



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Grabois Gadelha, Carlos Augusto; Silveira Costa, Laís
Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios
Revista de Saúde Pública, vol. 46, núm. 1, diciembre, 2012, pp. 13-20
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240203003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Carlos Augusto Graboís Gadelha^{I,II,III}

Laís Silveira Costa^{III}

Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios

Health and development in Brazil: progress and challenges

RESUMO

A sustentabilidade estrutural do sistema de saúde brasileiro remete ao padrão de desenvolvimento do País em função de como este se expressa e reproduz na saúde de sua população. Isso decorre não somente de sua dimensão social como também da econômica, uma vez que responde por parcela significativa do produto interno bruto e da criação de empregos, e exerce relevante impacto na geração de inovação e competitividade nacional. O governo federal tem institucionalizado o papel da saúde na agenda de desenvolvimento nacional devido a seu caráter estratégico. A despeito disso, a fragilidade de sua base produtiva continua configurando importante vulnerabilidade para o Sistema Nacional de Saúde e para uma inserção competitiva em ambiente globalizado, sinalizando que a efetivação virtuosa da relação entre saúde e desenvolvimento envolve uma ruptura de paradigmas cognitivos e políticos que separam, de forma estanque, a ordem econômica da social.

DESCRIPTORES: Desenvolvimento Econômico, tendências. Desenvolvimento Tecnológico, políticas. Sistema Único de Saúde, economia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Política de Saúde.

ABSTRACT

The structural sustainability of the Brazilian health system refers to the country's pattern of development according to how this pattern is expressed and reproduced in the Brazilian population. This derives not only from its social dimension, but also from the economic one, as it accounts for a significant part of the gross domestic product and of job creation, and produces a great impact on the generation of innovation and national competitiveness. The federal government has institutionalized the role of health in the national development agenda due to its strategic aspect. Despite this, the fragility of its productive base continues to be a major vulnerability for the National Health System and for Brazil's competitiveness in a global environment. This signals that the virtuous establishment of the relation between health and development involves the rupture of cognitive and political paradigms that separate, in an impermeable way, the economic from the social order.

DESCRIPTORS: Economic Development, trends. Technological Development, policies. Unified Health System, economics. National Science, Technology and Innovation Policy. Health Policy.

^I Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{II} Mestrado Profissional em Política e Gestão de CT&I em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde. ENSP-Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Carlos Augusto Graboís Gadelha
Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos
Pav. Carlos Augusto da Silva, 2º andar
21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: carlos.gadelha@saude.gov.br

Recebido: 10/2/2012

Aprovado: 21/9/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

O papel estratégico da saúde na agenda de desenvolvimento e a relação de mútua causalidade entre esses campos têm sido amplamente reconhecidos. Políticas e ações em saúde apresentam benefícios que extrapolam a especificidade do setor – a de proporcionar o bem-estar da população –, a exemplo de seu impacto na geração de emprego, renda e de inovação.^{9,14,23} Por sua vez, o campo da saúde coletiva reconhece que as condições de saúde dependem de fatores atinentes aos padrões nacionais de desenvolvimento, a saber: distribuição de renda, grau de pobreza, condições de trabalho, de alimentação e nutrição, saneamento, lazer, padrão de crescimento econômico, entre outros determinantes sociais.^{5,15,19,20}

Por essa razão, a saúde tem sido crescentemente incorporada na agenda de desenvolvimento nacional, em especial a partir da década de 2000, quando se iniciou no País a busca por uma trajetória de desenvolvimento que articula as dimensões sociais e econômicas.

A despeito disso, a desarticulação das políticas de inovação e social no Brasil, assim como a forte assimetria de poder na agenda de saúde, têm pautado uma relação hierárquica entre os interesses econômicos e sociais envolvidos. Isso compromete a realização de um padrão de desenvolvimento incluyente e pauta a crescente relevância de se aprofundar a análise entre saúde e desenvolvimento.

No presente artigo adota-se um olhar sistêmico da saúde, entendendo-a como um serviço no contexto de um processo de produção, com variáveis econômicas e sociais. É utilizada a abordagem da economia política, uma vez que pretende analisar a saúde considerando todas as suas dimensões (e não somente a social), reconhecendo a existência de interesses diversos, protagonizados por atores com forças assimétricas.²⁴

Partindo desse olhar, observa-se na institucionalização de seu caráter estratégico um possível passo na direção da articulação entre saúde e desenvolvimento, que pressupõe tanto o fortalecimento do papel do Estado quanto da participação social. Em se concretizando de forma virtuosa, materializam-se condições para equilibrar as tensões existentes entre os interesses coletivos e privados dessa agenda e superar parte das dicotomias observadas entre a lógica sanitária e econômica da saúde. Essa tensão entre a lógica social e a econômica é inerente ao sistema capitalista e refere-se à dialética entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.¹⁸

Na análise da relação entre os dois campos, busca-se superar a abordagem restrita à seguridade social para considerar a dinâmica e o padrão de transformação da sociedade contemporânea, marcada por um processo intensivo de globalização fortemente assimétrica e de

uma terceira revolução tecnológica.⁷ Por tal motivo, o artigo adota a perspectiva estruturalista de Furtado,^{2,6} que tem mostrado entendimento das trajetórias nacionais de desenvolvimento em um contexto global assimétrico, enfatizando, inclusive, a necessidade de se evitar a polaridade modernização-marginalização.^{2,6,21} Para Furtado, “desenvolvimento” relaciona-se tanto com homogeneização social quanto com o desenvolvimento de um sistema produtivo eficiente que apresente uma relativa autonomia tecnológica.²

No Brasil, entretanto, os avanços observados na diminuição da pobreza e inclusão de parcela significativa da população na classe média realçaram a fragilidade da base produtiva e tecnológica em saúde. Há necessidade de se conhecerem os instrumentos aportados para o desenvolvimento de todo o complexo da saúde no País, adequá-los ou aprofundá-los.

Assim, o foco deste estudo sobre a relação entre saúde e desenvolvimento está nas inovações tecnológicas em saúde, sem prejuízo do entendimento de sua relação com o sistema produtivo como um todo e do papel crucial dos serviços de saúde. O protagonismo dos serviços é enfatizado pela sua função de articulador desse sistema produtivo (com impacto tanto sobre as inovações tecnológicas quanto aquelas organizacionais) e pelo seu papel primordial (se comparado à indústria) na geração de renda e emprego na saúde.^{9,13}

Este artigo teve por objetivo apresentar como se estabelece a priorização da saúde no contexto contemporâneo de desenvolvimento e problematizar as iniciativas em curso para o seu fortalecimento. Apresentam-se as dimensões diversas da saúde e sua institucionalização nas políticas produtivas nacionais; os desdobramentos concretos da centralidade política adquirida pela saúde, ponderando acerca de seus limitantes. Finalmente, são traçadas algumas considerações acerca das consequências do estabelecimento de uma agenda virtuosa ou não entre saúde e desenvolvimento.

CONCEITOS E CONDICIONANTES DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

A saúde tem sua importância para a seguridade social como fator básico de cidadania. É parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento, sobretudo devido ao seu peso na economia e à sua posição de liderança em investimentos de pesquisa e desenvolvimento (P&D).

A importância dos serviços é crescente na geração de emprego e renda mundiais.^{14,16,17} No caso específico da saúde, responde por parcela significativa do esforço

de P&D mundial e articula tecnologias relacionadas a uma inserção competitiva internacional na sociedade contemporânea do conhecimento (nanotecnologia, biotecnologia, tecnologia de informação e comunicação, entre outras). Além da questão tecnológica, é intensiva em mão de obra especializada e seu mercado é crescente, devido ao envelhecimento da população, que aumenta a demanda por serviços de saúde.¹¹

Essas características são também observadas no Brasil, enfatizadas pelo porte da população nacional, pela institucionalidade do sistema de saúde brasileiro e pelas melhorias no estágio de desenvolvimento nacional na última década. Reafirma-se, assim, a relevância de se entender o caráter intrínseco entre esses dois campos de estudo.

Nesse sentido, esta análise baseia-se nas categorias fundamentais da economia política, que considera a saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital, captando sua complexidade.²² Propicia, assim, a politização do debate e a identificação das tensões inerentes ao convívio entre os interesses sanitários e os econômicos presentes na agenda da saúde.¹⁰

A saúde é analisada a partir de uma abordagem estruturalista, capaz de promover um entendimento de caráter integrado e multidimensional.⁴ A proposta é enfatizar os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira, sua inserção em uma economia intensivamente globalizada, assim como sua relação com uma difusão do progresso técnico e do conhecimento, assimétrica e dissociada das necessidades locais.⁹

Nesse sentido, Albuquerque,² revisitando as teorias de Furtado, aponta para a necessidade de se promover o desenvolvimento tecnológico articulando os sistemas de inovação e bem-estar social. Dessa forma superar-se-a a histórica polaridade modernização-marginalização, observada desde o primeiro ciclo desenvolvimentista brasileiro em que houve o processo de modernização tecnológica simultâneo ao de marginalização social.²

A não superação dessa polaridade é um dos entraves para o Brasil alcançar um círculo virtuoso entre saúde e desenvolvimento.²³ Essa ideia é corroborada pelo fato de que “no caso brasileiro, em que o atraso tecnológico coexiste com o atraso social, a superação de ambos passa pelo fortalecimento das instituições do sistema de inovação do setor saúde”.¹

Ademais, busca-se estabelecer uma análise capaz de superar aquilo que Viana & Elias²³ apontam como “conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo produtivo da saúde, da social, voltada para a proteção social em

saúde”. E parte-se desse olhar sistêmico da “saúde” e de uma conceituação mais abrangente de “desenvolvimento” para entender a relação estabelecida entre os dois campos.

“Desenvolvimento” é aqui entendido como um “processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas (...) são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas”.⁶ Esse conceito é adotado tanto por considerar a importância do bem-estar da população quanto por politizar as decisões econômicas referentes às trajetórias tecnológicas adotadas em uma dada sociedade.

A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País.

Além de constituir um mercado de mais de R\$ 160 bilhões por ano no Brasil, é responsável por 14 milhões de empregos diretos e cinco milhões de indiretos. Adicione-se a isso o fato de que a participação da saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo nacional em 2009 perfaz aproximadamente 9% do produto interno bruto, observado no consumo final de bens e serviços.^a

Ainda, no campo econômico, a saúde configura um complexo de atividades produtivas (industriais e de serviços) que relacionam segmentos cruciais da sociedade contemporânea baseadas no conhecimento e na inovação, identificando-a com fatores de competitividade global, sendo responsável por 25% do esforço nacional em pesquisa.¹²

Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população”.²³ Por essas questões, recentemente, a saúde foi situada no centro da estratégia voltada para fazer convergir as dimensões social e econômica na trajetória de crescimento do País, conforme se depreende dos principais documentos macropolíticos do período.

RECONHECIMENTO MACROPOLÍTICO DO PROTAGONISMO DA SAÚDE NO BRASIL

A primeira década de 2000 caracterizou-se pela busca por engendrar um padrão de desenvolvimento dinâmico e socialmente justo. No âmbito das políticas públicas, essa proposta de desenvolvimento buscou aliar as orientações para a montagem de um sistema de proteção

^a Conta Satélite da Saúde Brasil, 2007-2009 (IBGE, 2012) e Valor Setorial (2011). Hospitais, Equipamentos e Serviços médicos, novembro de 2011.

social com a retomada de uma estratégia econômica dinâmica e mais autônoma.

No campo da saúde essa perspectiva desdobrou-se ao enfatizar suas demais dimensões, além da social. Entretanto, tal estratégia se deparou com um importante déficit de conhecimento em saúde, cuja superação é condição imperativa à atenção das necessidades de saúde da população e à inserção competitiva na economia global. Em especial ao se considerarem os desafios trazidos pelo novo perfil epidemiológico, aliados à crescente incorporação tecnológica nesse segmento de serviços sociais e aos limitantes referentes à pressão pela redução dos crescentes custos em saúde.

A despeito da existência de uma base científica instalada e de uma base produtiva diversificada (fruto das políticas do período desenvolvimentista nacional), produtos da área de saúde, sobretudo os de maior densidade tecnológica, sofreram perda de competitividade em função de processos de desnacionalização.^{8,23} Consequentemente, indústrias que poderiam alavancar a economia do País e aproximar a oferta da demanda social não conseguem se instalar e permanecer no mercado, gerando efeitos deletérios tanto para a saúde da população quanto para o desenvolvimento nacional.

Esse quadro levou ao reconhecimento da necessidade de adensar a base de conhecimento da saúde e de implementar iniciativas para alcançar um modelo de desenvolvimento ao mesmo tempo socialmente inclusivo e economicamente competitivo, determinando uma trajetória estratégica de inserção no cenário global.

As ações de política industrial para a área foram retomadas e, em 2003, foi lançada a Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), que situa a cadeia produtiva farmacêutica como estratégica por articular tecnologias portadoras de futuro (nanotecnologia, biotecnologia e química fina). Retomam-se, dessa forma, duas questões centrais na agenda macropolítica atual: a defesa da necessidade de uma política industrial e a importância de se selecionarem setores estratégicos para fomentar o desenvolvimento nacional.³

O lançamento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, também reflete o protagonismo da saúde, que, entretanto, passou a ser reconhecido de forma mais sistemática a partir de 2007. O ponto de partida desse novo contexto é o reconhecimento do caráter estratégico do complexo produtivo da saúde, que se refere às atividades produtivas em saúde, abarcando as indústrias e os serviços. Observou-se, na época, grande convergência nas orientações macropolíticas do governo, em função do

impacto da elevada visibilidade do papel estratégico e da vulnerabilidade da base produtiva da saúde para os formuladores de políticas e tomadores de decisão.^b

Em decorrência, o Programa Mais Saúde, o “PAC da Saúde”, lançado em 2007, define o Complexo Industrial da Saúde como um dos eixos estratégicos para a política de saúde. Assim, pela primeira vez, foi reconhecido no âmbito setorial que a redução da vulnerabilidade da política social brasileira pressupõe o desenvolvimento da base produtiva e da inovação em saúde. Sem tal medida, ficam ameaçados programas intensivos em conhecimento, a exemplo do bem-sucedido Programa Nacional de Imunização, dos programas oncológicos, de tratamento de aids, cardiologia, entre outros.

Em 2008 foi lançada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que situou o complexo da saúde como uma das seis áreas estratégicas portadoras de futuro. E, sob a designação de “Insumos em Saúde”, o Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação 2007-2010 do Ministério da Ciência e Tecnologia também colocou a saúde como uma das áreas estratégicas, orientando o financiamento e a atuação do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia & Inovação.

Essas diretrizes foram intensificadas e, em 2011, o Plano Brasil Maior deu continuidade à PITCE e à PDP. O Plano não somente reafirma o protagonismo da saúde como um dos segmentos estratégicos a serem fomentados no País, mas também estabelece diretrizes para a intensificação do estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento produtivo na saúde e do uso do poder de compra no Estado no setor.

A defesa do uso do poder de compra por parte do Estado reside em seu potencial de articular a demanda para se alcançarem objetivos relacionados ao desenvolvimento nacional. Por exemplo, o setor privado é informado das necessidades públicas, estimulando o desenvolvimento de soluções inovadoras para o perfil de demanda da sociedade, conforme observam Schmidt & Assis (2011). Os autores apontam um grande “potencial de aperfeiçoamento de infraestrutura e serviços públicos em geral”, enfatizando a possibilidade de contribuir para outros objetivos de políticas públicas, além da finalidade específica da compra em questão.^c

Essa é uma política emblemática para o desenvolvimento da base de Ciência e Tecnologia (C&T) em saúde. Ao orientar uma trajetória tecnológica competitiva e orientada socialmente, essa política permite articular, simultaneamente, interesses sociais e econômicos. O potencial desse instrumento na saúde está em ser um segmento intensivo em C&T e por ser

^b Gadelha CAG, Costa LSC. Trajetória Brasil 2003-2009: a saúde na perspectiva da proposta de desenvolvimento do Governo Federal. Nota Técnica desenvolvida para o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos.

^c Schmidt FH, Assis LRS. O Estado como cliente: característica das firmas industriais fornecedoras do Governo. *Radar*. 2011;(17):10-20.

substantiva a representatividade da demanda governamental nesse setor.^c

As parcerias para o desenvolvimento produtivo, por sua vez, apresentam importante potencial para a reversão seletiva dos gargalos da base produtiva nacional. Elas permitem a internalização de tecnologias necessárias para a produção de insumos estratégicos para a prestação dos serviços de saúde.

Em 2012, a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação reafirma a prioridade do segmento de fármacos e do complexo produtivo da saúde como um todo. A Estratégia enfatiza a necessidade de promoção de mecanismos de estímulo à inovação em saúde e de intensificação da transferência tecnológica para os laboratórios públicos nacionais. Além disso, aponta uma série de lacunas da base produtiva inovativa nacional que precisam ser superadas.

Assume-se, dessa forma, que o enfrentamento do desafio de redefinir e impulsionar o desenvolvimento do sistema produtivo da saúde depende, por sua natureza, de uma política transversal, pressupondo a articulação de várias instâncias da área da saúde, bem como das demais esferas de governo.

DESDOBRAMENTOS DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Para avaliar se a trajetória engendrada está se estabelecendo como uma relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, torna-se relevante não somente destacar os desdobramentos concretos das políticas da última década, mas também os obstáculos.

A retomada das ações de política industrial para a área é um primeiro desdobramento, orientada pelas macropolíticas de setores diversos (saúde, ciência e tecnologia, comércio exterior e industrial). Uma de suas expressões é a busca pela internalização da produção de fármacos no Brasil, mediante o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento produtivo entre farmoquímicas nacionais e os laboratórios oficiais que possuem acesso ao mercado público. Esse processo tem um marco importante: a produção nacional do efavirenz em 2009 (via licenciamento compulsório), sinalizando que o acesso e a qualidade de vida podem orientar a política de inovação. Nesse sentido, essas parcerias apresentam particular potencialidade para orientar socialmente o adensamento tecnológico nacional.

Entretanto, passados três anos, e a despeito de terem sido estabelecidas mais de 30 parcerias para a produção de produtos essenciais para programas de imunização, saúde da mulher, aids, tuberculose, entre outros, apenas cinco produtos estão registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e começaram a ser produzidos via parcerias.

Essa morosidade tem a ver tanto com as características da produção em saúde como com obstáculos inerentes a esse processo no Brasil, a exemplo da estrutura subdimensionada de pessoal da Anvisa. Isso sugere que, desde o estabelecimento dessas parcerias, o Ministério da Saúde deveria ter pactuado com a referida agência que todos os produtos de parceria de desenvolvimento deveriam ser avaliados prioritariamente. Além desses empecilhos, os produtores públicos encontram-se limitados, quanto ao desenvolvimento de competências técnicas, à capacidade de gestão do laboratório e às boas práticas de fabricação da Anvisa. Além disso, não existe no Brasil um *expertise* de transferência tecnológica do setor privado para o público. Todos esses fatores combinados aumentam a morosidade da efetividade dessa política.

Ainda no que se refere às políticas para a orientação social do desenvolvimento econômico, tem se estabelecido no País uma base para o uso mais abrangente do poder de compra do Estado voltado para o desenvolvimento tecnológico em saúde. O Plano Brasil Maior reconhece o potencial das compras públicas para o fomento à competitividade de setores cuja demanda governamental seja significativa no mercado em que atua, caso da saúde. A Lei 12.349/2010, regulamentada pelo Decreto 7.546/2011, prevê margem de preferência de até 25% para a compra de produtores nacionais, sendo possível considerar no cálculo geração de emprego e renda, impacto na arrecadação de impostos, desenvolvimento nacional, entre outros. Também se pretende utilizar a compensação tecnológica (*off set*), com a função de avaliar a possibilidade de realizar compras cujo critério de análise inclui interesses de desenvolvimento tecnológico, superando o critério de menor preço.

Além dessas medidas em implementação no momento, tem crescido a articulação da política de assistência farmacêutica para a transformação da base produtiva nacional de medicamentos. Os ganhos obtidos incluem participação dos genéricos nas vendas da indústria, evolução do gasto público com a compra direta de medicamentos e expansão do programa de Farmácia Popular. Entretanto, esses benefícios decorrentes do fortalecimento da base produtiva e da formação de competências nacionais sofrem risco de reversão em função da falta de uma base endógena de inovação e da acirrada competição internacional.

Outro desdobramento refere-se ao apoio à inovação em produtores públicos de vacinas, reagentes para diagnóstico e biofármacos (notadamente Fiocruz e Butantan). Essas iniciativas associam a estratégia de imunização ao desenvolvimento tecnológico local, utilizando-se do poder de compra, para ter acesso a tecnologias de empresas líderes mundiais. A criação da Hemobrás, em Pernambuco, representa a estratégia nacional para

a obtenção de autossuficiência na produção de hemoderivados, cujo déficit representou US\$ 1,7 bilhão no balanço comercial em 2011.

A despeito das iniciativas detalhadas, ainda se observa uso limitado do poder de compra do Estado, fruto do estágio embrionário dessa política, do modelo de financiamento da saúde (cuja composição é incompatível com o modelo político institucional do Sistema Único de Saúde – SUS). Da mesma forma, o domínio de análises enviesadas veiculadas na mídia limita o estímulo à inovação e ao desenvolvimento produtivo dos setores intensivos em tecnologia.

A entrada de instituições da área econômica e de C&T na priorização da produção e da inovação em saúde representa uma quebra de paradigma na atuação articulada entre as dimensões sociais e econômicas do desenvolvimento. Neste sentido chama-se atenção para a atuação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, que ampliou o escopo de seu Programa para a área farmacêutica para todo o complexo industrial, em 2007 e agora visa reestruturar tal iniciativa para aumentar o apoio à inovação em saúde. Ainda no campo de C&T, destaca-se também os fundos de subvenção à saúde da Financiadora de Estudos e Projetos.

A efetividade de tais políticas, e em particular sua potencialidade para fomentar a orientação social do desenvolvimento tecnológico nacional, ainda está por ser observada. A questão tecnológica, talvez mais do que qualquer outro campo da saúde, reflete a dicotomia entre os interesses sociais e econômicos. A falta de convergência da agenda de inovações das indústrias da saúde e a necessidade das políticas de saúde remete à influência de agentes diversos no processo e a complexidade dos interesses em jogo.^{16,17,24} E é justamente o tratamento desarticulado das variáveis econômicas e sociais da saúde que tem estabelecido indesejável relação hierárquica entre elas com efeitos deletérios para a população.

O fortalecimento do Sistema Nacional de Inovação precisa estar articulado ao estado de bem-estar brasileiro. Sem isto, os interesses econômicos tendem a exercer influência sobre esta agenda e orientar os recursos da inovação em saúde para parcela restrita da sociedade. Neste caso, a relação entre saúde e desenvolvimento continuaria sendo observada, porém não de forma virtuosa, reafirmando-se a importância de fortalecer o protagonismo dos serviços na dinâmica de inovação em saúde. Especialmente, porque eles são os demandantes de toda a produção industrial e são aqueles que representam a interface com os usuários, cuja participação política precisa ser mais atuante no sentido de equilibrar os interesses assimétricos desta agenda.

A constituição de uma base endógena de inovação orientada pelos serviços requer uma rede de instituições que ancorem a estratégia nacional, o que pressupõe o fortalecimento de instituições de excelência de serviços em saúde de maior intensidade de conhecimento.⁹ Como reflexo desta percepção, buscou-se aproximar a dimensão social da de inovação também no campo da assistência à saúde, a exemplo dos investimentos realizados no *Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia* e do novo Campus Integrado do *Instituto Nacional do Câncer*.⁹ Entretanto, o arcabouço normativo vigente e as características da incorporação tecnológica mencionadas têm se configurado como obstáculos ao fortalecimento do protagonismo dos serviços na orientação da geração, uso e difusão de inovação e à formação de uma rede nacional com polos de inovação que possa atuar de modo regionalizado.

A despeito da importância crescente dos serviços na formação de produto e renda na sociedade contemporânea, as iniciativas até o momento apontadas visam mais diretamente à necessidade de superar a defasagem do parque industrial brasileiro. Esse fato é coerente com o debate contemporâneo sobre a desindustrialização brasileira e a necessidade de tornar competitivo o parque industrial brasileiro. Reconhece-se que a indústria continua sendo um elo estratégico para o uso, geração e difusão de inovação que impacta todo o sistema produtivo. Apesar do esforço direcionado, ainda não são observados ganhos substanciais à articulação do desenvolvimento científico e tecnológico com a indústria nacional.

Assim, essas importantes iniciativas com desdobramentos concretos, têm sua efetividade ainda por se observar. Análises futuras poderão fomentar a qualificação de iniciativas políticas para o desenvolvimento do complexo da saúde e verificar se o modelo engendrado será capaz de alcançar uma relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da importância estratégica do complexo produtivo da saúde, inclusive no âmbito social, remete à necessidade de reestruturação dinâmica do sistema produtivo da saúde. Em decorrência, o Estado passou a buscar integrar a lógica econômica e a sanitária desse complexo intersetorial.

Contudo, a evolução do déficit comercial da saúde, que atingiu US\$ 10 bilhões em 2011,⁴ ameaça uma atuação soberana na política nacional de saúde.¹¹ Essa situação indica que os instrumentos disponíveis ainda são insuficientes para cumprir tanto a agenda de

⁴ Dados elaborados pelo Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, a partir de estatísticas da Rede Alice, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Acesso em janeiro de 2012.

desenvolvimento quanto os objetivos setoriais. Além das dificuldades apontadas neste artigo, há aquelas que remetem à própria estrutura do Estado nacional – falta de isonomia tributária, sobrevalorização cambial, baixo investimento em P&D nacional e o modelo de gestão do Estado, pautando desafios estruturais ao fortalecimento da base produtiva nacional.

Essa questão é particularmente relevante ao se considerar o fortalecimento do domínio nacional e do próprio Estado sobre o processo de geração e difusão de tecnologia; a incorporação tecnológica passa a ser resultante não apenas da dinâmica do capital, mas da luta política da sociedade organizada. Ou seja, a depender do modelo de desenvolvimento em curso no Brasil, pode-se desenvolver a base produtiva da saúde ao mesmo tempo em que se estabelece uma orientação social desse desenvolvimento tecnológico.

Conclui-se que a efetivação virtuosa da relação entre saúde e desenvolvimento envolve uma ruptura de paradigmas cognitivos e políticos inscritos inclusive na Constituição Federal de 1988 que separa, de forma estanque, a ordem econômica da social. Ou melhor, a agenda social teria que de fato protagonizar a arena decisória da política econômica. Isso remete para a necessidade de se implementarem mudanças profundas

na organização do Estado brasileiro, introduzindo espaços transversais de diálogo, de formulação e implantação de políticas públicas.

Há, de fato, iniciativas favoráveis às mudanças necessárias, conforme mostrado no corpo desta análise entretanto com impactos limitados. Isso se deve à segmentação observada na formulação da política nacional em suas dimensões relacionadas à competitividade e aos objetivos de inclusão social e redução das desigualdades. Em decorrência disso, o País encontra-se em meio a um processo cujo resultado ainda não está definido.

Uma visão menos simplista da situação sugere que uma orientação sistêmica do desenvolvimento nacional, capaz de conduzir a uma agenda virtuosa da relação estabelecida entre saúde e desenvolvimento, depende da vontade política por parte da sociedade (ainda pouco organizada).

Tal análise remete à adequação de uma visão a partir do arcabouço da economia política da saúde e à percepção do entendimento dos interesses envolvidos nessa agenda. Da mesma forma, a ascensão da voz política da população é condicionante para um projeto de desenvolvimento nacional pautado por um modelo de sociedade que contemple o interesse social e econômico da coletividade.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque EM, Souza SGA, Baessa AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(2):277-94. DOI:10.1590/S1413-81232004000200007
2. Albuquerque EM. Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. In: Saboia J, Carvalho FJC, organizadores. Celso Furtado e o século XXI. Barueri: Manole/ Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ; 2007. p.181-203.
3. Barbosa AF, Mendes RC, Sennes R. Avaliação da política industrial, tecnológica e de comércio exterior para o setor farmacêutico. São Paulo: Febráfarma; 2007. (Estudos Febráfarma, 13).
4. Bosi MLM, Gastaldo D. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1197-200. DOI:10.1590/S0034-89102011000600023
5. Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health Hum Rights*. 2010;12(2):31-48.
6. Furtado C. Dialética do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1964.
7. Gadelha CAG. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. *Saude Debate*. 2007;29(71):327-37.
8. Gadelha CAG, Maldonado JMSV. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.247-81.
9. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TW, Lima LD, organizadores. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.
10. Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.209-37.
11. Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Vargas MA, Barbosa P, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
12. Guimarães R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Esp):3-10. DOI:10.1590/S0034-89102006000400002
13. Hauknes J. Services in innovation: innovation in services. Oslo; 1998. (Step report,13).
14. Kon A. Economia dos serviços: teoria e evolução no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
15. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. A relação entre capital social e suporte social com a adequação da utilização da atenção pré-natal.

- Cad Saude Publica*. 2011;27(Supl 2):s237-53.
DOI:10.1590/S0102-311X2011001400011
16. Lehoux P. The problem of health technology: policy implications for modern health care systems. New York: Routledge; 2006.
 17. Lehoux P, Williams-Jones B, Miller F, Urbach D, Tailliez S. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(4):251-4. DOI:10.1258/jhsrp.2008.007173
 18. Marx K. O capital. São Paulo: Nova Cultura; 1988. (Coleção Os economistas).
 19. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Supl 2):s135-40. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400002
 20. Rosa TEC, Benicio MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):40-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000100008
 21. Saboia J, Carvalho FJC, organizadores. Celso Furtado e o século XXI. Barueri: Manole/ Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ; 2007.
 22. Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulg Saude Debate*. 2007;(37):7-20.
 23. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(Supl):1765-77. DOI:10.1590/S1413-81232007000700002
 24. Viana ALD, Nunes AA, Silva HP. Complexo produtivo da saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec/ Cealag; 2011. p.75-101.

O Grupo de Inovação em Saúde conta com apoio sistemático da Organização Pan Americana de Saúde (Contrato nº ENSP-043-CAC-12).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Este artigo foi modificado no dia 22/02/2013 com as seguintes alterações:

Pág. 14, 1ª. coluna, 5º. parágrafo, 13ª. linha

Onde se lê | *Where it reads*: “relações sociais de produção.”^{19”}

Leia-se | *It should read*: “relações sociais de produção.”^{18”}

Pág. 19, referência 9

Onde se lê | *Where it reads*: “Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. (no prelo)”

Leia-se | *It should read*: “Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.”

Pág. 19, referência 10

Onde se lê | *Where it reads*: “Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.23-51.”

Leia-se | *It should read*: “Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.209-37.”

Pág. 19, referência 11

Onde se lê | *Where it reads*: “Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Vargas MA, Barbosa P, Costa LS. A dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, 221 p. (no prelo)”

Leia-se | *It should read*: “Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Vargas MA, Barbosa P, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.”