



Carlos Gadelha  
Laís Costa  
José Maldonado  
Tais Borges



FIOCRUZ

O Informe CEIS, do Grupo de Inovação em Saúde, trata de temas relacionados à produção e inovação em saúde e constitui o resultado de mais de uma década de análise tanto das características, quanto da dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde. O primeiro número buscou conceituar o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e representou uma iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz para estimular a formação de conhecimento na área.

Este segundo número pretende aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica de Inovação em saúde e os interesses sanitários e econômicos relacionados a ela e para tanto baseia-se em um conceito mais amplo da saúde que a situa no cerne da agenda de desenvolvimento nacional. Assim, este Informe aponta os principais desafios para uma articulação virtuosa entre as variáveis sociais e econômicas da saúde, visando minimizar a vulnerabilidade da política de saúde brasileira e promover, sustentavelmente, o desenvolvimento nacional. E finaliza com sugestões para uma agenda de pesquisa sobre o tema.

A revisão desta relação apresenta particular importância neste momento histórico em que o Estado volta a explicitar seu papel primordial na definição e implementação de estratégias de desenvolvimento nacional. E que, ademais, a conjuntura internacional propicia oportunidades para a inserção competitiva brasileira.

### 1. Introdução

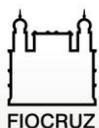
A sustentabilidade estrutural do sistema de saúde brasileiro remete à necessidade de avaliar o padrão de desenvolvimento do país em função da maneira como este se reproduz no âmbito sanitário. Este fato decorre tanto da dimensão social da saúde, como direito garantido na Constituição Federal e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar, como também de sua dimensão econômica, dado que a sua base produtiva responde por parcela importante do PIB, da geração de empregos, assim como mobiliza parcela significativa do investimento em P&D.

A partir desta constatação, o objetivo deste estudo é identificar e analisar a relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento no Brasil, assim como as dinâmicas que reforçam e limitam a política sanitária no país. A revisão desta relação apresenta particular importância neste momento histórico em que se reconhece a

exaustão do modelo neoliberal e o Estado volta a explicitar seu papel primordial na definição e implementação de estratégias de desenvolvimento nacional.

No que toca especificamente à saúde, a relevância desta análise pauta-se de forma mais óbvia pela constatação de que vinte anos se passaram desde a implementação do SUS e, em que pesem os avanços observados, grande parte da população, particularmente aqueles residentes em regiões remotas ou com piores condições socioeconômicas, não tem acesso a serviços de saúde de qualidade (Machado, Lima e Baptista et al., 2008; Viana e Machado, 2008).

Dada a amplitude do tema e as diversas relações envolvidas, adotam-se, neste trabalho, conceitos mais abrangentes de desenvolvimento e de saúde. Nota-se que a incorporação de variáveis sociais, políticas e econômicas na análise



justifica-se em função da relação de causalidade que interessa aqui identificar: qual é o papel da saúde para a promoção e sustentabilidade do desenvolvimento nacional? E, como o padrão de desenvolvimento pode erguer barreiras ou, ao contrário, fomentar o sistema de saúde brasileiro?

Assim, com o intuito de detalhar a articulação entre saúde e desenvolvimento, além desta

introdução, é apresentada a abordagem teórica utilizada para a análise da relação em questão, assim como os conceitos adotados para ambas variáveis. Na sequência, apontam-se exemplos concretos da institucionalização desta relação e são identificados os principais desafios desta agenda. Este Informe finaliza com propostas de investigações voltadas para o estabelecimento de uma relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

## 2. Saúde e Desenvolvimento: abordagem teórica e definições conceituais

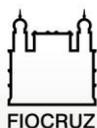
Somente a partir da década de 1980 é que as relações entre saúde e desenvolvimento passaram a ser investigadas mais sistematicamente, apoiando-se, sobretudo, na abordagem da economia da saúde. Apesar de seu importante papel para o reconhecimento do caráter estratégico do campo em questão, tal abordagem é considerada inadequada, uma vez que o conceito de utilidade empregado por ela não se aplica à saúde, particularmente em função do caráter de essencialidade da mesma. Na realidade, a intermediação da saúde encontra-se tanto dentro quanto fora da lógica de mercado, pontuando a pluralidade dos interesses envolvidos e reforçando a importância de se aprofundar a análise entre os dois campos em questão.

Em outras palavras, entende-se que o equilíbrio entre o tamanho do Estado e do mercado no provimento de bens e serviços de saúde e no seu financiamento são elementos essenciais para a consolidação de um sistema de proteção social no Brasil. Entretanto, na investigação da relação entre saúde e desenvolvimento, o debate não deve restringir-se somente a estas questões consideradas pela economia da saúde, uma vez que seriam ignoradas variáveis de suma importância para esta análise, referentes ao padrão nacional de desenvolvimento, à concentração regional e pessoal de renda e, sobretudo, à fragilidade da base produtiva e de inovação em saúde.

Dito isto, a saúde precisa ser considerada a partir de uma abordagem estruturalista que enfatize os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira, sua inserção internacional, assim como sua relação com uma difusão extremamente assimétrica e, muitas vezes, dissociada das necessidades locais de progresso técnico e conhecimento (Gadelha e Costa, 2011). Assim, parte-se de uma abordagem histórica e sistemática das relações entre saúde, desenvolvimento e proteção social no Brasil, incluindo elementos fundamentais nesta relação como a organização do Estado, a questão territorial e as especificidades de políticas de saúde (Machado, Lima e Baptista et. al., 2009).

A partir destas considerações, optou-se, neste estudo, por utilizar o arcabouço teórico conceitual da economia política da saúde, tornando possível não somente a politização do debate como também a identificação das tensões inerentes ao convívio entre os interesses sanitários e os econômicos na agenda da saúde. Ademais, para os propósitos deste Informe, justifica-se a análise da relação entre saúde e desenvolvimento a partir do complexo produtivo da saúde<sup>1</sup>, dado que este articula um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se

<sup>1</sup> Neste Informe utiliza-se o termo complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), como sinônimo de complexo da saúde, complexo produtivo da saúde ou complexo industrial da saúde (CIS).



relacionar virtuosamente em um padrão de desenvolvimento no qual o crescimento econômico e a equidade sejam objetivos complementares (Gadelha, Maldonado & Costa, 2011).

Assim, com base na relação sistêmica entre os segmentos produtivos da saúde, Gadelha et al (2009) caracterizam o complexo da saúde a partir de três subsistemas: um que congrega indústrias de base química e biotecnológica (farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); o outro, indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e, por fim, o de serviços de saúde (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento).

Em decorrência do caráter estratégico das indústrias do CEIS, uma vez que articulam tecnologias portadoras de futuro, a exemplo da química fina, da nanotecnologia e da biotecnologia, este Complexo revela-se como espaço de tensão e de negociação entre os interesses coletivos e os privados, evidenciando a necessidade de atuação do Estado na adequação de seu arcabouço institucional (Machado, Lima e Baptista et. al., 2009).

É desta base conceitual que se parte para analisar a relação entre saúde e desenvolvimento neste momento histórico, particularmente oportuno, conforme apontam Machado, Lima e Baptista et al. (2009), em que urge a atualização dos grandes objetivos da reforma sanitária, implementada em um contexto pautado pelo foco na estabilização financeira e na criação de condições favoráveis ao fluxo de capitais, pela “globalização fortemente assimétrica, (...) revolução tecnológica e (...) recolocação da situação de dependência”, em especial por suscitar atenção para as “barreiras intransponíveis para as políticas setoriais de saúde” decorrentes do atual padrão de desenvolvimento brasileiro (p.24).

Visando entender melhor a relação entre os dois campos, faz-se necessário partir da definição dos mesmos. No que diz respeito ao

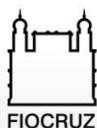
conceito de desenvolvimento, é reconhecida a inadequação do uso dos conceitos “crescimento econômico” e “desenvolvimento” como sinônimos, uma vez que o primeiro é apenas uma das dimensões do segundo. Conforme afirmou Schumpeter (1982): “não será designado aqui como um processo de desenvolvimento o mero crescimento da economia (...), pois isso não suscita nenhum fenômeno qualitativamente novo (...)”.

Furtado (1964, apud Guillén, 2007, p. 143) acrescenta ainda que o desenvolvimento econômico pode, também, ser definido como um “processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas, pré-existentes ou criadas pela própria mudança, são satisfeitas [por meio] de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas”.

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

Em relação à conceituação da saúde, destaca-se sua importância social (com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população), dado que é um bem de utilidade pública, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social, conforme determinado na Constituição Federal brasileira de 1988 que definiu a desmercantilização do acesso à saúde.

Entretanto, e de forma análoga a uma conceituação mais abrangente de desenvolvimento, não se restringe aqui a importância da saúde à sua função social. Parte-se também do reconhecimento de que a participação da saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo nacional



perfaz 9% do PIB (WHO, 2011), observado no consumo final de bens e serviços. Além disto, de acordo com Gadelha e Costa (2010), no que tange ao seu impacto no emprego, não somente as ocupações diretas em saúde crescem significativamente e acima da taxa média das ocupações totais<sup>2</sup>; como também 12% do total de empregos qualificados estão ocupados pelo sistema produtivo da saúde.

Adicione-se a isto a particular relevância da saúde na geração de inovação, por captar parcela importante do investimento em P&D no mundo, em um contexto em que a inovação configura-se como grande diferencial na capacidade competitiva em um ambiente globalizado (Guimarães, 2006; Albuquerque, 2007). Fato este também observado em território nacional dado que, de acordo com Guimarães (2005), a saúde é responsável por ¼ do esforço em pesquisa, situando-a em posição de liderança no que tange ao investimento em P&D para a geração de conhecimento no Brasil.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o complexo da saúde configura-se como importante catalisador de inovação, graças à relação sistêmica entre os serviços em saúde e os segmentos industriais de base biotecnológica, química, mecânica, eletrônica e de equipamentos. Ademais, por serem estes segmentos cruciais para a autonomia tecnológica, fator essencial para promover o desenvolvimento de uma nação<sup>3</sup>, dadas as características da contemporânea sociedade do conhecimento, a saúde guarda intrínseca relação com a competitividade nacional, conforme atestam Gadelha et al. (2009).

Assim, partindo destes conceitos mais abrangentes e fundamentando-se na abordagem da economia política da saúde, Gadelha et al. (2009) revelam a relação entre saúde e desenvolvimento a partir de diferentes evidências críticas da mesma. Em primeiro lugar, os autores reconhecem a saúde como

fator determinante das condições de vida e bem-estar e como protagonista dos sistemas de proteção.

Além disso, ela possui forte impacto sobre a formação de ambiente sócio-institucional capaz de induzir funções de investimento e constitui-se como um campo responsável pelo envolvimento sistemático de um conjunto de atividades produtivas e do setor de serviços, representando importante fonte de geração de renda, emprego e inovação (Gadelha et al., 2009).

Os autores enfatizam, ademais, o caráter estratégico da saúde no cenário internacional, uma vez que esta ocupa posição de liderança no investimento em P&D, transformando-a em importante catalisadora de inovação, em um contexto de progressiva e lenta mudança no paradigma geopolítico, em que se observa maior protagonismo da área da ciência, da tecnologia e da inovação (Gadelha e Costa, 2007; Draibe, 2007).

É justamente em função do caráter estratégico dos segmentos industriais envolvidos, da pressão que sua fragilidade tecnológica impõe sobre o sistema de saúde, refletida no balanço de pagamentos, e do fato de o setor saúde ser responsável pela maior parte dos investimentos em P&D, que iniciativas relacionadas à saúde impactam a dinâmica de desenvolvimento nacional. Deste modo, a saúde representa uma janela de oportunidade de transformação estrutural, de longo prazo, para o desenvolvimento nacional, tornando-se um modelo capaz de aliar dinamismo econômico, inovação e bem-estar.

Outros pontos marcantes desta relação entre saúde e desenvolvimento, apontados por Gadelha et al. (2009), referem-se ao fato de a mesma representar área crítica para a geopolítica internacional e para integração regional, em especial considerando-se que a região de fronteira brasileira ocupa quase 30% do território nacional (Gadelha e Costa, 2007; Costa et al., 2006).

<sup>2</sup> No período entre 2003 e 2007, as ocupações ligadas à saúde cresceram 22% - chegando a 4,2 milhões, enquanto as ocupações totais da economia cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009).

<sup>3</sup> Furtado, 1986, apud Albuquerque, 2007.



FIOCRUZ

Além disso, a saúde está envolvida no arranjo político institucional, nacional e internacional, relacionando as diversas esferas de governo, fator importante, dadas as assimetrias socioeconômicas no território brasileiro. Ressaltam, por fim, no caso brasileiro, dadas suas dimensões territoriais e as desigualdades observadas em solo nacional, o papel da saúde como elemento estruturante da ocupação territorial: a saúde é essencial para a organização das redes urbanas e a delimitação de escalas e limites territoriais, reunindo elementos centrais para o planejamento e implementação de novas políticas de desenvolvimento nacional não concentradoras territorialmente (Araujo, 2006).

Assim, listam-se importantes características da saúde que a relacionam, de modo inequívoco, à trajetória e orientação do desenvolvimento nacional. Note-se que a análise da complexidade desta relação implica entender a saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital. Deste modo, as relações entre saúde e desenvolvimento são entendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população” (Viana e Elias, 2007, p.1766).

Dito isto, a análise aqui empreendida envolve o reconhecimento da existência de interesses de atores diversos que configuram um cenário político com forças assimétricas. E é justamente

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

importância da incorporação de variáveis da ciência política nesta análise.

Assim, o governo brasileiro, partindo da compreensão do potencial de articulação entre saúde e desenvolvimento, sobretudo, em um ambiente geopolítico marcado por um desigual e intenso processo de globalização, passou a priorizar a saúde na agenda de desenvolvimento nacional. Como consequência, o CIS passou a figurar como área estratégica em políticas sociais, como no Mais Saúde (MS, 2007), mas também em políticas produtivas e de geração de conhecimento, como o “PAC da inovação” (MCT, 2007), do Ministério da Ciência e Tecnologia, a Política de Desenvolvimento Produtivo - PDP (Brasil, 2008), do Ministério da Indústria e Comércio Exterior, e o Plano Brasil Maior (Brasil, 2011), lançado em 2011, que dá continuidade tanto à PDP quanto à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior - PITCE (Brasil, 2003).

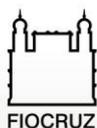
Ainda que estes avanços sejam significativos para a superação de falsas dicotomias observadas entre a lógica sanitária e econômica, restam diversos desafios à efetiva articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

### 3. Desafios para o estabelecimento de uma agenda virtuosa

Neste contexto, considerando a centralidade da saúde na agenda de desenvolvimento e a relação intrínseca entre estas duas dimensões, serão elencados seis grandes desafios à sua articulação virtuosa e efetiva. O primeiro refere-se à qualificação do papel do Estado na estratégia de desenvolvimento nacional, uma vez que no caso da saúde, o Estado é fundamental na orientação do CEIS em um

novo e sustentável padrão de desenvolvimento (Silveira, 2009).

Deste modo, o Estado configura-se como ator essencial na promoção da articulação do sistema nacional de inovação com a saúde (Gadelha, Quental e Fialho, 2003, Gadelha, 2006 e Guimarães, 2006). Sem esta orientação nacional, a tendência é que os investimentos



continuem sendo alocados nas áreas mais dinâmicas, de maior rentabilidade econômica, e concentradoras de mão de obra qualificada, acarretando a não coincidência entre as demandas sociais e o mapa de investimentos privados (MI, 2003; Araujo, 2006).

Assim, o Estado tem que atuar como agente promotor de desenvolvimento, a partir da adequação das orientações macropolíticas e de estratégias diversificadas de fomento, além do fortalecimento de seu arcabouço regulatório, entre outras coisas. Como desdobramento prático, é de fundamental importância o uso de seu poder de compra, dado o modelo institucional do SUS e os consequentes impactos que a adequação desta política pode trazer para que as necessidades coletivas da população pautem a agenda de inovação em saúde.

Ressalta-se ainda seu papel crucial no fomento à pesquisa científica e tecnológica para o desenvolvimento nacional. Por fim, é válido enfatizar seu papel na distribuição regional dos recursos a serem aplicados em território nacional, pressupondo reorientação dos padrões organizacionais e de financiamento (Viana, 2007, apud Silveira, 2009), o que remete aos dois próximos desafios: o papel do Estado na coordenação do Sistema de Saúde e a composição de seu financiamento.

A atuação do Estado na organização de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado deve buscar garantir o predomínio de uma visão nacional do sistema de saúde em sua orientação, estrutura e regulação. Para tanto, a esfera federal necessita de capacidade de formulação e indução de políticas nacionais e de regulação do sistema, estabelecendo formas democráticas e coerentes de organização federativa. Sem esta articulação, as iniciativas locais e regionais, ainda que bem sucedidas, acabam por perpetuar, ou aumentar, as disparidades regionais que pautam o destino de pobreza e a falta de condições dignas de cidadania para boa parte da população

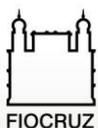
brasileira<sup>4</sup>.

Além da efetivação do papel de coordenação do governo federal, há que se qualificar a atuação das unidades federadas, e recuperar de forma definitiva o papel dos estados como coordenadores das ações dentro de seus limites territoriais. Esta atuação do poder estadual é de extrema relevância, sobretudo no que diz à sua participação na orientação da incorporação tecnológica no SUS, de modo que esta induza inovações que a população realmente necessite.

Apenas deste modo será possível viabilizar os objetivos de uma atuação regionalizada baseada em uma visão nacional das iniquidades, que inclusive resgate o espaço crítico dos estados na ação regional. Sem isto, a ineficiência sistêmica e o descontrole do uso de tecnologias – como de fato vêm ocorrendo, tendo como consequência, por exemplo, a “judicialização” da saúde – tornam qualquer financiamento insuficiente para o atendimento de demandas que nem sempre se ligam às necessidades de saúde.

O terceiro desafio diz respeito ao subfinanciamento do SUS assim como às características da composição da base deste financiamento. Como se sabe, o gasto público com a saúde representa no Brasil aproximadamente 4,1% do PIB (WHO, 2011), sendo insuficiente quando considerados os princípios do SUS. Além disso, a proporção entre gastos públicos (em torno de 45%) e privados no país é incompatível com um modelo universal de prestação de saúde. Esta situação se agrava devido às mudanças significativas no perfil de financiamento público, decorrentes das características intrínsecas ao processo de descentralização brasileira, que vem contribuindo para o estabelecimento de uma base regional deste

<sup>4</sup> Esta discussão é de tal maneira relevante que foi recentemente promulgado o decreto 7.508, em junho de 2011, que regulamenta a lei nº. 8.080/90 e regula, entre outras coisas, a articulação interfederativa do SUS. Para mais informações: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>



financiamento extremamente desigual (Ugá e Marques, 2005; Machado e Viana, 2009, apud Gadelha e Costa, 2011).

Conforme defendem Viana e Elias (2007), um sistema igualitário, universal e redistributivo pressupõe forte presença do Estado para sua implementação, inclusive no que se refere ao seu papel como financiador. Entretanto, a ideologia neoliberal, hegemônica até recentemente, privilegiou a chamada alocação eficiente de recursos, ocasionando a deterioração do quadro social. Como conseqüência, apesar dos vinte anos do SUS, observam-se distorções diversas que reforçam desigualdades de acesso de diferentes naturezas – inclusive regionais – aos serviços em saúde, caracterizando o que Faveret e Oliveira (1990) denominaram de “universalização excludente”.

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

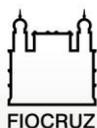
Neste sentido, a discussão do modelo jurídico das unidades de produção de bens e serviços tem que se orientar pelos princípios constitucionais de acesso universal com qualidade, ou seja, as unidades produtivas devem ser organizadas de modo que sua efetividade seja garantida. Além disso, do ponto de vista de uma rede descentralizada e regionalizada, as várias partes do sistema precisam ser articuladas, envolvendo um resgate e uma redefinição do papel das distintas esferas de governo e da relação entre

o SUS e o segmento de saúde suplementar (Gadelha e Costa, 2011).

Outro desafio a ser ressaltado consiste na gestão democrática do SUS. O SUS tem sido incapaz de atrair grupos sociais de maior poder aquisitivo, e potencialmente reivindicatórios, que passam a buscar os serviços de saúde no mercado privado, distanciando-se do sistema público de saúde. Como conseqüência, observam-se não somente essenciais perdas políticas e sociais, como também o não estabelecimento de relações solidárias no âmbito do sistema (Faveret e Oliveira, 1990).

Um importante desdobramento do esvaziamento político na defesa dos interesses coletivos do SUS refere-se ao seu insulamento nos fóruns participativos de decisão, configurando o risco destas instâncias participativas se burocratarem e refletirem lógicas e interesses localizados que não interagem com uma política nacional de desenvolvimento. Este desafio remete para a necessidade de ruptura com paradigmas restritos ao campo da saúde. Assim, a sugestão é que as instâncias de pactuação e de deliberação sejam repensadas para aprofundar a gestão democrática, incorporando novas lógicas e novos atores no direcionamento estratégico e no controle social (Gadelha e Costa, 2011).

O sexto desafio diz respeito à fragilidade da base produtiva e de inovação em saúde e à forte dependência externa dos produtos do CEIS, sobretudo daqueles de maior complexidade tecnológica. Esta fragilidade - em uma área de alta intensidade e dinamismo científico e tecnológico - implica risco para o sistema de saúde e para a estratégia de universalidade, sobretudo se considerado o envelhecimento da população e os custos crescentes em saúde, pautados por novas e complexas tecnologias. Além disso, a fragilidade da base produtiva torna o país vulnerável socioeconomicamente e ameaça a soberania nacional, dado o caráter estratégico das indústrias deste Complexo (Gadelha, Quental e Fialho, 2003 e Gadelha, 2006).



Embora a institucionalização do caráter estratégico do CEIS seja relevante e já mostre desdobramentos concretos, ainda é necessário avançar muito, principalmente no que diz respeito à regulamentação (por exemplo, no aspecto da incorporação tecnológica e do poder de compra do Estado) e à melhoria dos incentivos de fomento e da aplicação de recursos. Caso contrário, os preceitos constitucionais da política de saúde brasileira permanecerão correndo riscos devido à baixa capacidade produtiva e inovativa do país. É importante ressaltar que esta pressupõe a efetiva atuação do Estado, sobretudo na construção de uma estratégia nacional articulando diversas redes de instituições, assim como ocorre com a Petrobras e a Embrapa, redes catalizadoras e orientadoras do processo de inovação no setor de energia e agropecuária respectivamente.

Diante desses desafios, fica clara a necessidade de se promover o desenvolvimento tecnológico

#### 4. Considerações para uma agenda de pesquisa

Note-se, na atualidade, que o Estado volta a recuperar sua centralidade no estabelecimento do padrão de desenvolvimento, movimento que pode ser observado pela crescente adoção de políticas públicas que articulam os campos social e econômico. Na área da saúde, isto se reflete no aprofundamento da constituição de um sistema de proteção social universal e no início de um processo político, ainda incipiente, que situa a saúde nas grandes prioridades de uma agenda nacional de desenvolvimento. Esta agenda reconhece o caráter estratégico da saúde, em especial pelo potencial de geração de inovação, emprego e renda e pelo conjunto de tecnologias de futuro relacionadas ao segmento da saúde.

Assim, o debate sobre a relação entre saúde e desenvolvimento adquire particular importância no momento histórico atual brasileiro, no qual se restabelece o papel do Estado como agente presente em uma agenda de desenvolvimento, aliado às mudanças socioeconômicas e epidemiológicas, que pautam desafios

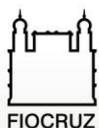
articulando os sistemas de inovação e Bem Estar Social como estratégia de superação da histórica polaridade modernização-marginalização observada no país. Essa superação passa, no caso brasileiro, pelo fortalecimento das instituições do sistema de inovação do setor saúde (Albuquerque, Souza e Baessa, 2004).

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

específicos para a reestruturação produtiva do complexo da saúde como um todo.

Esta retomada do papel do Estado é fundamental tanto no que se refere à agenda setorial da saúde, relacionada à sua função social, quanto às suas demais interfaces no processo de desenvolvimento nacional.

Conforme explicitado no item anterior, os principais desafios da saúde, no que se refere à agenda setorial, relacionam-se ao seu subfinanciamento, à inadequação do modelo de gestão, à qualificação da gestão participativa, entre outros. Para sua superação, é necessário que a saúde saia do insulamento setorial ao qual historicamente está restrita, salvo raras iniciativas. Assim, ressalta-se a importância de que o Estado de fato assuma o seu protagonismo na agenda da saúde e promova a articulação desta com o sistema de inovação, exercendo grande importância estratégica para a consolidação de um complexo da saúde voltado



para as necessidades sociais coletivas.

Conforme apresentado anteriormente, o CEIS se destaca como espaço institucional e econômico particular, formado por indústrias fortemente inovadoras e potencialmente difusoras de novos paradigmas tecnológicos. E é na escolha destes paradigmas que o Estado tem que atuar como agente de desenvolvimento, sobretudo por meio de seu poder de compra, de grande peso no caso da saúde.

Ressalta-se, ainda, o papel crucial da pesquisa científica e tecnológica como vetor de desenvolvimento dos países menos desenvolvidos. Retomando o pensamento de Furtado 1986 (apud Albuquerque, 2007), é válido lembrar que somente um sistema produtivo eficiente dotado de autonomia tecnológica poderá reverter a condição de subdesenvolvimento de uma nação.

Apesar de a institucionalização do CEIS representar um possível passo na direção da articulação entre saúde e desenvolvimento e da sua importância social e estratégica para o Estado, restam ainda questões estruturais a serem equacionadas que precisam ser assumidas como prioridades nacionais. Sendo assim, apesar dos avanços, a saúde não teve até o momento a priorização política necessária, levando, assim à sua ainda incipiente centralidade na agenda de desenvolvimento.

Esta situação faz com que o CEIS venha sofrendo influências diversas, não necessariamente pautadas por uma diretriz que abrange as condições de saúde e uma relação virtuosa destas com o desenvolvimento da nação.

Assim, pensar a relação do desenvolvimento com a saúde exige um olhar sistêmico, que supere uma visão setorial, tradicionalmente enviesada. Apenas a partir da compreensão de como o padrão geral de desenvolvimento do país se expressa e se reproduz no âmbito específico da saúde, é possível articular de maneira sustentável a saúde com o desenvolvimento. A partir desta perspectiva, acredita-se que a saúde é parte deste processo, e que as possibilidades de transformação nacional existem e se refletem

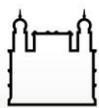
neste campo tanto em sua dimensão política e social, quanto em sua dimensão econômica.

Enfim, no âmbito de um novo modelo de desenvolvimento, a saúde constitui uma das atividades em que é possível articular a equidade social e regional com o dinamismo econômico em longo prazo, que caracteriza o processo de desenvolvimento de um ponto de vista substantivo (Gadelha, 2007).

Entretanto, resta a preocupação acerca de que variáveis serão consideradas no estabelecimento de um novo padrão de desenvolvimento nacional. Neste aspecto, embora tenha havido avanço na institucionalização do CEIS e exista consciência de que o maior aporte em ciência, tecnologia e inovação (CT&I) está intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento nacional, o conceito integral de desenvolvimento sustentável não parece estar em pauta, ao menos não de forma sistemática. Ainda é preciso um avanço significativo no que toca à sustentabilidade ambiental do desenvolvimento e à equação das disparidades regionais.

Deixá-lo restrito a interesses econômicos limita a implementação do SUS, não promove cidadania, nem a sustentabilidade econômica, como mostra a história. Observado o esforço do Estado nacional em articular os segmentos industriais e o de serviços de saúde, fica ainda pendente a melhoria dos mecanismos para a integração entre fatores produtivos e sociais, como também a consideração, em seu bojo, da necessidade de se implementar sustentabilidade ambiental nos processos produtivos e orientá-los para a superação das desigualdades regionais em solo nacional.

No que tange especificamente à sustentabilidade ambiental, há que se promover análises mais sistemáticas, e incorporá-las nas orientações políticas para um novo modelo de desenvolvimento nacional, no sentido de incorporá-la à discussão do desenvolvimento tecnológico e inovação por parte do CEIS e, aproveitando-se do poder de compra do Estado, pautar boas práticas para o uso ambiental, para citar um caminho.



FIOCRUZ

Já no que se refere à superação das iniquidades regionais brasileiras, pode-se afirmar que a equação torna-se cada vez mais complexa, e demanda aporte de recursos substanciais por parte do Estado. Conforme ressalta Santos (2008), no mundo globalizado há a tendência que os lugares se unam verticalmente, ocasionando uma situação na qual o espaço local, cuja solidariedade baseia-se na contigüidade, acaba sucumbindo ao global. Brandão (2007) ressalta que regras de mercado tendem a agravar as iniquidades regionais, dado que o uso do território torna-se mais seletivo, enfatizando a necessidade de atuação do Estado.

Na prática, as iniciativas locais e regionais bem sucedidas, ainda que dignas de mérito, não têm sido articuladas e coordenadas nacionalmente, contribuindo para perpetuar ou aumentar as disparidades regionais que pautam destino de pobreza e falta de condições dignas de cidadania para boa parte da população brasileira. Araujo (2006) refere-se a esta questão como uma descentralização atomizada, “que pode estimular a fragmentação dos esforços patrocinados pelas políticas públicas” (p.375), a exemplo do que ocorreu na própria implementação do SUS, situação reconhecida nas orientações de novo formato de regionalização proposto pelo Pacto da Saúde.

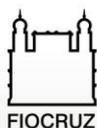
Note-se que uma melhor distribuição de recursos pelo território nacional exige reorientação dos padrões organizacionais e de financiamento (Viana, 2007, apud Silveira, 2009). Porém a atual tendência, decorrente da acirrada competição do mercado global, aliada à debilidade do Estado em investir para a reversão dos custos sociais decorrentes da concentração regional e da crise da Federação, é de repetição da trajetória de concentração regional (Araujo, 2006). Sem a reversão da baixa capacidade de investimento público por parte da saúde, este círculo vicioso não poderá ser superado.

Um projeto de desenvolvimento sustentável brasileiro que não incorpore esta variável tende a fadar-se ao insucesso. No caso do complexo da saúde, esta questão sugere a necessária descentralização da base produtiva e das

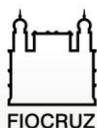
instituições de C&T, sugerindo a necessidade de que as instituições se aprofundem em estudos sobre a “geografização de objetos e ações (...) [com a] intenção de impregnar o território com determinadas funções (usos)” (Iozzi e Albuquerque, 2009, p. 64).

Dada a falta de priorização na agenda internacional sobre o tema, entende-se que a discussão da saúde brasileira, no campo da economia política, precisa avançar, sem mais demoras, nas relações virtuosas de desenvolvimento do CEIS pautado, inclusive, pela orientação da necessária desconcentração.

## 5. Bibliografia



- ARAÚJO, T.B. (2006). Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: FLEURY, S (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 373-396, 2006.
- ALBUQUERQUE, E.M. (2007). 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, F.J.C. Celso Furtado e o século XXI. Barueri, SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- ALBUQUERQUE, E.M.; SOUZA, S.G.A. & BAESSA, A.R. (2004). Ciência e Saúde Coletiva, 9 (2):277-294, 2004.
- BRANDÃO, C. (2007). Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.
- BRASIL. (2003) Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior. 2003. Disponível em: [http://www.camara-e.net/\\_upload/20031126Diretrizes.pdf](http://www.camara-e.net/_upload/20031126Diretrizes.pdf).
- BRASIL. (2008) Política de Desenvolvimento Produtivo - Inovar e investir para sustentar o crescimento. 2008. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/pdp/arquivos/destswf1224095287>, acessado em 20/10/2011.
- BRASIL. (2011) Política de Desenvolvimento Produtivo - Inovar para competir. Competir para crescer. Disponível em [http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/2011/08/plano\\_brasil\\_maior\\_textodereferencia.pdf](http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/2011/08/plano_brasil_maior_textodereferencia.pdf), 2011.
- COSTA, N.Q. (2005). Organização Social – alternativa eficiente à gestão pública? Estudo de caso em um hospital público e um publicizado da Rede de Saúde do Estado do Ceará. (Monografia do curso de Especialização em Administração Hospitalar em Gestão da Qualidade e Sistemas de Saúde do Centro de Estudos Sociais Aplicados, da Universidade Estadual do Ceará). Fortaleza, CE, 2005.
- COSTA, L.; COBUCCIO, B.; LINS, M.C. & OLIVEIRA, A.C.B. (2006). Instrumentos Supranacionais e Ações Internacionais visando à Integração das Fronteiras. Integração de Fronteiras: Possibilidades Brasil – Bolívia na Saúde. Costa, Laís (org). Brasília, MI, MS e OPAS/OMS, 2006.
- DRAIBE, S.M. (2007). Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G. organizador. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27–64, 2007.
- FAVERET, P. & OLIVEIRA, P.J. (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Planejamento e Políticas Públicas, nº 3, IPEA, p.139-162, 1990.
- GADELHA, C. A. G. (2006). Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Revista de Saúde Pública, 40 (N Esp): 11-23, 2006.
- GADELHA, C. A. G. (2007). Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. Saúde em Debate, v.30, p.71, 2007.
- GADELHA, C.A.G. & COSTA, L.S. (2007). Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cadernos de Saúde Pública. Integración Regional y Políticas de Salud. Volume 23. Suplemento 2, 2007. ISSN 0102-311X. p. 214-226, 2007.
- GADELHA, C.A.G. & COSTA, L.S. (2010). Trajetória Brasil 2003-2009. A Saúde na Perspectiva da Proposta de Desenvolvimento do Governo Federal. Nota Técnica. Brasília: CGEE, 2010.
- GADELHA, C.A.G. & COSTA, L.S. (2011) Saúde e desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C.V. et al. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (prelo)
- GADELHA, C.A.G. MALDONADO; J.M.S.V & COSTA, L.S. (2011). Complexo Industrial da Saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011 (prelo).
- GADELHA, C.A.G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B.C. (2003). Saúde e Inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Cadernos de Saúde Pública, 19 (1): 47-59, 2003.
- GADELHA, C.A.G; MALDONADO J.M.S.V.; VARGAS, MA. & BARBOSA, P. (2009) – Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Relatório Final do Projeto PIB: Perspectiva do Investimento no Brasil. IE - UFRJ/IE-



Unicamp - BNDES. Disponível em <<http://www.projetopib.org/?p=documentos>>. Acesso em abril de 2011.

GUILLÉN R., A (2007). A necessidade de uma estratégia alternativa de desenvolvimento no pensamento de Celso Furtado. In: SABOIA, J. & CARVALHO, F.J.C. (orgs). *Celso Furtado e o Século XXI*. Barueri/SP: Manole; Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ, 2007.

GUIMARÃES, R. (2005). Ciência, Tecnologia e Inovação: um paradoxo na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S. & EDLER, F.C. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUIMARÃES, R (2006). Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40 (N Esp): 3-10, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2009) – Contas Satélites da Saúde 2005-2007. Contas Nacionais No 29. Coordenação de Contas Nacionais/Diretoria de Pesquisas/IBGE/MPOG. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IOZZI, F.L. & ALBUQUERQUE, M.V. (2009). Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, A.L.; IBAÑEZ, N & ELIAS, P.E.M., organizadores. *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 60-96, 2009.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. & BAPTISTA, T.W.F. (2008). Desenvolvimento, Sistema de Proteção Social e Saúde: correntes teóricas e perspectiva histórica. Fase 1 do Projeto Desenvolvimento e Saúde: consolidação e disseminação do marco conceitual. GADELHA, C.A.G. (coord.) e Maldonado, J.M.S.V. (coord. exec.). Grupo de Pesquisa sobre o Complexo Industrial e Inovação em Saúde, da ENSP. Rio de Janeiro, setembro de 2008.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. & BAPTISTA, T.W.F. (2009) – Desenvolvimento, Sistema de Proteção Social e Saúde: Correntes Teóricas e Perspectiva Histórica (Parte 2 do Eixo I). In: GADELHA, C.A.G. & MALDONADO J.M.S.V. (Coord.) (2009) – Desenvolvimento e Saúde: consolidação e disseminação do marco conceitual sobre o complexo econômico-industrial da saúde, numa perspectiva que articula a dinâmica de inovação com a conformação de Estados de Bem-Estar, a partir de uma abordagem de economia política. Relatório final do Projeto OPAS/Fiocruz/Fiotec. Mimeo (Relatório em fase de edição para publicação) 2009.

Ministério da Integração Nacional (MI) (2003). Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). Brasília: SDR/MI, 2003.

MINISTÉRIO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (MCT) (2007). Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional. Plano de Ação 2007-2010 (PAC da Inovação). Brasília/DF. Disponível em <<http://www.mct.gov.br>>, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) – Programa Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011 (PAC Saúde). 1ª Ed. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

SACHS, I. (2004) *Desenvolvimento incluído, sustentável, sustentado*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004

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

SANTOS, M. (2008) *Da totalidade ao Lugar*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SCHUMPETER, J. (1982). *A Teoria do Desenvolvimento Econômico*. São Paulo: Ed. Abril Cultural, p.47, 1982.

SILVEIRA, M.L. (2009). Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, A.L.; IBAÑEZ, N. & ELIAS, P.E.M. (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo, 2009. Editora Hucitec; . 127-150, 2009.

UGÁ, M.A.D. & MARQUES, R.M. (2005). O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, NT, GERSCHMAN, S & EDLER, FC (orgs). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 193-233, 2005.

VIANA, A.L. & ELIAS, P.E. (2007). Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, Suplemento, p. 1765-1776, 2007.

VIANA, A.L.D. & MACHADO, C.V. (2008). Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008.

WHO. World Health Organization. (2011) Dados disponíveis em: <<http://www.who.int/research/en/>>, 2011.

## Fundação Oswaldo Cruz

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro  
CEP: 21040-360 Tel.:(0xx21) 2598-4242  
www.fiocruz.br

### Paulo Ernani Gadelha

Presidente

### Claude Pirmez

Vice-Presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência

### Jorge Bermudez

Vice-Presidente de Produção e Inovação em Saúde

### Nísia Trindade Lima

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

### Pedro Ribeiro Barbosa

Vice-Presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional

### Valcler Rangel Fernandes

Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

### Fernando Carvalho

Chefe de Gabinete da Presidência

## Informe CEIS

ANO II, Informe nº 2, Dezembro de 2011

Presidência/Fiocruz – SCTIE/MS

Grupo de Inovação em Saúde/ENSP – Projeto Inovação

## Editorial

Grupo de Inovação em Saúde/ENSP

## Equipe Responsável

### Carlos Augusto Graboís Gadelha

Coordenador Acadêmico do GIS

### Laís Costa

Coordenadora Científica do Informe CEIS e Coordenadora Executiva do GIS

### Jose Maldonado e Laís Costa

Coordenadores do Projeto Inovação

## Equipe de Pesquisa

### Carlos Raffaeli

### Diogo Carvalho dos Santos

### Paula Burd

### Taís Borges

## Apoios:

Projeto Inovação – FINEP / MCT

Projeto Acompanhamento e Sistematização das Informações para o Desenvolvimento e Análise comparada da Relação entre Organização, Sistemas e Serviços de Saúde e a Dinâmica de Inovação - OPAS/ SCTIE / MS

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

