS, 2013. eixo 1, v. 1. (Série Ecos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986, **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República; Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento; Ministério da Ciência e Tecnologia; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES; Financiadora de Estudos e Projetos- FINEP; Agência de Promoção das Exportações – APEX Brasil. **Diretrizes da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior – PITCE**. Brasília, 2003.

BRASIL. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES; Ministério da Fazenda; Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Política de Desenvolvimento Produtivo**: Inovar e investir para sustentar o crescimento. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Casa Civil da Presidência da República; Ministério da Fazenda; Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

e Social – BNDES; Financiadora de Estudos e Projetos- FINEP **Plano Brasil Maior: Inovar para competir. Competir para crescer – Balanço Executivo 2 anos.** Brasília, 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Empresários, o governo do PT e o desenvolvimentismo. **Revista de Sociologia e Política**, online, v. 21, n. 47, p. 21-29, set. 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Por que o Brasil cresce pouco desde 1990-1991. **Revista Margem Esquerda: Dossiê Brasil, que desenvolvimento?**, São Paulo, n. 23, p. 21-31, nov. 2014.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo de desenvolvimento de Kaldor. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 51-67, abr.-jun., 1975.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Teoria novo-desenvolvimentista: uma síntese. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 19, p. 145-165, jul.-dez., 2016.

BRUSTOLIN, Vitelio Marcos; DE OLIVEIRA, Cleber Almeida; SENNA, Claudio José D.'Alberto. Análise das práticas de OFFSET nos contratos de defesa no Brasil. **REVISTA DA EGN**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 169-196, 2016.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins; PIERONI, João Paulo. Apoio do BNDES ao complexo industrial da saúde: a experiência do Profarma e seus desdobramentos. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 3-20, mar. 2008.

CAMPOS, André. Raça ou Doença? O Problema Vital do Brasil. **Ipotesi: Revista de Estudos Literários**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 45-52, 1998.

CAMPOS, Francisco. **O Estado Nacional**. Brasília: Edições do Senado, 2001.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Empresário industrial e desenvolvimento econômico no Brasil**. São Paulo: Difel, 1964.

CARDOSO, Fernando Henrique. Desenvolvimento, o mais político dos temas econômicos. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 15 n. 4 (60), p. 148-155, out./dez, 1995.

CARDOSO, Fernando Henrique; FALETTO, Enzo. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARDOSO JR, José Celso (ed.). **A Constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social**, volume 1. Brasília: IPEA, 2009.

CARNEIRO, Ricardo. **Navegando a contravento** (Uma reflexão sobre o experimento desenvolvimentista do Governo Dilma Rousseff). Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 289, mar. 2017.

CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018.

CASAS, Carmen Phang Romero. Do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Industrial da Saúde. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHEIRO, José da Rocha; CASAS, Carmen Phang Romero. **Medicamentos no Brasil**: inovação & sucesso. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 25-39.

CASSIOLATO, Jose Eduardo. **The role of user-producer relations in innovation and diffusion of new technologies**: lessons from Brazil. 1992. Tese (Doutorado em Economia). University of Sussex.

CASSIOLATO, José Eduardo; LASTRES, Helena Maria Martins. Sistemas de Inovação e Desenvolvimento: as implicações de política. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 34-45, jan./mar., 2005.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. **Power, ideology and public health in Brazil (1889-1930)**. Tese (Department of Sociology). Cambridge: Harvard University, 1987.

CHANG, Ha-Joon. **Chutando a Escada**: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: UNESP, 2004.

CIEB - Centro de Inovação para a Educação Brasileira. Estudos #6. **Compras governamentais e inovação modalidades e alternativas para aquisição de tecnologia educacional**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://cieb.net.br/wp-content/uploads/2018/09/Estudo-6.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

CORDEIRO, Hésio. A medicina de grupo e o complexo medico-industrial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 22-37, 1983.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2147-2158, 2018.

COSTA, Wagner Cabral. Celso Furtado e a formação econômica do Brasil: uma interpretação. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v. 2, n. 2, p. 39-59, 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o Direito Sanitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, 1988. p. 327-334.

DATHEIN, Ricardo. Teoria neoschumpeteriana e desenvolvimento econômico. *In*: DATHEIN, Ricardo (org.). **Desenvolvimentismo**: o conceito, as bases teóricas e as políticas. Estudos e pesquisas IEPE series. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 193-222.

DE TONI, Jackson. **Novos arranjos institucionais na política industrial do governo Lula: a força das novas ideias e dos empreendedores políticos**. 2013. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DE TONI, Jackson (org.) **Dez anos de Política Industrial: Balanço e perspectivas**, v. 1, Brasília: ABDI, 2015.

DIAS, Elaine Cristina Ferreira *et al.* A Dependência de Insumos Farmacêuticos Importados no Brasil: Um Estudo de Caso do Medicamento Antirretroviral Nevirapina no Laboratório Farmacêutico Oficial Farmanguinhos. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 125-133, 2016.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Política de Desenvolvimento Produtivo: nova política industrial do governo**. (Nota Técnica, n. 67). São Paulo: Dieese, 2008.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. (Nota Técnica, n. 102). **Considerações sobre o Plano Brasil Maior**. São Paulo: Dieese, 2011.

DINIZ, Eli. O Estado Novo: estrutura de poder e relação de classes. *In*: FAUSTO, Boris (org). O Estado Novo: estrutura de poder, relações de classe. **História geral da civilização brasileira**. São Paulo: Difel, v. 3, 1981.

DINIZ, Eli. Desenvolvimento e Estado desenvolvimentista: tensões e desafios para a construção de um novo modelo para o Brasil do séc. XXI. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 47, p. 09-20, set. 2013.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e sociedade**. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília F. O Estado Novo: estrutura de poder. Relações de classe. *In*: FAUSTO, Boris (org.). **História Geral da Civilização Brasileira**. volume 3. São Paulo: Difel, 1981. p. 77-120. t. III.

DOSI, Giovanni *et al.* **Technical change and economic theory**. Laboratory of Economics and Management (LEM), Sant'Anna School of Advanced Studies, Pisa, Italy, 1988.

DRAIBE, Sônia Mirian. **Rumos e Metamorfoses: Estado e Industrialização no Brasil (1930-1960)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

EDQUISIT, Charles (org.). **Systems of Innovation: Technologies, Institutions and Organizations**. London: Pinter, 1997.

ESCOBAR, Arturo. **La invención del Tercer Mundo: Construcción y deconstrucción del desarrollo**. Venezuela: Fundación Editorial el perro y la rana, 2007.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOREL, Sarah. **Saúde pública**: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

SCOREL, Sarah. Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2453-2460, 2015.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 83-119.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 59-81.

SPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FAGUNDES, Jorge. Política industrial e defesa da concorrência no Japão, 2015. Disponível em: http://faestudos.com.br/admin/download/artigos/Políticas_de_Defesa_da_Concorren_cia_no_Japao.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

FAGUNDES, Jorge; DANTAS, Alexis Toríbio. Poder de Compra do Estado e competitividade: implicações para as políticas públicas. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 7 n. 2, p. 131-162, dezembro de 1997.

FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 62-78, 1992.

FERRAZ, João Carlos; KUPFER, David; MARQUES, Felipe Silveira. Industrial policy as an effective development tool: Lessons from Brazil. *In*: SALAZAR-XIRINACHS, José M.; NÜBLER, Irmgard; KOZUL-WRIGHT, Richard. **Transforming Economies**: Making industrial policy work for growth, jobs and development. Geneva: International Labor Office, 2014. p. 291-305.

FERREIRA, Hugo Luís Pena. **Direito, política econômica e globalização**: formação de um debate. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

FILGUEIRAS, Luiz; GONÇALVES, Reinaldo. **A economia política do governo Lula**. Rio de Janeiro; Contraponto, 2007.

FONSECA, Cristina. M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FREEMAN, Christopher. The National System of Innovation in historical perspective. **Cambridge Journal of Economics**, Cambridge, v. 19 p. 5-24, 1995.

FREEMAN, Christopher. "Innovation and growth," Chapters. *In*: DODGSON, Mark; ROTHWELL, Roy (ed.). **The Handbook of Industrial Innovation**, UK: Edward Elgar Publishing, 1995. Chapter 7, p. 78-93.

FURTADO, Celso. **Brasil: a construção interrompida**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FURTADO, Celso. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2009.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 32. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2003a.

FURTADO, Celso. **O longo amanhecer**: reflexões sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FURTADO, Celso. **Raízes do Subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003b.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento**: enfoque histórico-estrutural, 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

FURTADO, Celso. **Teoria e política do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultura, 1983.

FURTADO, Rosa Freire d'Aguiar. Apresentação. *In*: **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2009. p. 11-16.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **Biotechnology em Saúde**: Um Estudo da Mudança Tecnológica na Indústria Farmacêutica e das Perspectivas de seu Desenvolvimento no Brasil. Dissertação (Mestrado em Economia). Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1990.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Política Industrial: Uma Visão Neo-Schumpeteriana Sistêmica e Estrutural. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 21, n. 4 (84), p. 149-171, out.-dez., 2001.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 521-535, 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan.-fev., 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et alii*. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde**: inovação em complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patricia Seixas da Costa. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 501-513, 2016.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, *et alii* (org.). **Brasil Saúde Amanhã**: complexo econômico-industrial da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

GADELHA, Paulo *et alii* (org.). **Brasil Saúde Amanhã**: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

GARCIA, Álvaro Antônio Louzada. O déficit comercial da saúde. **Carta de Conjuntura FEE**. Porto Alegre, Ano 25, n. 12, 2016. Disponível em: <http://carta.fee.tche.br/article/o-deficit-comercial-da-saude/>. Acesso em: 8 dez. 2019.

GIOVANELLA, Lígia. **Solidariedade ou Competição?** Políticas e sistemas de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

HELLER, Hermann. **Teoria do Estado**. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

HIRATUKA, Célio; SARTI, Fernando. Transformações na estrutura produtiva global, desindustrialização e desenvolvimento industrial no Brasil. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 189-207, mar. 2017.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do Saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Anpocs, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. O que há de novo? políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. *In*: PANDOLFI, Dulce Chaves (org.). **Repensando o Estado novo**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

INTERFARMA –ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. **Guia 2018**, 2012.

IRTI, Natalino. A ordem jurídica do mercado. **Revista de direito mercantil, indústria, econômico e financeiro**: industrial, econômico e financeiro, São Paulo, v. 46, n. 145, jan./mar., p. 44-49, 2007.

JARACH, Dino. **Finanzas públicas e Derecho Tributario**. 3. ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2003.

JOHNSON, Chalmers. **MITI and the japanese miracle: the growth of industrial policy**. Stanford: Stanford Press, 1982.

JORNAL DA USP ESPECIAL. **Relatos de Resistência**. Comissão da Verdade USP, Parte 4, 2018. Disponível em: <http://jornal.usp.br/especial/comissao-da-verdade-da-usp-parte4/>. Acesso em: 23 nov. 2019.

JUDT, Tony. **Um tratado sobre os nossos actuais descontentamentos**. Coimbra: Edições 70, 2016.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à Lei de licitações e contratos administrativos: Lei 8.666/1993**. Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2014.

KEYNES, John Maynard. **The general theory of employment, interest and money**. London: Macmillan, 1936.

KNIGHT, Frank. H. **Risk, uncertainty and proffit**. New York: Cosmo, 2006.

KUPFER, David. Dez anos de política industrial. **Valor econômico**, *online*, v. 8, n. 7, 2013. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/coluna/dez-anos-de-politica-industrial.ghtml>. Acesso em: 09 dez. 2019.

LESSA, Carlos. **O conceito de política econômica: ciência e/ou ideologia?** Campinas, SP: Instituto de Economia da UNICAMP, 1998.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. Oliveira, HOCHMAN, Gilberto. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 27-58.

LOBATO, Monteiro. **Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital**. São Paulo: Brasiliense, 1957.

LOPES, Tiago Camarinha; ALMEIDA FILHO, Niemeyer. Condições históricas do planejamento econômico de natureza capitalista. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 299-302, 2013.

LOVE, Joseph. **A Construção do terceiro mundo: teorias do subdesenvolvimento na Romênia e no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

LUIS, Alessandro Serafin Octaviani. **Recursos genéticos e desenvolvimento: os desafios furtadiano e gramsciano**. Tese (Doutorado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LUNDVALL, Bengt-Ake. **National Systems of Innovation toward a Theory of Innovation and Interactive Learning**. London: Pinter Publishers, 1992.

MALLORQUÍN, Carlos. El estructuralismo de Celso Furtado. **Revista Mensual de Política y Cultura**, *online*, n. 117, 1998. Disponível em: <http://www.redcelsofurtado.edu.mx/archivosPDF/mallorquin7.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2019.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MARTINS, Luciano. **Estado Novo** (verbete). Fundação Getúlio Vargas, CPDOC. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/estado-novo>. Acesso em: 02 dez. 2019.

MASCARO, Alysso Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATIAS-PEREIRA, José. Defesa da concorrência e regulação econômica no Brasil. **Revista de Administração Mackenzie (Mackenzie Management Review)**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 35-55, 2008.

MATHIAS, Maira. **Antes do SUS**: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>. Acesso em: 21 nov. 2019.

MAZZUCATO, Mariana. **O estado empreendedor**: desmascarando o mito do setor público x setor privado. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

MAZZUCATO, Mariana; PENNA, Caetano C. R. Beyond Market Failures: State Investment Banks and the 'Mission-Oriented' Finance for Innovation, **SPRU Working Paper Series**, New York, 2014-21, 2014.

MAZZUCATO, Mariana; PENNA, Caetano C. R. Estado vs. Mercados: uma falsa dicotomia. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 21, p. 8-15, 2015.

MAZZUCATO, Mariana; PENNA, Caetano C. R. **The Brazilian Innovation System**: A Mission-Oriented Policy Proposal. Avaliação de Programas em CT&I. Apoio ao Programa Nacional de Ciência (Plataformas de conhecimento). Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2016.

NASSIF, André. A valsa não totalmente afinada de Laura Carvalho: um ensaio-resenha crítico de Valsa brasileira: do boom ao caos econômico. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 23, p. 11-35, jul.-dez., 2018.

NELSON, Richard R. (ed.). **National innovation systems**: a comparative analysis. Oxford: Oxford University Press, 1993.

NELSON, Richard; WINTER, Sidney. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

NOVAIS, Fernando Antônio. Resenha: Formação Econômica do Brasil. **Revista de História da USP**, São Paulo, v. 23, n. 47, p. 277-279, 1961.

OECD/Eurostat. **Oslo Manual 2018**: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4th Edition, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities, OECD Publishing, Paris/Eurostat, Luxembourg. 2008.

OLIVEIRA, Francisco de. **A navegação venturosa**: ensaios sobre Celso Furtado. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, Lizziane Souza Queiroz Franco de. **Orçamento público na história do constitucionalismo brasileiro**: a Lei 4.320/64 e a permanência do projeto político institucional militar na Constituição de 1988. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Direito, Fortaleza, 2019.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez., 2012.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PIMENTEL, Vitor Paiva *et alli*. Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde. *In*: **BNDES 60 anos: perspectivas setoriais**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2012. p. 300-332.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PONTE, Carlos Fidelis. Bio-Manguinhos: um ponto de confluência entre a saúde pública a ciência e a tecnologia. *In*: AZEVEDO, Nara et alii. **Inovação em saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública**. 2007. p. 85-134.

POSSAS, Mario Luiz. Economia evolucionária neo-schumpeteriana: elementos para uma integração micro-macrodinâmica. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 281-305, 2008.

QUENTAL, Cristiane; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; FIALHO, Beatriz de Castro. O papel das instituições de C&T na dinâmica da inovação da indústria farmacêutica. *In*: **II Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz**, Resumos, p. 216, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

RAUEN, André Tortato. Encomendas tecnológicas no Brasil: novas possibilidades legais. **Repositório IPEA**. Brasília, IPEA, 2018.

REIS, José Roberto Franco. Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 279-304, 2015.

REY, Mabel Twaites. O Estado em debate: transições e contradições. **Revista Margem Esquerda**, São Paulo, n. 25, nov. 2010.

RIBEIRO, Cassio Garcia. Encomendas tecnológicas realizadas pela FAB: o programa KC-390. **Radar**, n. 52, ago. 2017, Brasília: IPEA.

SAMPAIO, Plínio de Arruda. Para além da ambiguidade: uma reflexão histórica sobre a CF/88. *In*: CARDOSO JR., José Celso (org.). **A Constituição Brasileira de 1988 revisitada**: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social, vol. 1. Brasília, IPEA, 2009. p. 37-50.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças**: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Capitalismo, socialismo, democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **A teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultural, 1988.

SILVA, Erivam Paulo da. **O uso do poder de compra do estado como instrumento de política pública**: a lei complementar nº 123/2006, sua implementação. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Suzana Tavares. Sustentabilidade e solidariedade em tempos de crise. *In*: NABAIS, José Casalta; SILVA, Suzana Tavares. **Sustentabilidade fiscal em tempos de crise**. Coimbra: Almedina, 2011, p. 61-91.

SINGER, André. Cutucando onças com varas curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). **Novos estudos CEBRAP**, n. 102, p. 39-67, 2015.

SQUEFF, Flávia de Holanda Schmidt. **O Poder de Compras Governamental como Instrumento de Desenvolvimento Tecnológico**: Análise do Caso Brasileiro. Texto para discussão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada n. 1922. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

STEIN, Guilherme de Queiroz; HERRLEIN JÚNIOR, Ronaldo. Política industrial no Brasil: uma análise das estratégias propostas na experiência recente (2003-2014). IPEA, **Revista planejamento e políticas públicas** (PPP), n. 47, jul./dez. 2016.

STEIN, Yolanda. PAC da Saúde – O BNDES é o elo que faltava. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília: IPEA, Ano 5, 39. ed., 2008.

STIGLITZ, Joseph. **O preço da desigualdade**. Lisboa: Bertrand Editora, 2014.

SZMRECSÁNYI, Tamás. Sobre a formação da Formação econômica do Brasil de C. Furtado. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n. 37, p. 207-214, set./dez. 1999.

SUNDFELD, Carlos Ari; SOUZA, Rodrigo Paçani De. Parcerias para o desenvolvimento produtivo em medicamentos e a Lei de Licitações. RDA – **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 264, p. 91-133, set./dez. 2013.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, p. 7-17, 2007.

TEIXEIRA NETO, Luiz. **A dialética da doença e outros temas correlatos**. Fortaleza: Nação Cariri, 1983.

TENÓRIO, Marge; MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza D.Ávila. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1441-1454, 2017.

TEMPORÃO, J. G.; GADELHA, C. A. G. A estruturação do mercado de vacinas no Brasil e a consolidação do segmento público. *In*: AZEVEDO. Nara et alii. **Inovação em saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

TORRES, Ricardo Lobo. **O Orçamento na Constituição** (Tratado de Direito Constitucional Financeiro e Tributário, vol. V), 2. ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

VARGAS, Marco A.; ALMEIDA, Águida Cristina S.; GUIMARÃES, Ana Luiza C. Parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDPs/MS): Contexto Atual, Impactos no Sistema de Saúde e Perspectivas para a Política Industrial e Tecnológica na Área da Saúde [Internet]. **Texto para Discussão**, n. 20, 2017.

VARGAS, Marco. BRITTO, Jorge. A systemic innovation policy with an inclusive perspective: the evolution of the Brazilian policy to the pharmaceutical sector. **Globelics Working Paper Series**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 01-30, 2015.

VARRICHIO, Pollyana C. SUS: o maior comprador de medicamentos do país. **Radar** n. 52, ago. 2017, Brasília: IPEA.

VIANA, Ana Luíza D.; SILVA, Hudson P.; ELIAS, Paulo EM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 7-20, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. A política de desenvolvimento produtivo da saúde e a capacitação dos laboratórios públicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 Sup, 2. ed., 2016.

VILLELA, Taís Nasser; MAGACHO, Lygia Alessandra Magalhães. Abordagem histórica do Sistema Nacional de Inovação e o papel das Incubadoras de Empresas na interação entre agentes deste sistema. **Seminário Nacional de Parques**

Tecnológicos e Incubadoras de Empresas, v. 19, 2009. Disponível em: http://www.genesis.puc-rio.br/media/biblioteca/Abordagem_historica.pdf. Acesso em: 22 nov. 2019.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. O governo provisório de 1930 e a reforma administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 5-68, 1975.

WEFFORT, Francisco. Notas sobre a teoria da dependência: teoria de classe ou ideologia nacional. *In*: WEFFORT, Francisco **O populismo na política brasileira**. 4. ed., Rio de Janeiro, 1980.

WILLEN, Bob; HANNA, Jim; ZUAZUA, Maurice. **GCC Defense Offset Programs: the trillion-dollar opportunity**. South Korea: A. T. Kerneys, 2013. Disponível em: <https://www.atkearney.com/documents/20152/435017/GCC%2BDefense%2BOffset%2BPrograms%2B-%2BThe%2BTrillion-Dollar%2BOpportunity%2Bv2.pdf/8a562913-96d3-585b-42e0-9f32f086f195?t=1493941890355>. Acesso em: 15 ago. 2018.

WOLF, Ana Paula. **Política industrial e desenvolvimento**: comparação entre a política de campeões nacionais adotada pela Coréia do Sul e a adotada pelo Brasil. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas). Universidade Federal do Paraná, 2016.

Sites institucionais consultados (para histórico e descrição de projetos):

ABIFINA - Associação Brasileira de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. Disponível em: <http://www.abifina.org.br>. Acesso em: 14 dez. 2018.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. PROFARMA I, II e III. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2019.

FINEP - Financiadora de Inovação e Pesquisa. Programa Inova Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.finep.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2019.