

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO
MESTRADO EM DIREITO E INOVAÇÃO

Laís Botelho Oliveira Álvares

DESENVOLVIMENTO E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE:
estudo de caso da política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

Juiz de Fora
2021

Laís Botelho Oliveira Álvares

DESENVOLVIMENTO E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE:
estudo de caso da política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito e Inovação, da Universidade Federal de Juiz de Fora, na linha de pesquisa “Direitos Humanos, Pessoa e Desenvolvimento: Inovação e regulação jurídica no contexto do capitalismo globalizado”, como requisito para obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Alves Corrêa.

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Botelho Oliveira Álvares, Laís.

DESENVOLVIMENTO E O COMPLEXO
ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE : estudo de caso da política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo / Laís Botelho Oliveira Álvares. -- 2021.

147 p.

Orientador: Leonardo Alves Corrêa

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito, 2021.

1. Desenvolvimento. 2. Complexo Econômico-Industrial da Saúde. 3. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo. 4. Direito Econômico. 5. Políticas Públicas. I. Alves Corrêa, Leonardo, orient. II. Título.

Laís Botelho Oliveira Álvares

DESENVOLVIMENTO E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE:
estudo de caso da política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito e Inovação, da Universidade Federal de Juiz de Fora, na linha de pesquisa “Direitos Humanos, Pessoa e Desenvolvimento: Inovação e regulação jurídica no contexto do capitalismo globalizado”, como requisito para obtenção do título de Mestra em Direito.

Aprovada em: 27 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Leonardo Alves Corrêa - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Luciana Gaspar Melquíades Duarte
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Giovani Clark
Universidade Federal de Minas Gerais/Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais

Aos meus queridos afilhados,
Yasmin, Cainã e Manuela.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos serão diretos e objetivos, assim como eu. Estarão aqui apenas os nomes daqueles que contribuíram efetivamente para a existência dessas páginas.

Agradeço aos meus pais, pois sem eles eu literalmente não teria conseguido fazer duas faculdades, três pós-graduações e um mestrado.

Ao professor Leonardo, por ter confiado em mim, por ser um orientador compreensivo, presente e pela inteligência fora do comum que me inspira.

Aos meus colegas de turma, em especial Larissa, Liana, Marcelo e Paolla: pelos artigos que escrevemos juntos, pelas correções mútuas daquilo que escrevemos, pelo apoio e pelos empréstimos de livros raros.

Aos servidores da Universidade Federal de Juiz de Fora, que sempre receberam os alunos com carinho e dedicação, especialmente a Vanilda.

Ao amigo Daniel, por estar ao meu lado como um verdadeiro mentor ao longo dessa jornada.

Aos atenciosos Juninho, Lili, Michele, Júlia, Tati, Andrey, Emerson, Gasparetto e Roger, pelas trocas e por toda a ajuda.

A amiga, colega de trabalho e sócia Marília, não consigo nem medir o tanto que você me ajudou nessa jornada, muito obrigada por tudo. Perdi a conta de quantas vezes você foi a compromissos no meu lugar, só para me deixar em paz escrevendo essa dissertação.

Finalmente, agradeço aos governos progressistas que possibilitaram que pessoas como eu tivessem acesso a uma Pós-Graduação gratuita e de qualidade. Espero que as futuras gerações tenham a mesma felicidade.

Hoje você é quem manda
Falou, tá falado
Não tem discussão, não
A minha gente hoje anda
Falando de lado
E olhando pro chão, viu
Você que inventou esse estado
E inventou de inventar
Toda a escuridão
Você que inventou o pecado
Esqueceu-se de inventar
O perdão
Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Eu pergunto a você
Onde vai se esconder
Da enorme euforia
Como vai proibir
Quando o galo insistir
Em cantar?
Água nova brotando
E a gente se amando
Sem parar
Quando chegar o momento
Esse meu sofrimento
Vou cobrar com juros, juro
Todo esse amor reprimido
Esse grito contido
Este samba no escuro
Você que inventou a tristeza
Ora, tenha a fineza
De desinventar
Você vai pagar e é dobrado

Cada lágrima rolada
Nesse meu penar
Inda pago pra ver
O jardim florescer
Qual você não queria
Você vai se amargar
Vendo o dia raiar
Sem lhe pedir licença
E eu vou morrer de rir
Que esse dia há de vir
Antes do que você pensa
Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer
E esbanjar poesia
Como vai se explicar
Vendo o céu clarear
De repente, impunemente
Como vai abafar
Nosso coro a cantar
Na sua frente
Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia

Chico Buarque

RESUMO

Este trabalho busca analisar as relações entre políticas públicas voltadas para a produção e distribuição de farmoquímicos pelo SUS e sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A relevância dessa pesquisa justifica-se pela proposta de se inverter o paradigma trivial que enxerga a saúde como um passivo do Estado, para se proceder com uma visão inovadora, de ampliação do parque industrial da saúde no Brasil. Metodologicamente, será utilizada a técnica de estudo de caso, investigando especificamente as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). O que se pretende descobrir com essa pesquisa é em que medida se pode afirmar que as PDPs foram uma política pública satisfatoriamente econômica. Para tanto, utilizamos como arcabouço teórico toda a obra do professor Washington Peluso Albino de Souza, mormente no que tange ao desenvolvimento, bem como de Carlos Augusto Grabois Gadelha, no tocante ao CEIS. Destarte, compreende-se que as políticas públicas podem fluir concomitantemente entre natureza social e econômica, fornecendo, em um só tempo, farmoquímicos aos usuários e aquecendo a economia através do CEIS.

Palavras- chave: Desenvolvimento; Complexo Econômico-Industrial da Saúde; Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo; Direito Econômico; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This paper seeks to analyze the relationship between public policies aimed at the production and distribution of pharmonochemicals by the SUS and their relationship with the Economic-Industrial Health Complex (CEIS). The relevance of this research is justified by the proposal to invert the trivial paradigm that sees health as a liability of the State, in order to proceed with an innovative vision of expanding the health industrial park in Brazil. Methodologically, the case study technique will be used, specifically investigating the Partnerships for Productive Development (PDPs). What we intend to discover with this research is to what extent it can be said that the PDPs were a satisfactorily economic public policy. Therefore, we used as theoretical framework the entire work of professor Washington Peluso Albino de Souza, especially with regard to development, as well as Carlos Augusto Grabois Gadelha, with regard to CEIS. Thus, it is understood that public policies can flow simultaneously between social and economic nature, providing, at the same time, pharmonochemicals to users and heating the economy through the CEIS.

Keywords: Development; Health Economic-Industrial Complex; Partnerships for Productive Development; Economic Law; Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Caracterização geral do CEIS	65
Figura 2	Linha do tempo de PDPs	96
Quadro 1	Principais eventos na construção do marco institucional das PDPs.....	97
Quadro 2	Principais mudanças no marco regulatório das PDPs entre a legislação de 2012 e 2014.....	98
Tabela 1	Diferenças do efeito da entrada de genéricos sobre a média dos preços dos medicamentos de marca.....	109
Gráfico 1	Evolução da balança comercial do CEIS entre 1996 e 2014.....	117
Gráfico 2	Evolução das compras do SUS no âmbito das PDPs entre 2009 e 2015.....	118
Tabela 2	Perfil sociodemográfico.....	120
Tabela 3	Situação de laboratórios farmacêuticos no Brasil.....	129
Gráfico 3	Gastos de custeio de medicamentos de países da OCDE	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADP	Alianças para o Desenvolvimento Produtivo
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CUP	Convenção da União de Paris
DECIIS	Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GECIS	Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Instituições Científicas e Tecnológicas
IFA	Insumo Farmacêutico Ativo
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMC	Organização Mundial Comércio
ONU	Organização das Nações Unidas
PBM	Plano Brasil Maior
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PITCE	Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PNITS	Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde
PROCIS	Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde.
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. DESENVOLVIMENTO E DIREITO ECONÔMICO	19
1.1. O DIREITO ECONÔMICO E A IDEOLOGIA CONSTITUCIONALMENTE ADOTADA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	24
1.2. AS RELAÇÕES ENTRE SOBERANIA NACIONAL, INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO.....	29
1.3. ENTRE O MERCADO E AS INSTITUIÇÕES JURÍDICAS: O ESTADO.....	35
1.3.1. O valor jurídico do planejamento na perspectiva da participação do Estado	38
1.4. ASPECTOS DE DESENVOLVIMENTO E SUBDESENVOLVIMENTO.....	42
1.4.1. O processo histórico de subdesenvolvimento e (des)industrialização no Brasil	46
1.5. POLÍTICA INDUSTRIAL DA SAÚDE COMO FATOR DE SUPERAÇÃO DO SUBDESENVOLVIMENTO.....	49
2. O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE: a articulação entre o econômico e o social	53
2.1. A SAÚDE CONSTITUCIONALIZADA.....	56
2.2. ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE.....	60
2.2.1. Segmentos do complexo industrial da saúde	64
2.2.1.1. <i>Indústrias de base química e biotecnológica</i>	66
2.2.1.2. <i>Indústria mecânica, eletrônica e de materiais</i>	67
2.2.1.3. <i>Serviços de saúde</i>	69
2.2.2. Estabelecimento e operação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	73
2.3. A SAÚDE COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO.....	76
2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS ECONÔMICAS.....	81
2.5. PARA ALÉM DE UMA QUESTÃO DE DIREITO FUNDAMENTAL, UM PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA PRODUTIVA.....	88

3. PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO: um estudo de caso sobre políticas públicas aliadas ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde.....	92
3.1. PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO (PDPs).....	93
3.1.1. A evolução das PDPs ao longo dos anos	101
3.2. A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM).....	103
3.2.1. Conceito e proposta	103
3.2.2. Os medicamentos genéricos e a PNM	108
3.3. PRINCIPAIS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESENVOLVIMENTO NA INDÚSTRIA DA SAÚDE.....	111
3.3.1. Objetivos, princípios e critérios da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90)	111
3.3.2. O subfinanciamento e a escassez de tecnologia no setor	115
3.3.3. Os elevados gastos privados com medicamentos	118
3.3.4. A proteção à propriedade intelectual e o acesso aos medicamentos	122
3.4. INFRAESTRUTURA PARA A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	125
3.5. A COMPRA PÚBLICA COMO INSTRUMENTO DE CAPACITAÇÃO TECNOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA BASE PRODUTIVA DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE.....	130
3.6. AS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	139

INTRODUÇÃO

A partir do momento em que uma pesquisa de mestrado em Direito e Inovação, na área de concentração “Direitos Humanos, Pessoa e Desenvolvimento: Inovação e regulação jurídica no contexto do capitalismo globalizado” opta por tratar de um tema que busca “inverter a lógica” do direito social da saúde, pensando nesse direito fundamental como uma oportunidade para o desenvolvimento econômico, imediatamente surge um desafio ao autor: demonstrar até mesmo ao leitor menos atento que o desenvolvimento de uma sociedade não está dicotomicamente posicionado entre o econômico e o social.

Ocorre que, até que chegue esse momento, um longo percurso necessita ser percorrido.

A saúde é um direito fundamental, previsto na Constituição Federal de 1988 em seu art. 6º, junto a uma plêiade de direitos sociais. A mesma Constituição evoca em seu art. 196, a garantia da saúde através de políticas públicas sociais e econômicas.

A Constituição Econômica, por sua vez, está disposta entre os arts. 170 e 192 e contempla de forma basilar o sistema econômico escolhido para a nação.

Tanto a saúde, quanto o sistema econômico estão abarcados pelo objetivo fundamental da República em garantir o desenvolvimento nacional (Art. 3º, II, CF).

Sendo assim, a pesquisa pretendida objetiva compreender os impactos econômicos advindos de políticas públicas junto ao Complexo Econômico- Industrial da Saúde (CEIS), com ênfase nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs).

Um dos pontos a ser discutido na presente dissertação é a relação entre a perspectiva econômica existente no sistema produtivo da saúde e o desenvolvimento, tendo em vista que situações macroeconômicas como falta de isonomia tributária, sobrevalorização cambial, baixo investimento em P&D nacional, acabam criando desafios ao fortalecimento da indústria nacional da saúde, prejudicando, inclusive, direitos sociais.

Com base em investigações precedentes, acredita-se que processos de industrialização estão essencialmente ligados ao desenvolvimento das nações. Do mesmo modo, existe uma correlação entre inovação, tecnologia e desenvolvimento.

A decisão de procedermos com o recorte para análise específica do setor

industrial da saúde ocorreu tendo em vista a participação de 9% do setor no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, causando, evidentemente, grande impacto na economia. Esse montante reflete no mercado de trabalho, já que o segmento é responsável por 8 milhões de empregos diretos e quase 20 milhões empregos indiretos.

Como corolário, não é possível analisarmos o parque industrial da saúde sem analisarmos o CEIS e, na mesma lógica, o CEIS está também conectado, pelas mais variadas formas e institutos jurídicos, direta ou indiretamente, e em diversos níveis, ao poder público. Essa última ligação, muitas vezes ocorre por meio de políticas públicas estratégicas que, independentemente dos fins a que se destinam, são capazes de ocasionar diversos impactos em diferentes searas.

Uma das políticas públicas ligadas ao CEIS são as PDPs, que se mostram uma política pública econômica, industrializante e sanitária, uma vez que, a um só tempo visa transferir tecnologias de indústrias de base química e biotecnológica, para a produção de medicamentos e fármacos por laboratórios públicos e distribuição pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, questionamos em que medida as PDPs se revelaram, após sua implementação, uma política pública com reflexos econômicos.

Para respondermos a indagação proposta, valemo-nos do arcabouço fundamental de Direito Econômico, desenvolvimento, ideologia constitucionalmente adotada, fato econômico e políticas públicas consubstanciados nas obras de Washington Peluso Albino de Souza, haja vista que todas essas linhas tênues que ligam o Estado, a inovação & tecnologia, o desenvolvimento, as políticas públicas, a industrialização, o CEIS, o SUS e a saúde, se unem no elementar Direito Econômico, mormente quando utilizado em sua forma mais básica de leitura dos fatos econômicos. Valemo-nos também, da obra de Carlos Augusto Grabois Gadelha no que tange ao CEIS, devido a sua alta especialidade em estudar a indústria da saúde brasileira, representando, assim, um importante contributo para a análise de resultados de políticas públicas aplicadas ao CEIS.

Metodologicamente, utilizamos a revisão de literatura para atingir os objetivos examinados nessa pesquisa qualitativa, com maior ênfase nos primeiros capítulos, que possuem vieses mais teóricos, devido a densidade do conteúdo trabalhado. Seguindo a linha do nosso principal marco teórico, aplicamos no capítulo terceiro, o método analítico substancial, forjado pelo próprio Washington Peluso Albino de Souza, que consiste, em síntese, de partir da análise de um fato político-econômico

originário (a política pública das PDPs) e, a partir desse fato, atingir a conclusão jurídica (2005, p. 106). Nessa linha, como estratégia, optamos por realizar um estudo de caso sobre a aplicação das PDPs.

A hipótese que aventamos parte do pressuposto de que o amplo investimento em tecnologias industriais voltadas ao setor da saúde pode ocasionar um impulsionamento da economia brasileira. Além disso, as políticas públicas produtivas dessa área podem possuir natureza social e econômica, fornecendo, em um só tempo, medicamentos aos usuários e aquecendo a economia através do CEIS.

Como será visto ao longo de todos os capítulos, tivemos o cuidado de manter em equilíbrio as perspectivas sociais e econômicas, para demonstrar que a aludida “inversão da lógica”, tenciona também contribuir para a superação da condição de subdesenvolvimento nacional. Quando pensamos na saúde como um fator de desenvolvimento, para além do simples dever de assistência, conjugando-a com outros mandamentos da Constituição Federal, estamos elevando sobretudo os direitos sociais, na medida em que o fato econômico permanecerá na realidade objetiva, independentemente do Direito. Por essas razões, a Constituição Econômica disciplina e dá diretrizes em busca do desenvolvimento do país, sem embargo dos direitos sociais.

Tratamos o subdesenvolvimento como um grande processo de mudança estrutural que deveria agir sobre as desigualdades sociais, na medida em que os obstáculos a serem transpassados são natureza socioeconômicas e institucionais. Sendo assim, saúde e desenvolvimento econômico estão intimamente ligados, principalmente após a Constituição Federal de 1988.

Na primeira parte de nosso estudo, conceituamos o Direito Econômico e demonstramos sua importância na atuação junto ao desenvolvimento, haja vista que atua no processo de juridicização da economia, abarcando, inclusive, políticas públicas, que serão alvo de nossa análise futura, na terceira parte. Tratamos também do processo histórico de subdesenvolvimento brasileiro e como a globalização agrava essa condição. Ademais, trouxemos a importância da atuação do Estado para a promoção da industrialização, juntamente com a inovação tecnológica.

Já na segunda parte, elucidamos as conexões existentes entre o econômico e o social em relação à saúde e analisamos profundamente o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, seus segmentos, as formas de operacionalização dessa estrutura e as políticas públicas industriais em geral.

Finalmente, na terceira parte, fizemos um estudo de caso sobre as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, estudamos o marco regulatório e demais normas que a consolidaram, seus requisitos, as dificuldades de implementação, sua relação com o CEIS e, adicionalmente, estudamos de forma breve a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que revelou-se ao longo da pesquisa como uma política pública complementar às PDPs. Ademais, verificamos a posição que o instrumento da compra pública ocupa no fomento do CEIS.

O presente estudo se justifica por trazer uma visão inovadora da saúde, que não é vista somente como um direito do cidadão, mas também como fato gerador de desenvolvimento econômico.

Esperamos que essa dissertação contribua de alguma forma para o surgimento de novas discussões acerca de uma agenda de política industrial da saúde voltada para o desenvolvimento nacional.

1. DESENVOLVIMENTO E DIREITO ECONÔMICO

O desenvolvimento econômico pode ser entendido como um fator de progresso da humanidade, rumo a existência digna, no seu aspecto mais abrangente, e é um dos objetivos da República Federativa do Brasil, de acordo com a Constituição Federal de 1988¹.

O desenvolvimento como meta a ser alcançada pela humanidade existe no plano internacional e no plano nacional.

Internacionalmente, de acordo com as diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU), a evolução em países periféricos é buscada através da manutenção de uma ordem internacional mais igualitária, conforme consta na Carta dos Direitos e Deveres dos Estados, forjada na Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e o Desenvolvimento, de 1977².

No plano interno, por sua vez, as nações são responsáveis diretamente pelos respectivos processos de desenvolvimento, através da implementação de políticas públicas e normas desse conteúdo nos ordenamentos jurídicos nacionais (SOUZA, 2005, p. 402).

Nesses termos, o fato jurídico e social que chamamos de desenvolvimento tem sido objeto de análise de diversos teóricos ao longo do tempo. Conseqüentemente, o conceito de desenvolvimento possui várias acepções, podendo variar no tempo e no espaço, bem como de acordo com a corrente de pensamento no qual determinado teórico esteja inserido (SOUZA, 2005, p. 408).

Assim, com o fim de delimitarmos com maior precisão o conceito de desenvolvimento a que se refere o presente trabalho, partiremos de uma breve análise das teorias do desenvolvimento em relação à ideologia, de acordo com a obra de Washington Peluso Albino de Souza, que dividiu os entendimentos entre o Mercantilismo, os Clássicos, Marx e Schumpeter, Neokeynesianos e Rostow. (SOUZA, 2005, p. 408).

¹ Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: (...) II - garantir o desenvolvimento nacional;

² Ignacy Sachs assevera a dificuldade de se atingir esse patamar de cooperação internacional, particularmente quando se trata de nações afortunadamente desniveladas e em um cenário de globalização que acaba por colocar diversos empecilhos para os países subdesenvolvidos atingirem o *catching-up* (BRESSER-PEREIRA, 2013, p.364).

O período histórico do Mercantilismo foi imprescindível para que o conceito de desenvolvimento viesse a surgir. Isso ocorreu pois esse período coincidiu com o surgimento do próprio capitalismo, na medida em que foi nesse contexto que as nações europeias tiveram suas estruturas drasticamente modificadas, causando importantes transformações econômicas e sociais para o continente.

Essas transformações foram interpretadas como desenvolvimento. Nessa fase, a noção de crescimento econômico estava indissociavelmente ligada à noção de desenvolvimento (SOUZA, 2005, p. 409).

Além disso, em termos de desenvolvimento, o Mercantilismo possibilitou o surgimento da divisão binária entre nações dominantes (tidas como nações desenvolvidas) e nações dominadas (subdesenvolvidas) (SOUZA, 2005, p.409). Essa divisão permanece em voga até hoje e, como será contemplado, é uma das causas para a manutenção de subdesenvolvimento³.

Já os Clássicos, que são encarnados nas figuras de Adam Smith e David Ricardo, ambos de base liberal, trabalham o desenvolvimento na perspectiva da riqueza e do equilíbrio, apresentando uma visão mais estática da economia, trazendo a noção de estabilidade e de crescimento econômico (SOUZA, 2005, p. 410).

Rigorosamente, ao contrário dos Clássicos, Marx e Schumpeter aplicam a ideia de que o desenvolvimento está ligado à noção de desequilíbrio (SOUZA, 2005, p.411). Embora Marx e Schumpeter sejam ideologicamente discordantes, ambos guardam semelhanças no que toca à formulação do desenvolvimento.

Marx e Schumpeter partem do pressuposto de disrupção como algo essencial para alterar o ponto de equilíbrio da sociedade e da economia, para só então ser possível que uma sociedade se desenvolva (SOUZA, 2005, p.411). Nesse sentido:

³ O autor faz uma abordagem histórica para situar o desenvolvimento e o Mercantilismo, ainda que o conceito de nações desenvolvidas/subdesenvolvidas tenham surgido apenas no século XX: "...os elementos caracterizadores do Mercantilismo não somente explicam o "desenvolvimento" das nações europeias com as suas respectivas estruturas tradicionais, modificadas para a configuração do Capitalismo que as caracterizou a partir de então, como se consagram, definitivamente,, enquanto princípios, que as teorias atuais do Direito nem conseguiriam esquecer, nem modificar substancialmente (...) Mesmo nas manifestações atuais, , que ensaiam ir além das relações internacionais para a formação das "comunidades econômicas", na figura das empresas multinacionais, dos mercados comuns, da globalização, ou nas frustrações do livre-cambismo, esses elementos permanecem como fantasmas que as relações econômicas não conseguiram exorcizar dos modelos reinantes"(SOUZA, 2005, p. 409.)

A semelhança com o marxismo está em que ambos levam a “mudanças”. A diferença reside em que, para Marx, o capitalista acumula, pelo intuito da “acumulação”, e leva à “mudança contínua”; enquanto, para Schumpeter, o empresário inova, pelo instituto na “inovação”, levando à “mudança descontínua”, ou seja, ao “desenvolvimento” (SOUZA, 2005, p. 411).

De outro modo, os Neokeynesianos fazem sua análise teórica com base em um modelo que considera vários aspectos da sociedade, como crescimento populacional e força de trabalho, a função economia-investimento, a função da produção, com as mudanças da relação capital-trabalho, os retornos das produções e técnicas organizacionais de grande escala e o progresso técnico e com base nesses componentes, fazem uma ligação entre crescimento-desenvolvimento (SOUZA, 2005, p.12-13).

Rostow partiu do estudo das etapas pelas quais determinada sociedade deveria passar para atingir o desenvolvimento⁴⁵, sendo elas: a sociedade tradicional, as condições e a efetiva guinada de crescimento, a maturidade e o alto consumo das massas, que seria a etapa final, entendida como desenvolvimento⁶ (SOUZA, 2005, p. 414).

Após as breves considerações sobre as teorias do desenvolvimento apresentadas, cumpre ressaltar que atualmente a ideia de desenvolvimento está ligada tanto à questão econômica, quanto à social. Assim, o conceito de desenvolvimento empregado no presente trabalho, diz respeito ao grau de satisfação das necessidades humanas, em ambos os contextos.

Celso Furtado julgava que o desenvolvimento possui três dimensões, sendo elas: a do incremento da eficácia do sistema social de produção, a da satisfação de necessidades elementares da população e a da consecução de objetivos a que

⁴ Deve-se ler esta passagem com cuidado, visto que o ponto trazido por Rostow, embora seja de vital importância para a delimitação conceitual que se pretende, em uma leitura desatenta, pode levar ao entendimento de que se trata de algum tipo de violência epistêmica. Não obstante, há que se considerar a limitação histórica do autor que pretendia fazer uma análise sobretudo econômica.

⁵ Contemporaneamente a Rostow, teóricos como Arthur Lewis e Simon Kuznets elaboraram suas respectivas teorias, todas elas ligadas a supostos estágios de desenvolvimento com base no histórico de industrialização de países desenvolvidos (CHANG, 2004, p.20).

⁶Celso Furtado, em posição oposta no que tange a etapas necessárias para o desenvolvimento enquanto fórmula, asseverou: “O subdesenvolvimento é, portanto, um processo histórico autônomo, e não uma etapa pela qual já tenham, necessariamente, passado as economias que já alcançaram grau superior de desenvolvimento” (FURTADO, 2000, p. 197).

almejam grupos dominantes de uma sociedade e que competem na utilização de recursos escassos (1920, p. 21).

Nesse diapasão:

As primeiras ideias sobre desenvolvimento econômico, definido como um aumento do fluxo de bens e serviços mais rápido que a expansão demográfica, foram progressivamente substituídas por outras referidas a transformações do conjunto de uma sociedade às quais um sistema de valores empresta coerência e sentido. Medir um fluxo de bens e serviços é operação que somente tem consistência quando tais bens e serviços se ligam à satisfação de necessidades humanas objetivamente definíveis, isto é, identificáveis independentemente das desigualdades sociais existentes. Quando o economista adiciona gastos realizados pelos consumidores, está em busca de uma variável representativa da demanda efetiva e não de um indicador de bem-estar social. Contudo, é a ideia desta última que está contida no conceito de desenvolvimento (FURTADO, 1920, p. 30).

Celso Furtado já tentava clarificar as diferenças entre desenvolvimento e crescimento, que mais tarde vieram a ser melhor explicadas pelo professor Washington Peluso Albino de Souza, que tratou sobre o desenvolvimento como um fato social que figura como conteúdo de norma jurídica, agindo em face de medidas de natureza político-econômicas de caráter dinâmico, que pode ocorrer nas formas intervencionistas ou abstencionistas, de acordo com a formas de governo (2005, p. 399).

Esse caráter dinâmico diz respeito justamente à "prosperidade do ser humano", traduzindo-se em maior qualidade de vida dos cidadãos. Dessa forma, pode-se dizer que:

A diferença entre o seu conceito e o de "crescimento" podendo ambos incluir-se, sem qualquer confusão, na ideia de "progresso". O dado referencial, diferenciador, pode ser tomado, portanto, como a ideia de "equilíbrio", a ele prendendo-se a de "desequilíbrio". No "crescimento", tem-se o equilíbrio das relações entre os componentes do todo, podendo haver o seu aumento quantitativo ou qualitativo, porém mantidas as proporções dessas relações. No "desenvolvimento", rompe-se tal "equilíbrio", dá-se o "desequilíbrio", modificam-se as proporções no sentido positivo. Se tal se verificasse no sentido negativo, teríamos o retrocesso, a recessão, embora também como forma de "desequilíbrio", pois igualmente rompido estaria o *status quo ante* (SOUZA, 2005, p. 399).

Então, é possível teoricamente haver um quadro social de crescimento econômico sem desenvolvimento, porém, não é o cenário almejado.

Sobre este assunto, atualmente existe uma compreensão de que é preciso haver uma conjuntura de rompimento com o estágio anterior, para ser possível a passagem do estado de subdesenvolvimento para um estado de desenvolvimento, na medida em que as relações internacionais, a despeito do que foi dito acima em relação à ONU e à “Carta dos Direitos e Deveres dos Estados”, contribuem para o subdesenvolvimento de países que compõem o bloco da periferia, pois a dinâmica centro-periferia está alicerçada em bases de dominação cultural e política (BERCOVICI, 2008, p. 168).

Igualmente, para melhor investigar o desenvolvimento, é preciso tratar da sua juridicidade e da sua ligação com o Direito Econômico. Sobre direito e desenvolvimento, existem dois vieses que precisam ficar bem delimitados.

O primeiro viés é o *direito ao desenvolvimento*, que se relaciona com o conteúdo da norma jurídica de direito econômico e se baseia na Carta de Direitos e Deveres Econômicos dos Estados, considerados como direitos de terceira geração (SOUZA, 2005, p. 400). O direito ao desenvolvimento trata das mudanças que inovações e tecnologias, bem como a intervenção do Estado, por meio de políticas públicas econômicas, causam na sociedade.

O segundo viés é o *direito do desenvolvimento*, que se relaciona com normas jurídicas ligadas ao valor desenvolvimento, que é incorporado às nações de forma doméstica ou internacional. Na prática, se refere às normas de Direito Econômico (SOUZA, 2005, p. 401).

Importante frisar que a análise de direito e desenvolvimento se refere a um direito potestativo e condição em potencial, ou seja, os países nacionais podem ou não aceitar mudanças de ordem econômica ou social em suas ordens jurídicas, bem como povos primitivos ou tribos. A possibilidade de manutenção do *status quo ante* é sempre possível, haja vista que o “progresso” não pode ser algo obrigatório, sob pena de ferir culturas e valores.

Volvendo ao direito “ao” desenvolvimento, tema central do nosso estudo, temos o nascedouro sistemático da matéria com a Carta dos Direitos e Deveres da ONU. A Carta buscou instituir mecanismos internacionais para trazer maior soberania, equidade e independência entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos (SOUZA, 2005, p. 403).

O conteúdo da referida Carta é fundamental para a evolução da ideologia do desenvolvimento, bem como para pautar a adoção de seus preceitos no direito

interno, via Direito Econômico.

O Direito Econômico, que tem por objeto o estudo das idiosincrasias do desenvolvimento, age por meio de normas internacionais ou nacionais, atua no processo de juridicização da economia, no sentido de incorporar o valor desenvolvimento sobre as leis e políticas públicas econômicas do nosso país, conforme será abordado adiante com maior atenção.

Dito isso, a Agenda 2030 pretende erradicar a pobreza e promover prosperidade pautando-se em um conceito amplo de desenvolvimento, que abrange o compartilhamento global de prosperidade e os frutos que o desenvolvimento pode trazer, como inovações nos campos de conhecimento, infraestrutura, saneamento básico, saúde, educação, comunicação, etc. (IPEA, 2019).

O relatório nacional voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de 2017, foi elaborado para apresentar estratégias para internalizar no Brasil as intenções da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda 2030 é um documento que foi elaborado por 193 Estados-membros da ONU para formalizar compromissos gerais voltados para o desenvolvimento do planeta, através de 169 metas, incluindo questões envolvendo a prosperidade financeira dos países menos favorecidos (IPEA, 2019).

Nesses termos, como pretende a Agenda 2030, para se promover o desenvolvimento do país é necessário que a Administração Pública promova um engajamento do setor privado, da academia e da sociedade civil, bem como de parcerias institucionais, como será analisado em seguida no que tange ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o seu papel de inovação e tecnologia, assim como sua participação no desenvolvimento nacional (IPEA, 2019).

1.1. O DIREITO ECONÔMICO E A IDEOLOGIA CONSTITUCIONALMENTE ADOTADA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Revolução Industrial, bem como o advento, a duração, o fim das Guerras Mundiais e as crises econômicas, contribuíram historicamente para a evolução do que viria a se tornar o Direito Econômico (BRESSER-PEREIRA, 2013, p.364).

Inicialmente, com a manutenção da sociedade industrial advinda dos desdobramentos da Revolução Industrial, os anseios da sociedade ganharam força

ao longo do século XIX, após a composição da indústria e com a conseqüente aglomeração populacional em torno dos centros urbanos industriais. Em seguida, a infraestrutura, o transporte público, o saneamento básico, a energia, a manutenção das ferrovias, estradas e portos começaram paulatinamente a serem fornecidos pelo Estado, alterando o paradigma prévio que era pautado no liberalismo (BERCOVICI, 2013a, p. 254).

A Primeira Guerra Mundial descortinou a importância da participação do Estado para o bom funcionamento da sociedade, pois, como reflexo da guerra, o direito público foi ganhando cada vez mais espaço no cenário social ante a impossibilidade que o direito privado encontrou ao lidar com as questões econômicas que assolavam os Estados nacionais (BERCOVICI, 2013a, p. 254).

Naquela época, especulou-se sobre a criação de um “direito de guerra”, voltado à indústria, que, mais tarde, começaria a ganhar os contornos institucionais do que hoje conhecemos como Direito Econômico. Nesse sentido, o direito “é progressivamente chamado a cobrir zonas cada vez mais extensas da vida econômica” (BERCOVICI, 2013a, p. 256).

Nesses termos, as políticas públicas de natureza econômica foram aos poucos ganhando evidência juntamente com as políticas sociais do pós-guerra. Soma-se a isso as crescentes demandas pela democratização dos Estados nacionais, o que levou a uma maior centralização e controle estatal sobre a economia, consolidando a posição do Direito Econômico e a organização jurídica dos processos de produção e acumulação de riquezas (BERCOVICI, 2013a, p. 257).

Segundo Comparato (2012, p. 38), a ideia do que viria a ser o que se conhece hoje como Direito Econômico, surgiu com o fim da Primeira Guerra Mundial e firmou-se como disciplina científica, no início do século XX. Como conceito, temos que:

Direito Econômico é o ramo do Direito que tem por objeto a “juridicização”, ou seja, o tratamento jurídico da política econômica e, por sujeito, o agente que dela participa. Como tal, é o conjunto de normas de conteúdo econômico que assegura a defesa e harmonia dos interesses individuais e coletivos, de acordo com a ideologia adotada na ordem jurídica (SOUZA, 2005, p. 23).

Os primeiros contornos da Constituição Econômica surgiram no contexto do pós-guerra, quando começaram a surgir as Constituições nacionais sociais, econômicas ou programáticas, que traziam em seus textos diretrizes para o legislativo

e o executivo, no sentido de viabilizar a melhor atuação política possível (BERCOVICI, 2008, p.161).

Todo esse movimento acima narrado desencadeou a promulgação, em 1919, da célebre Constituição de Weimar, que trouxe um conteúdo imiscuído de pluralidade e que influenciou as Constituições vindouras do século XX. Assim, surgiram os ideais sobre as Constituições como projetos integrais para as nações, com uma abrangência econômica e social.

A Constituição Federal brasileira, de 1988, é considerada como “dirigente” ou “programática”, pois estabelece diretrizes aos poderes, a fim de fundar uma nova ordem econômica na sociedade, ao contrário das Constituições liberais do século XIX, que tratavam do aspecto econômico apenas no que tangia a manutenção do livre mercado e da propriedade privada (BERCOVICI, 2008, p.164).

Uma Constituição dirigente apresenta-se com o propósito de alterar o cenário existente ao positivar incumbências e políticas públicas para serem utilizadas sobre o domínio econômico e, então, atingir objetivos determinados (BERCOVICI, 2008, p.164).

Desse modo, o Direito Econômico viria futuramente para coexistir com essa nova concepção do papel do Estado em relação à economia, fazendo parte do sistema jurídico como um todo (BERCOVICI, 2013a, p. 259).

Na periferia do sistema capitalista, o Direito Econômico se estabelece com o desenvolvimentismo, bem como com o início do processo de industrialização na década de 30 (BERCOVICI, 2013a, p. 260). De modo sintético:

O direito econômico tem uma racionalidade essencialmente macroeconômica, pois trata da ordenação dos processos econômicos ou da organização jurídica dos espaços de acumulação, atuando de maneira direta nas questões referentes à estratificação social. O direito econômico tem como objeto, assim, também as formas e meios de apropriação do excedente, seus reflexos na organização da dominação social e as possibilidades de redução ou ampliação das desigualdades. A preocupação com a geração, disputa, apropriação e destinação do excedente é o que diferencia o direito econômico de outras disciplinas jurídicas que também regulam comportamentos econômicos (BERCOVICI, 2013a, p. 262)

Em suma, o Direito Econômico também se preocupa com a organização da estrutura social, pois trabalha em cima da regulação do excedente. Logo, é um ramo da ciência jurídica que instrumentaliza as políticas econômicas, atuando como um

agente de transformação das estruturas sociais e econômicas, com o fim de viabilizar o desenvolvimento nacional (BERCOVICI, 2013a, p. 262).

Por políticas econômicas, entende-se que se trata da soma de esforços dos gestores públicos, que as implementam através de medidas jurídicas com a finalidade de atender objetivos de natureza econômica. As políticas econômicas são viabilizadas pelo veículo Direito Econômico (SOUZA, 2005, p. 25).

Ademais, em termos de Brasil, cabe ressaltar inicialmente que embora haja referência a uma Constituição Econômica, não se pode olvidar que sempre estará presente a unidade constitucional. Ou seja, a Constituição Federal não possui vários núcleos apartados, ela é *una*. As várias regras e princípios existentes em seu bojo irão sempre se complementar. Assim, entende-se que o que se chama de Constituição Econômica é uma divisão topográfica didática que não visa contrapor outros núcleos, como políticos e sociais (BERCOVICI, 2008, p.162).

Quando há referência à Constituição Econômica, há evidente menção ao texto constitucional por inteiro. As razões para essa nomenclatura estão ligadas apenas às normas ali selecionadas serem relativas ao lado econômico da construção da nação. Superada essa questão, a Constituição Econômica significa a presença do caráter econômico no texto constitucional. E, partindo-se dessa premissa, o constituinte de 1988 fundou na República Brasileira as principais diretrizes para as políticas públicas econômicas do Estado.

Não apenas o Direito Econômico não é estanque, como o próprio Direito em geral possui uma unidade. Os diferentes ramos do Direito existem para melhor entendimento dos institutos, ou seja, simplesmente para facilitar seu estudo (SOUZA, 1980, p. 100).

Essa presença do econômico na no Texto Constitucional de 1988 levou a construção da “ideologia constitucionalmente adotada”, terminologia cunhada pelo jurista Washington Peluso Albino de Souza, pai do Direito Econômico no Brasil, referência teórica que orienta esta pesquisa. Também denominada de “Ordem Econômica”, a Constituição Econômica se refere ao procedimento de juridicização do fato econômico no seio da Constituição Federal.

A Constituição Econômica inaugura em 1988 uma nova ordem, consubstanciada pela tentativa de ruptura com o modelo liberal, que visava a transição para um sistema social-intervencionista (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013, p. 272).

Nessa perspectiva de constitucionalização do fato econômico, o mestre Washington Peluso Albino de Souza identificou um fato que teve por bem denominar de “ambiguidade constitucional” (SOUZA, 2005).

Em relação à ambiguidade trazida pelo mestre Washington, Leonardo Corrêa explica que o conceito surgiu em uma publicação datada de 1956, no qual o mestre compara as Constituições Econômicas de cinquenta e quatro países e conclui, enfim, que ali residia o que viria a ser a ideologia constitucionalmente adotada na Constituição Federal brasileira, representando a constitucionalização do fato econômico (2019, p. 72).

A ambiguidade constitucional se refere ao encontro de várias ideologias aparentemente conflitantes dentro de uma mesma Constituição, algo que, em um primeiro momento, gera certa estranheza ao intérprete, pois em um mesmo texto encontram-se vestígios da ideologia liberal, socialdemocrata, nacionalista etc. Não obstante, o que ocorre na verdade, é que as Constituições Federais do Século XX, nos países democráticos, expressaram várias ideologias, mas não adotaram nenhuma de forma pura.

Por essa razão:

A “ideologia constitucionalmente adotada” torna-se um filtro hermenêutico apto a depurar as impurezas das “ideologias puras” e levar ao jurista a um objeto de estudo: a ideologia econômica constitucionalizada em um dado texto constitucional. A partir de meados do século XX, portanto, torna-se regra desatar o vínculo entre os discursos “ideológicos puros” e as Leis Fundamentais dos países ocidentais, de modo que os juristas passam a interpretar e aplicar na vida real as Constituições Econômicas a partir de seus comandos mistos (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013, p.275).

Em outras palavras, percebe-se que a opção da ideologia constitucionalmente adotada se trata de um veículo transformador de ideologias puras diversas em uma única ideologia mesclada, de acordo com as idiosincrasias de cada nação, com base nas escolhas dos constituintes.

Dessa maneira:

Depois de acirrados debates políticos e participações sociais múltiplas, elaboramos a Constituição da República atual, produzida por representantes eleitos de ideologias políticas distintas, tais como: nacionalistas, social-democratas, trabalhistas liberais clássicos, liberais sociais, socialista, feminismo e ambientalismo, construindo assim comandos plurais para toda a ordem constitucional e,

consequentemente, na própria Constituição Econômica. Representando estes últimos ditames constitucionais para o “dever ser” da vida econômica, mais precisamente para as políticas econômicas públicas e privadas, sendo eles os pilares estruturantes da legislação de Direito Econômico (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2017, p. 682).

Podemos dizer também que o Direito Econômico trata da “interpretação da dogmática jurídico-econômica à luz da ordem jurídico-econômica constitucional” (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013, p.272).

Dito isso, a Constituição Federal de 1988, cidadã e plural, legitima a intervenção do Estado nas políticas de natureza econômica, pois a Constituição Econômica representa o meio normativo e axiológico que baseia a existência de políticas de natureza econômica, fundamentais para o desenvolvimento (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013, p. 278).

1.2. AS RELAÇÕES ENTRE SOBERANIA NACIONAL, INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO

O Direito Econômico mantém íntima relação com a noção de soberania e de inovação tecnológica, tendo em vista que esses dois itens são fundamentais, principalmente no momento atual, para o desenvolvimento econômico de um país.

A soberania nacional é fundamento da República Federativa do Brasil, diz respeito a independência de uma nação, é um poder que não pode estar limitado internacionalmente, tampouco sujeito a entidades internas ou externas. Além disso, as regras internacionais a que se submete prescindem de anuência prévia do próprio Estado (CAETANO, 1987, p. 169).

Nesses termos, Norberto Bobbio define a soberania da seguinte forma:

Em sentido lato, o conceito político-jurídico de Soberania indica o poder de mando de última instância, numa sociedade política e, consequentemente, a diferença entre esta e as demais associações humanas em cuja organização não se encontra este poder supremo, exclusivo e não derivado. Este conceito está, pois, intimamente ligado ao de poder político: de fato a Soberania pretende ser a racionalização jurídica do poder, no sentido da transformação da força em poder legítimo, do poder de fato em poder de direito. Obviamente, são diferentes as formas de caracterização da Soberania, de acordo com as diferentes formas de organização do poder que ocorreram na

história humana: em todas elas, é possível sempre identificar uma autoridade suprema, mesmo que, na prática, esta autoridade se explicita ou venha a ser exercida de modos bastante diferentes (2004, p. 1.179).

O conceito de soberania apresentado acima de modo bastante conservador, teve seu nascedouro a partir da criação de um poder legitimamente ligado ao Estado, ou seja, um poder de direito. Trata-se, historicamente, da passagem do poder do soberano no Estado absolutista, para o poder soberano no Estado moderno, no qual o poder se fia na ideia de nação (CRUZ, 2002a, p. 8).

A necessidade de se fundamentar um conceito de soberania é fundamental, de acordo com Jellinek, a partir do momento em que nasce o antagonismo entre o poderio do Estado e o poderio econômico. Dessa forma, seria possível haver a intervenção do Estado na economia, ainda que de forma residual (1954, p. 331).

Ademais, a soberania possui um viés sobretudo político, pois trata-se do poder de organizar a nação juridicamente, encontrando limites apenas nos fins éticos de convivência e da noção de bem comum⁷. Considerando-se tais limites, a soberania utiliza a coação para impor e defender suas escolhas (DALLARI, 2007, p. 81).

Em última instância, pode-se afirmar que o poder soberano que reside dentro da delimitação do Estado é superior a todos os demais, quer sejam dos indivíduos ou de grupos sociais internos e externos.

A partir desse ponto, cumpre analisar as questões envolvendo o poderio econômico e sua interferência nas nações soberanas, principalmente com o advento da globalização, que possui força econômica influenciadora, caráter transnacional e a presença de anonimato dos atores que tomam decisões.

Em suma, a globalização é um “aglomerado de sistemas manipulados por atores em grande parte “invisíveis” ... [Não há] unidade ou coordenação proposital das forças em questão” (BAUMAN, 1999, p. 65).

Não obstante a conceituação jurídica da soberania, a partir do século XX, iniciou-se o que chamamos de “crise da soberania” - nomeada por Bobbio como o “eclipse da soberania”.

⁷ Como sociedade política, o Estado é um meio pelo qual os indivíduos podem alcançar determinados fins, como o bem comum, representado pelo conjunto de todas as condições que possibilitem o desenvolvimento da pessoa humana. Evidentemente, quando se fala em determinados fins, há que se situar que diz respeito a determinado povo e determinado território, uma vez que as necessidades das populações podem variar de acordo com o aspecto cultural (DALLARI, 2007, p. 108).

Trata-se da influência do fenômeno da globalização sobre as trocas internacionais, causando repercussões tanto culturais, quanto econômicas no interior das nações:

O golpe maior veio das chamadas comunidades supranacionais, cujo objetivo é limitar fortemente a Soberania interna e externa dos Estados-membros; as autoridades "supranacionais" têm a possibilidade de conseguir que adequadas Cortes de Justiça definam e confirmem a maneira pela qual o direito "supranacional" deve ser aplicado pelos Estados em casos concretos; desapareceu o poder de impor taxas alfandegárias, começa a sofrer limitações o poder de emitir moeda. As novas formas de alianças militares ou retiram de cada Estado a disponibilidade de parte de suas forças armadas ou determinam uma "soberania limitada" das potências menores com relação à potência hegemônica. Além disso, existem ainda outros espaços não mais controlados pelo Estado soberano. O mercado mundial possibilitou a formação de empresas multinacionais, detentoras de um poder de decisão que não está sujeito a ninguém e está livre de toda a forma de controle: embora não sejam soberanas (BOBBIO, 2004, p. 1187).

Em síntese, surgem novas formas de poder, como o poderio econômico de empresas transnacionais que, não raras vezes possuem um Produto Interno Bruto (PIB), maior do que muitos Estados. Além disso, nações que sediam tais empresas podem fazer pressões de natureza econômica sobre países em desenvolvimento. Pressões essas que podem colidir com o conceito moderno de soberania⁸.

Levando-se em conta tais considerações acerca do poderio econômico transnacional, a proteção da economia de uma nação guarda relação intrínseca com a própria noção de soberania, mormente no contexto do capitalismo globalizado.

Cabe ressaltar que a globalização surgiu historicamente após a Segunda Guerra Mundial, universalizando de certa forma as questões sociais transindividuais.

Em síntese:

⁸ O objetivo final do capitalismo é a acumulação de riquezas. Ao longo dos séculos, esse sistema econômico começou paulatinamente a operar como instrumento de poder tanto na esfera de mercado, quanto na esfera política. O ponto mais contundente a ser asseverado, é a contradição do discurso que apresenta, em defesa das "liberdades individuais" uma vez que o capitalismo age sempre a despeito dos Direitos Humanos (COMPARATO, 2013, p. 170). Nesse sentido, "o contraste entre esse comportamento e aquele próprio dos tiranos e ditadores é completo" [...] "... os grandes empresários colaboraram estreitamente com as políticas governamentais, notadamente mediante a construção de uma poderosa indústria armamentista e a organização de monstruosas fábricas de morte, como os campos de concentração da Alemanha nazista" (COMPARATO, 2013, p. 172). Partindo-se desses pressupostos, sabendo-se que o fenômeno da globalização potencializa os efeitos do poder capitalista, a discussão sobre a soberania e sua relação com o desenvolvimento nacional é importantíssima.

Com a globalização, alguns temas atingiram uma gama maior de pessoas e passaram a contaminar as preocupações sociais. Temas como a paz, o desenvolvimento, o progresso, o meio ambiente, o futuro, passaram a ser o centro das preocupações (MENEZES et al., 2017, p. 277).

Sendo o sistema capitalista extremamente adaptável a cada momento histórico, nos anos seguintes às alterações políticas e sociais das nações no pós-guerra, o capitalismo se reorganizou em resposta à globalização, culminando no que conhecemos hoje como a terceira Revolução Industrial, denominada de revolução tecnológica.

Houve uma reordenação espacial da indústria e reorganização internacional do trabalho. Mas, a principal fonte da necessidade de reorganização capitalista encontra-se nas evoluções e inovações tecnológicas, que deram outra dinâmica à forma estrutural do capitalismo (MENEZES et al., 2017, p. 287).

Contemporaneamente, porém, o fenômeno da globalização pode causar prejuízos econômicos para as nações subdesenvolvidas, ainda que ocorra de forma indireta. Por outro lado, não há incompatibilidade inerente entre tais “prejuízos econômicos” e a soberania dos Estados de forma direta, visto que, juridicamente, sanções só podem ser impostas quando o Estado soberano anuiu a um determinado acordo ou tratado, através dos políticos que representam o povo (CRUZ, 2002a, p.10).

Nesse ponto, a despeito de acordos e convenções, a própria Constituição de 1988 reconhece a existência de uma ordem jurídica internacional no § 2º do art. 5º.

Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL, 1988).

A globalização, na perspectiva de Bauman, aproxima e afasta os povos na mesma proporção:

Junto com as dimensões planetárias dos negócios, das finanças, do comércio e do fluxo de informação, é colocado em movimento um processo “localizador”, de fixação no espaço. Conjuntamente, os dois processos intimamente relacionados diferenciam nitidamente as condições existenciais de populações inteiras e de vários segmentos

de cada população. O que para alguns parece globalização, para outros significa localização; o que para alguns é sinalização de liberdade, para muitos outros é um destino indesejado e cruel. A mobilidade galga ao mais alto nível dentre os valores cobiçados – e a liberdade de movimentos, uma mercadoria sempre escassa e distribuída de forma desigual, logo se torna a principal fator estratificador de nossos tardios tempos modernos ou pós-modernos (1999, p.8).

Ao tratar de desigualdade e distribuição de renda, pode-se entender que o capitalismo liberal em um mundo conectado acaba por influenciar um aspecto demasiadamente importante da soberania nacional, qual seja, a proteção interna dos Direitos Humanos (CRUZ, 2002b, p. 13).

Como já anunciado acima, os frutos da globalização, que permitem que grandes conglomerados internacionais possuam um poder econômico tão grande que possam influenciar diretamente ou indiretamente na política interna de um país, é fator que demanda uma resposta. E essa resposta pode ser encontrada em políticas públicas nacionais de fomento.

Ellen Wood, na esteira de Jellinek, alertou para o perigo de cair na tentação de se apartar o lado político do lado econômico das nações, tese defendida do liberalismo clássico⁹ ao neoliberalismo (WOOD, 2003).

A partir da teoria de Bobbio sobre o eclipse da soberania e levando-se em conta a globalização contemporânea, o conceito clássico de soberania acaba sofrendo severas interferências do capitalismo liberal e esbarra na ideia de inovação tecnológica, já que os países desenvolvidos são aqueles que dominam o fato tecnologia.

Isso torna evidente a necessidade de forte atuação do Direito Econômico, como instrumento capaz de minorar os efeitos negativos da globalização sobre países em desenvolvimento, como o Brasil.

Nesse ponto, as inovações tecnológicas e científicas podem e devem andar de mãos dadas com políticas públicas estratégicas de fomento a economia nacional, incluindo a indústria, pois uma economia interna forte é capaz de auxiliar a resposta

⁹ Bobbio define o liberalismo clássico da seguinte forma: “O liberalismo é, como teoria econômica, defensor da economia de mercado; como teoria política, é defensor do estado que governe o menos possível ou, como se diz hoje, do Estado mínimo (isto é, reduzido ao mínimo necessário) (2006, p. 128)”.

que o direito precisa dar aos ataques sofridos pelos Direitos Humanos, por parte do capitalismo internacional¹⁰.

Nesse sentido, Schumpeter enfatizou que o fenômeno do desenvolvimento sempre estará ligado à noção de tecnologia, utilizando como referência a inovação dos meios de produção (SOUZA, 2005, p. 411). Sem embargo, a presença do capitalismo global foi possível pelo advento da Revolução Tecnológica, momento em que a inovação passou a ser considerada um fator de produção independente (MENEZES et al., 2017, p. 278).

A tecnologia foi alçada ao principal meio de concorrência entre empresas, uma vez que a produção industrial em massa de novos produtos com menor custo culminou no aumento do mercado consumidor.

Volvendo ao ponto inicial do nosso item, é evidente que a autonomia financeira de um país é algo plenamente utópico, posto que, historicamente, as nações mantêm interdependência econômica, principalmente no que tange os efeitos da globalização, perpetrados pelo capitalismo liberal.

Não obstante a utopia supracitada, a busca por uma autonomia financeira, ou, melhor dizendo, pela soberania econômica pautada no desenvolvimento, deve ser tomada como a busca por um caminho viável para se atingir o objetivo final, que é algo que deve sempre ser buscado, ainda que inalcançável. Nesse aspecto, ainda que não atingido por completo, deve-se buscar o máximo de autonomia possível.

Partindo-se então de um contexto no qual a globalização afeta a soberania nacional por razões de ordem econômica e tecnológica, reconhecendo o papel do Direito Econômico na proteção dos Direitos Humanos, passa-se a analisar a função do desenvolvimento econômico e sua relação com a soberania nacional e com a tecnologia.

A raiz do Estado liberal advém do Estado moderno absolutista, no qual a figura do monarca era confundida com a figura do Estado. O neoliberalismo atual, que ainda defende a intervenção mínima do Estado na economia, encontra correspondência

¹⁰ As questões que concernem à saúde são fatos preocupantes quando se trata de Direitos Humanos. Por esta razão, a análise da viabilidade de um Complexo Industrial da Saúde eficiente é tão importante, visto que uma indústria nacional que funcione em sua capacidade máxima é fator que auxilia a proteção interna nesse âmbito. Trata-se de uma saída mais econômica do que jurídica à primeira vista, mas que se conectam por serem baseadas em políticas públicas.

nesse argumento desde o século XVIII, sobretudo após a publicação da célebre obra “A riqueza das nações” (1776), de Adam Smith (DALLARI, 2007, p. 278).

Já no liberalismo clássico, que encontraria o seu apogeu enquanto doutrina durante o século XIX, com a publicação de “Da liberdade” (1859), de Stuart Mill, não tratou – por questões de limitação histórica – assim como o neoliberalismo contemporâneo não trata, das celeumas trazidas por tal ideologia, mormente quando existe confronto de empresas privadas e Direitos Humanos, como narrados acima (DALLARI, 2007, p. 279).

Se por limitação histórica e pela conjuntura dos séculos XVIII e XIX, a doutrina do liberalismo fazia sentido, sobretudo levando-se em conta as demandas da Revolução Francesa, na circunstância atual, principalmente na organização brasileira, esta doutrina não se mostra apta a proteger os interesses coletivos dos cidadãos. Isso ocorre devido ao fato de que, com o auxílio da globalização, os países que conseguiram se desenvolver primeiro, acabam por impor severas condições aos países em desenvolvimento, como ocorre em grande parte da América do Sul, África e Ásia (CHANG, 2004).

Pela ausência de inovação tecnológica em países periféricos, esses são levados a adquirir produtos dessa ordem a preços exorbitantes, como ocorre com produtos de necessidade extrema, como remédios e equipamentos para a saúde.

Como a concorrência de setores tecnológicos costumam ser mínimas ou inexistentes, os países em desenvolvimento são obrigados a arcar com o preço que grandes corporações cobram, uma vez que não possuem poder de barganha.

Desse modo, podemos perceber a relação intrínseca entre o poder econômico e a soberania nacional. Logo, a inovação tecnológica aliada a políticas públicas, pode ser um importante fator de desenvolvimento nacional.

1.3. ENTRE O MERCADO E AS INSTITUIÇÕES JURÍDICAS: O ESTADO

O mercado pode ser definido como o “... espaço aberto de distribuição de bens e de prestação de serviços, onde impera a lei de divisão e especialização de tarefas” (COMPARATO, 2013, p. 169).

O capitalismo, enquanto sistema econômico está situado acima do mercado, embora dele necessite para atuar. O poder capitalista, apesar de ter surgido pelo ponto de vista econômico, se desdobrou em poder político e ideológico, sendo

altamente capaz de influenciar até mesmo o modo de vida social.

Sem embargo, as corporações capitalistas historicamente dominaram a imprensa, causando influência massiva na mentalidade coletiva, geração após geração, na tentativa de ocultar essa influência política¹¹ (COMPARATO, 2013, p. 171).

Essa ingerência do capitalismo na política e no modo de vida da sociedade sofreu modificações ao longo da História. Se outrora o mercado se adaptava às demandas sociais, hoje o mercado, através do capital, comanda as próprias vontades do sujeito/consumidor.

A cultura da América Latina, por exemplo, foi forjada sob um viés eurocêntrico, onde esteve presente, desde a invasão do território pelos europeus, a violência epistêmica¹². Até o momento atual, os Estados nacionais subdesenvolvidos não conseguiram superar tal revés e seus desdobramentos.

Com o capitalismo globalizado e o sequestro da subjetividade dos povos da periferia, esse poder paralelo e oculto é capaz, como nunca, de causar uma influência que é chamada de “poder libidinoso”, que significa que o capitalismo mundial cria condições de necessidade de consumo e ele mesmo induz o mercado a demandar o que o capitalismo já queria ofertar, invertendo a lógica de mercado (CASTRO-GÓMEZ, 2000).

Por se tratar de um poder oculto, aparentemente o capitalismo apenas fornece bens e serviços que o mercado demanda, quando na realidade é exatamente o oposto. Considerando a presença de tais contradições, torna-se imperioso o acompanhamento desse cenário pelo Estado, para corrigir disfunções. Nesses termos:

Em um coerente e adequado sistema das fontes, deveria ser garantida a efetiva atuação da opção política. A atual crise do primado político é especial, porque tal primado é aparente e formal. É completa a mesclagem entre o poder político e o poder econômico, entre a política como protagonista da economia e a política como lugar de negócios. O homem da política tende a representar não apenas os interesses de terceiros, mas, sobretudo, os próprios: ele é protagonista do

¹¹ O poder capitalista, além de operar de forma velada, opera também de forma difusa, ao ponto de se perder o lastro a respeito da influência que causa sobre a massa de consumidores.

¹² Podemos definir a violência epistêmica como a imposição de padrões culturais de um povo sobre outro ou, como no caso da presente dissertação, da imposição da cultura forjada pelo poder capitalista sobre os indivíduos (CASTRO-GÓMEZ, 2000).

desenvolvimento econômico e é “acionista” deste desenvolvimento. Uma época de perda de moralidade e de decadência: a ética dos negócios prevalece. As disposições legislativas, e não apenas aquelas nacionais, são preparadas com base nos estudos feitos pelas sociedades multinacionais ou por quem de qualquer modo nelas tem interesses prevalentes. A representação política tende a transformar-se em uma representação fictícia e a deixar que poucos os mais fortes e organizados decidam por todos. Com o advento da lei do mais forte, é inevitável que o direito e Justiça estejam em crise (PERLINGIERI, 2007, p. 22).

Ao tratarmos da relação entre o mercado e instituições jurídicas, é inevitável o questionamento da atuação do Estado sob o domínio econômico. Um bom exemplo é a questão da propriedade industrial baseada em inovação tecnológica.

Como amostra, temos o argumento utilizado por grandes corporações farmacêuticas transnacionais, no sentido de que necessitam de patentes para terem o lucro necessário e investirem em novas tecnologias e inovações no ramo da saúde, algo que interessa a todos, inclusive ao Estado. Porém, já foi demonstrado que as patentes não são garantidoras de inovação e tampouco o investimento em novos fármacos é totalmente privado:

Hoje, em lugar de bons resultados para toda a comunidade, o sistema de propriedade industrial engendra concentração de poder econômico, com nula ou quase nula difusão de tecnologia. De um lado, grande parte dos avanços tecnológicos é mantida em segredo, sob regime de *know-how*. De outro lado, a pesquisa tecnológica demanda investimentos cada vez mais elevados, os quais somente os poderes Públicos e os grandes grupos empresariais podem realizar. Mas, como esses investimentos obedecem à lógica da lucratividade e não do serviço coletivo, eles se fazem, cada vez mais, por iniciativa e no interesse exclusivo das empresas, com vistas à eliminação da concorrência. Mesmo quando efetuados pelo Estado, tais investimentos acabam por beneficiar, quase que exclusivamente, as grandes empresas, como salientam os técnicos das Nações Unidas (COMPARATO, 2013, p.179).

Na perspectiva das relações entre política e economia, a influência do poder capitalista é forte ao ponto das leis serem pautadas qualitativamente com as razões de mercado, a despeito da legitimidade de seu conteúdo.

Portanto, o teor material da lei, bem como sua legitimidade constitucional acaba funcionalizado à lei de mercado, ao passo que, as razões de mercado, englobam não somente razões econômicas, envolvendo também cultura e religião (PERLINGIERI, 2008).

O jurista italiano Pietro Perlingieri adverte que a relação entre mercado e direito representa a questão central da modernidade, conforme chama a atenção para o fato de que o protagonismo dessa relação deveria estar na pessoa humana e não na figura do consumidor (2008).

Ainda segundo o autor, as razões do direito são muito mais abrangentes do que as razões do mercado na lógica capitalista. O direito possui uma função ordenadora pautada em valores e princípios. Desse modo, é preciso intervenção política, por meio de suas instituições, a fim de se considerar a pluralidade de valores presentes na sociedade contemporânea, para além do mercado (PERLINGIERI, 2008).

Por isso, a ação do Estado através das instituições jurídicas é permanentemente necessária, sobretudo para defender os Direitos Humanos dos cidadãos, que podem ser afetados pelo capitalismo globalizado.

A análise entre a ligação de mercado e instituições jurídicas pode ir além do observado acima. O neoliberalismo demonstrou no passado como as crises econômicas eram cíclicas e como a superação de tais crises ocorreram com a intervenção do Estado, independentemente do nível de atuação sobre a crise.

Atualmente, porém, vivemos uma espécie de crise permanente do neoliberalismo, diversamente do que ocorria no passado, apresentada com os ciclos econômicos por Keynes (MENEZES et al., 2017, p. 269).

A partir disso, passou-se a empreender esforços para compreender melhor esta dinâmica entre mercado e Estado e sua complexidade, além de se investigar a posição econômica do poder público, que pode se posicionar de forma mais ativa, planejando o desenvolvimento nacional em várias frentes, inclusive no que tange ao Complexo Industrial da Saúde.

1.3.1. O valor jurídico do planejamento na perspectiva da participação do Estado

Conforme exposto no item anterior, o desenvolvimento econômico pode ser promovido através da atuação estatal por meio de políticas públicas. Logo, o Estado tem o papel de intervir na macroeconomia, visando equilibrar o mercado ou planejando a economia. O Estado pode também empreender, assumindo riscos e

criando mercados (MAZZUCATO,2014).

Destarte:

O desenvolvimento impõe a necessidade de repensarmos um planejamento abrangente. Analisar o desenvolvimento por meio das políticas públicas só faz sentido se considerarmos o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais (BERCOVICI, 2008, p. 170).

O planejamento estatal refere-se à ideia de coordenar os esforços de toda a nação em prol do desenvolvimento. O ato de planejar arrima-se na participação ativa do Estado na economia em busca de meios eficazes para atingir o bem-estar social (SOUZA, 2005, p. 386).

Sob as lentes constitucionais, a administração pública deve atuar através meio do Direito Econômico, promovendo políticas públicas de inclusão, a fim de assegurar os direitos econômicos e sociais insculpidos na Constituição federal de 1988 (ÁLVARES, 2020, p. 25).

Na mesma linha de raciocínio, assevera Eros Grau:

O planejamento consiste na aplicação de técnicas de previsão e pressuposição da ação coordenada do estado como um todo, no intuito de realizar fins previamente definidos da forma mais completa e rápida possível. Em suma, é uma atividade-meio para o alcance de objetivos estatais, o que se expressa documentalmente em um 'plano', o qual contempla as metas e os meios de ação, sendo um método de intervenção nas atividades econômicas com vistas à sua ordenação para melhor funcionamento da ordem social (1978, p. 25).

Com base no raciocínio precedente, a professora Mariana Mazzucato (2014), em sua célebre obra "O Estado Empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado", desnuda a visão liberal antiquada a respeito da completa ineficiência do Estado em relação à economia e demonstra que a atuação do governo é fundamental para a inovação tecnológica que, após a Terceira Revolução Industrial, tornou-se o fator de maior relevância para o desenvolvimento de um Estado nacional.

A Revolução Tecnológica foi crucial para firmar a importância da participação do Estado na economia, uma vez que os investimentos nas pesquisas de inovação sempre foram e ainda são extensivamente custeados pelo poder público. Assim, o Estado planeja a respeito das inovações que pretende ver no mercado, com base em estruturas econômicas, políticas, sociais e culturais (MENEZES et al., 2017, p. 279).

A proatividade do governo, então, é necessária posto que apenas o Estado é

capaz de planejar e investir a longo prazo e de forma estável. Esse fomento, que deve ser constante, está diretamente ligado à inovação tecnológica.

Portanto, firmou-se o entendimento acerca da ligação intrínseca entre o investimento estatal e as inovações tecnológicas, haja vista que as grandes transformações advindas da tecnologia são capazes de alterar a dinâmica do capitalismo, chegando até no estilo de vida das pessoas, sendo que as grandes inovações possibilitadas pelo investimento do Estado foram possíveis em várias frentes, como as indústrias de ferrovias, de fármacos, a internet¹³ e a nanotecnologia, já que todas elas prescindem de capital massivo para serem postas no mercado (MAZZUCATO, 2014).

A imperiosidade do financiamento público de pesquisas para a criação de inovação tecnológica perpassa pela ausência de subvenções do setor privado nas áreas que não possuem chances certas de lucro financeiro (MENEZES et al., 2017, p. 283). Lembrando que a noção de desenvolvimento foi considerada como parte inerente aos Direitos Humanos, segundo a ONU (SOUZA, 2005, p. 398).

Em regra, o sistema neoliberal apenas valida a intervenção do Estado no domínio econômico para corrigir falhas de mercado, o que torna essa dinâmica de investimento disfuncional (MAZZUCATO, 2014).

Todo esse discurso e prática neoliberal em um cenário de globalização acarretaram no abandono das práticas de planejamento estatal da economia, a despeito da ideologia constitucionalmente adotada. Essa ausência de unidade social, econômica e política, definitivamente não coaduna com o intuito de desenvolvimento nacional, posto que, conforme demonstrado acima, as relações entre investimento, tecnologia e superação do subdesenvolvimento requerem sempre um projeto nacional, pois cabe ao Estado a promoção do desenvolvimento, de acordo com o inciso II, art. 3º. da Constituição Federal.

Nesses termos, o instituto do planejamento está previsto no parágrafo 1º. art.174, da Lei Maior, *in verbis*:

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização,

¹³ Um exemplo importante soerguido pela autora refere-se à internet, uma vez que no início, “o governo precisou inclusive apoiar a comercialização da internet.” É certo que, não bastasse o setor privado sequer comercializar a descoberta no início, o próprio Estado investiu na área, ainda não sondada pelo setor privado (MENEZES et al., 2017, p. 283)”.

incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. § 1º A lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento.

Ignacy Sachs defende o modelo de planejamento adotado por parte do Estado e adverte que é preciso a cooperação de empresários, trabalhadores e sociedade civil organizada, já que o mercado não tem condições de coordenar sozinho todas as esferas que agem sobre a sociedade. Além disso, o planejamento deve ser posto em prática pelos níveis local, regional e nacional, de forma gradual e perene. Sem um bom planejamento nacional, sem um projeto de nação bem coordenado, será impossível atingir níveis de desenvolvimento e conseqüente bem-estar social (BRESSER-PEREIRA, 2013, p.364).

Nesse sentido:

Segundo Ignacy Sachs “nada de parar o crescimento enquanto houver pobres e desigualdades sociais gritantes; mas é imperativo que esse crescimento mude no que se refere a suas modalidades e, sobretudo, à divisão de seus frutos. Precisamos de outro crescimento para um outro desenvolvimento” (BRESSER-PEREIRA, 2013, p. 361).

Apesar dos lampejos de participação do Estado após a Primeira Guerra, foi com o fim da Segunda Guerra Mundial que a participação Estatal chegou no seu apogeu. O modelo desenvolvimentista passou a ser amplamente adotado em países ricos e em países pobres. No Brasil, do mesmo modo como nos demais países retardatários em busca do *catching-up*¹⁴, houve a presença do setor público visando solucionar as despesas sociais de serviços públicos, por meio de amplo financiamento de empresas privadas. Tal forma de agir do Estado é pautada em um maior controle e planejamento de setores estratégicos para a economia nacional, ao mesmo tempo em que delega para o mercado a gestão de setores competitivos (BRESSER-PEREIRA, 2013, p. 362).

Inobstante, a desindustrialização vivenciada pelo Brasil a partir dos anos 90 e com as diversas emendas constitucionais neoliberais que provocam uma verdadeira mutilação no espírito das normas dirigentes, falar sobre planejamento parece uma realidade cada vez mais distante (SOUZA, 2005, p. 148).

¹⁴ O termo *catching-up* refere-se ao ponto de virada de países que estavam em processo de desenvolvimento e, ao chegarem nesse patamar, alcançaram o *status* de países desenvolvidos (CHANG, 2004, p. 107).

Por conta disso, a visão sob a qual a Constituição é, sobretudo, um projeto para o futuro da nação, ligada a uma perspectiva de mudança social por meio do direito, tornou-se turva. Nessa vereda:

Para Ignacy Sachs é preciso reinventar o Estado desenvolvimentista, que pode e deve assumir muitas formas, “mas uma coisa é certa: apesar do mantra neoliberal que proclama o declínio dos Estados, a responsabilidade assumida pelos Estados desenvolvimentistas aumentou” (2009b:15). E enumera, em seguida, as cinco áreas em que o Estado desenvolvimentista deverá atuar: (1) articulação, de um lado, com o nível regional e local e, de outro, com o transnacional, na qual “o ponto nevrálgico é a interface entre as nações frágeis e a economia global”; (2) harmonização do social e do ambiental com o desenvolvimento econômico, buscando “soluções triganhadoras”; (3) promoção de associações entre empresas, trabalhadores, o Estado e a sociedade civil; (4) constituição de formas novas e flexíveis de planejamento; e (5) patrocínio de pesquisas públicas sobre temas selecionados relativos ao uso de tecnologia trabalho-intensiva, de tecnologia poupadora de água e de terra, de mitigação do aquecimento global a novos paradigmas de geração de energia, e, principalmente, de políticas “que assegurem oportunidades de trabalho decente para todos” (BRESSER-PEREIRA, 2013, p. 36).

Com base na ordem constitucional vigente e sabendo-se que ela possui cunho dirigente, é fato que apenas o Estado possui força suficiente para minorar as consequências nefastas da globalização e fazer frente aos desequilíbrios por ela gerados, assim como para buscar veículos de superação do subdesenvolvimento. Por isso, podemos afirmar que o ideal de desenvolvimento não logrará êxito sem a presença de amplo planejamento econômico (BERCOVICI, 2008, p. 171).

Por conseguinte, para conduzir e estruturar os caminhos traçados com a ideologia constitucionalmente adotada, é preciso que esteja presente um gestor suficientemente capacitado, papel que não pode ser ocupado por nenhum ator que não seja o próprio Estado, considerando-se que o setor privado é pautado por agendas qualitativamente diversas do setor público, pois este está vocacionado para a correção de desigualdades e promoção da dignidade da pessoa humana, enquanto aquele despende sua energia visando a acumulação de riquezas, através da lógica de mercado.

1.4. ASPECTOS DE DESENVOLVIMENTO E SUBDESENVOLVIMENTO

Na América Latina, os países buscam desde a sua independência alcançar o *status* de países desenvolvidos. O cenário de subdesenvolvimento que paira sobre toda América Latina se torna mais grave conforme a evolução da globalização.

A existência de grandes corporações e conglomerados transnacionais financeiros, industriais e tecnológicos atingiram um patamar de riqueza e poder nunca antes visto na História da humanidade. Tal nível de magnitude só foi possível perante a existência da globalização (CRUZ, 2002a, p. 21).

Nesse diapasão, considerando-se a globalização econômica, Thomas Piketty assevera que a concentração de riqueza e a desigualdade social, ao criarem crises econômicas¹⁵, só podem ser dissuadidas com intervenção política (2014).

Mas isso não é tarefa fácil. Complementando o pensamento de Piketty e trazendo novos elementos para se pensar a dinâmica do capitalismo, Ellen Wood assevera:

Embora o “ciclo de negócios” continue a ser pontuado por crises regulares, já nos acostumamos à flexibilidade do sistema e à sua capacidade de encontrar novos caminhos de expansão. Mas parece que hoje estamos enfrentando algo novo com que a esquerda nunca tinha se deparado. A prolongada crise nas economias capitalistas avançadas, que até os economistas alinhados ao sistema estão descrevendo como “estrutural” (2003, p. 234).

O liberalismo manteve a crença de que a intervenção mínima do Estado não comprometeria a organização interna das nações, na tentativa de estratificar a separação entre Estado e economia (BAUMAN, 1999, p. 63).

Ocorre que o capitalismo é fluido, move-se com tal rapidez que até o Estado mais vigilante permanece sempre atrasado em relação à economia. Esse entendimento leva à conclusão que o desenvolvimento econômico de um país já passaria naturalmente por dificuldades existentes a partir do capitalismo globalizado.

Então, entende-se que “num mundo em que o capital não tem domicílio fixo e os fluxos financeiros estão bem além do controle dos governos nacionais, muitas das alavancas da política econômica não mais funcionam” (BAUMAN, 1999, p. 64).

¹⁵ Outro ponto crucial a ser definido na presente dissertação é que as crises do capitalismo foram consideradas cíclicas. Vale dizer que o capitalismo desenfreado gera desigualdade, a despeito de crescimento econômico, tendo em vista que o crescimento não corresponde à distribuição de riquezas, fato que de tempos em tempos é capaz de gerar uma insatisfação generalizada e ameaças à democracia (PIKETTY, 2014, *on-line*). Não obstante, atualmente já existe entendimento de que a crise do capitalismo é mais permanente, como analisa Ellen Wood (2003).

Em conclusão, temos que a saída para tais crises atualmente orbita no enfraquecimento sistemático das condições de vida e trabalho das populações, sobretudo de países subdesenvolvidos (WOOD, 2003, p. 234). Em um mundo globalizado, no qual a transformação da economia se torna cada vez mais difícil, o Estado subdesenvolvido que pretenda ultrapassar essa condição, fazendo o *catching-up*, deverá buscar estratégias vocacionadas em outras direções que não estejam baseadas no neoliberalismo e na globalização.

De acordo com Ha-Joon Chang, os países desenvolvidos chegaram a tal patamar graças às respectivas políticas públicas e instituições e não graças a políticas de cunho liberal enquanto estavam se desenvolvendo:

O National Law Center for Inter-America Free Trade (1997, p. 1), com sede nos Estados Unidos, proclama que “[o] registro histórico nos países industrializados que outrora estavam em desenvolvimento demonstra que a proteção à propriedade intelectual foi um dos mais poderosos instrumentos do desenvolvimento econômico, do aumento das exportações e da difusão de novas tecnologias, da arte e da cultura”. E assim por diante (CHANG, 2004, p. 12-13)¹⁶.

A tal respeito, já foi amplamente debatido sobre a função promocional do direito, enquanto veículo de manifestação política. A passagem do Estado liberal para o Estado de bem-estar social é marcada por certa transição de um direito repressivo para um direito que possui uma função de impulsionamento (BOBBIO, 2006, p. 126).

Verificada essa transformação, pode-se afirmar que o Estado deve se valer do Direito Econômico a fim de intervir economicamente para ser o arauto de mudanças de determinada nação.

Ao questionar em sua obra “Chutando a escada: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica”, “como” os países desenvolvidos conseguiram enriquecer de fato, Chang obtém como resposta que eles não teriam logrado tal êxito se tivessem seguido no passado as políticas que hoje recomendam ou impõem aos países em desenvolvimento (CHANG, 2004).

Diversas nações que acumulam riqueza recorreram em outros tempos à prática que hoje condenam nos países subdesenvolvidos, como é o caso da proteção a novas indústrias e subsídios para a exportação de *commodities* (CHANG, 2004, p. 14).

¹⁶ O trecho destacado por Chang foi uma constatação ocorrida em 1997 e está sendo usada apenas como exemplo de instituição jurídica. Portanto, não existe contradição com a argumentação trazida nos parágrafos acima.

Portanto, pode-se afirmar virtualmente que os países desenvolvidos intervieram ativamente na economia, através de políticas públicas voltadas à indústria e à tecnologia para promovê-las. Além disso, cabe frisar que as estratégias de desenvolvimento devem ser traçadas caso a caso, de acordo com as peculiaridades de cada nação. Nesse sentido, não há fórmula pré-estabelecida para que um país enriqueça, posto que:

O desenvolvimento é um fenômeno com dimensão histórica: cada economia enfrenta problemas que lhe são específicos. Não existem fases de desenvolvimento pelas quais, necessariamente, passam todas as sociedades, seguindo os moldes de industrialização europeia. O subdesenvolvimento é uma condição específica da periferia, não uma etapa necessária do processo de “evolução natural” da economia. O subdesenvolvimento e o desenvolvimento são processos simultâneos, que se condicionam e interagem mutuamente (BERCOVICI, 2008, p.167-168).

É por demais sabido que há uma interdependência entre desenvolvimento econômico e social. Essa interdependência é tal que, se não estiverem presentes as alterações sociais, não se poderá falar em desenvolvimento, pois o crescimento apenas não é capaz de transformar a dinâmica da concentração de riquezas (BERCOVICI, 2008, p. 168).

É, justamente, a condição do Estado desenvolvimentista como Estado periférico, na realidade, que exige que ele seja algo mais do que o Estado Social tradicional. A estrutura do Estado Social europeu e as intervenções keynesianas na economia são insuficientes para a atuação do Estado na América Latina. A teoria de Keynes valoriza, também, os centros nacionais de decisão para a obtenção do pleno emprego. Entretanto, se a luta contra o desemprego atinge a atuação do Estado, esta é muito mais necessária para promover as modificações estruturais necessárias para a superação do subdesenvolvimento. O papel do Estado na América Latina deve ser muito mais amplo e profundo do que nos países centrais (BERCOVICI, 2008, p. 170).

Destarte, o desenvolvimento é o crescimento econômico acrescido da superação de desigualdades e da conseqüente ruptura de padrões políticos, institucionais, sociais e culturais.

Friedrich List (1789-1856), pensou a teoria da indústria nascente, que gira em torno do argumento de que, caso o Estado não participe desse processo, os países de primeiro mundo, por já possuírem suas economias mais elaboradas, buscam

continuamente inviabilizar o surgimento de novas indústrias nos países de terceiro mundo (CHANG, 2004, p. 14).

No momento em que os Estados de Centro conseguiram dominar os confins da tecnologia e da indústria, valeram-se de estratégias para se manterem sempre à frente de países que ainda não conquistaram tal feito (CHANG, 2004, p. 37). Por esta razão, entende-se que é necessário haver uma ruptura do equilíbrio existente anteriormente, caso contrário haverá a manutenção das estruturas.

Ignacy Sachs acredita que a humanidade logrará êxito no tocante ao desenvolvimento se, dentre outras coisas, lançarmos mão do planejamento, da revolução energética e cooperação internacional (BRESSER-PEREIRA, 2013, p.364).

Desse modo, Souza elenca algumas estratégias primordiais para a promoção de políticas de desenvolvimento, sendo elas consubstanciadas em um bom planejamento para a transformação do país, uma mudança no pensamento legislativo e jurídico, pois as leis nacionais muitas vezes são forjadas com base em ordenamentos jurídicos estrangeiros, o que compromete a individuação da realidade brasileira (SOUZA, 2005, p. 421).

1.4.1. O processo histórico de subdesenvolvimento e (des)industrialização no Brasil

O Brasil vem sendo posto na posição de país que funda sua economia na produção e exportação de *commodities* agrícolas na divisão internacional do trabalho desde o Império. Apenas após ter se tornado uma República que começaram a surgir discussões a respeito da industrialização, que seria um meio para atingir o desenvolvimento, que, por sua vez, seria um veículo de diminuição da dependência do mercado externo (CASSEB et al., 2017, p.113-114).

Mais adiante, após a crise de 1929, com as políticas públicas industrializantes de Getúlio Vargas, como proteção ao mercado interno e investimentos públicos, já havia, entre os anos 30 e 40, uma certa conexão entre a industrialização, que atualmente está vinculada com a noção de tecnologia, e o desenvolvimento. De toda sorte, o fortalecimento da intervenção do Estado na economia estava ligado à noção de crescimento (CASSEB et al., 2017, p.114).

O grande mestre Celso Furtado elaborou a Teoria do Subdesenvolvimento e, argutamente, percebeu que apenas o avanço da industrialização e o crescimento não

eram capazes de reduzir as diferenças sociais, que permaneciam a despeito da elevação da renda (SOUZA, 2005, p. 415).

Nos anos 50, Prebisch, Celso Furtado e a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), influenciaram o debate sobre o desenvolvimento, ao trabalharem a noção do desenvolvimentismo¹⁷ (CASSEB et al., 2017, p.114).

Percebeu-se que, em geral, países centrais são aqueles que dominam a indústria e a tecnologia, de forma diversificada, enquanto países da periferia são aqueles historicamente explorados, que fundam sua economia na exportação de matéria-prima para a indústria dos países centrais e nas *commodities* agrícolas. (CASSEB et al., 2017, p.115).

Nesse sentido, ficou cada vez mais evidente a intrínseca ligação entre desenvolvimento, indústria e tecnologia e as questões sociais:

Assim como Furtado, Tavares e Serra questionam a forma de crescer do país e qualificam a importância da industrialização para o desenvolvimento reafirmando a necessidade da mesma para o crescimento da economia brasileira. De fato, no período chamado de “milagre brasileiro”, o crescimento econômico assume proporções de fazer inveja a China contemporânea, atingindo a taxa de 14% em 1971, mas com forte aumento das desigualdades sociais (CASSEB et al., 2017, p. 116).

Na sequência, Furtado constatou que o Brasil não teve um avanço na diversificação de atividades produtivas que acompanhassem a acumulação de riquezas, fato que permitiu a manutenção das desigualdades sociais. Dessa maneira, o prolongamento do subdesenvolvimento foi mantido pelas diferenças nas estruturas culturais, sociais e econômicas (SOUZA, 2005, p. 415).

Nesse contexto, além do necessário processo de industrialização inerente aos anos 70, onde houve uma significativa evolução na indústria de base, foi diagnosticado também que seria preciso alterar estruturas internas do Brasil, posto que as dinâmicas políticas e sociais dialogam e influenciam o lado econômico. (CASSEB et al., 2017, p. 116).

Noutro giro, a década de 1990 foi marcada pela presença neoliberal no Brasil e a ideia de abertura do mercado para o exterior ganhou força. Não obstante, não

¹⁷ Desenvolvimentismo é uma corrente doutrinária vocacionada a encontrar meios de vencer a condição de subdesenvolvimento dos Estados nacionais. Em geral, o desenvolvimentismo advoga que os fatores planejamento, intervenção do Estado e indústria, seriam capazes de superar essa condição (BIELSCHOWSKY, 1988).

houve um planejamento adequado que fosse capaz de preparar o país para lidar com essas escolhas, que vieram desde o governo de Fernando Collor de Mello e se acentuaram com Fernando Henrique Cardoso. Nesse ínterim, a segunda metade dos anos 90, apesar de trazer as benesses da estabilização econômica com o sucesso do Plano Real, ficou marcada pelo lançamento do Brasil no mercado externo, sem nenhum preparo macro e microeconômico, indo ao encontro do processo da globalização (CASSEB et al., 2017, p. 118).

Com efeito, o grande problema constatado na fase de abertura de mercado foi a falta de competitividade brasileira, no que tange à tecnologia e à inovação, fato que acarretou no fenômeno da desindustrialização nacional, que vem ocorrendo pela omissão do Estado brasileiro em proceder com planejamento e investimento na indústria e tecnologia.

A descontinuidade do projeto constitucional brasileiro de 1988 ocorreu devido a adesão pela classe política das ideias neoliberais, no sentido de diminuir paulatinamente o papel do Estado na vida econômica em detrimento das diretrizes da Constituição Econômica e da ideologia constitucionalmente adotada (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2017, p. 690).

Complementando essa leitura:

Grande parte das políticas intervencionistas vêm sendo abandonadas em todo o mundo desde a ascensão do neoliberalismo nos anos 80, que enfatiza as virtudes do Estado mínimo, das políticas o *laissez-faire* e da abertura internacional. No fim da década de 70, o crescimento econômico começou a claudicar na maioria dos países em desenvolvimento [...] Consequentemente, a maioria dos países em desenvolvimento acabou adotando políticas de reforma neoliberal. Segundo Bhagwati (1998, p. 37), as mudanças mais simbólicas foram: a implantação da doutrina neoliberal no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, um dos expoentes da teoria da dependência até os anos 80 (CHANG, 2004, p. 32-33).

A seu tempo, o projeto constitucional de 1988, que trouxe à tona os anseios da luta de superação da condição de periferia, bem como das desigualdades sociais através de mandamentos constantes na Constituição Econômica, não foi incorporado na Administração Pública, levando a um quadro de ineficácia das prescrições. Sob tal prisma, a Constituição Econômica, que seria um farol rumo ao desenvolvimento, começou a sofrer ataques em sua estrutura, chamados por Clark, Corrêa e Nascimento, de “bloqueios institucionais” (2017, p.687).

Os bloqueios institucionais exprimem um verdadeiro descompasso dos poderes executivo, legislativo e judiciário com os imperativos constitucionais, ocasionando obstáculos ao desenvolvimento nacional. São consubstanciados via omissão de regulação pelo legislativo, supressão do texto constitucional através de Emendas Constitucionais pelo poder constituinte reformador e bloqueio constitucional que inviabiliza o investimento público pela adoção da política de austeridade (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2017, p.687).

A interrupção do desiderato de desenvolvimento constitucional através dos meios acima narrados, gerou a paulatina desindustrialização do Brasil, que deixa de investir e fomentar a tecnologia e a inovação, o que torna o país mais distante de atingir o desenvolvimento, por se tornar cada vez mais dependente do mercado externo.

Como notório, se o país é subdesenvolvido e periférico, sua economia é dependente de países centrais. Essa dependência se dá pelo domínio do conhecimento, em outras palavras, da ciência e da tecnologia, as quais não são transferidas ou são transferidas condicionalmente dos países centrais para a periferia. (MENEZES et al., 2017, p. 284).

Tendo em vista a Carta dos Direitos e Deveres Econômicos dos Estados, criada pela Organização das Nações Unidas, é necessária a criação de possibilidades para o progresso econômico dos países subdesenvolvidos, por meio de aceleração do crescimento, visando eliminar as diferenças econômicas entre os países soberanos (SOUZA, 2005, p. 398).

Por conseguinte, em uma conjuntura de globalização pós Terceira Revolução Industrial, é preciso repensar as maneiras de fomento à inovação tecnológica para que o Brasil possa ter competitividade externa e menor dependência estratégica.

1.5. POLÍTICA INDUSTRIAL DA SAÚDE COMO FATOR DE SUPERAÇÃO DO SUBDESENVOLVIMENTO

O esboço precedente partiu da teoria que conecta a tecnologia e inovação com o desenvolvimento. Ao analisar as questões globais dos países ricos à luz do histórico do desenvolvimento das nações, mormente entre os séculos XIX e o início do XX, durante as respectivas revoluções industriais, bem como no período pós Segunda

Guerra Mundial, percebe-se que, nesse contexto, há vários anos que os debates acerca das teorias de desenvolvimento orbitam ao redor da indústria e tecnologia (CHANG, 2004, p. 22-24).

A partir disso, na dinâmica dualista entre centro e periferia no contexto do capitalismo globalizado no qual estamos inseridos, a indústria nacional pode ser um grande fator de auxílio ao desenvolvimento.

Como vimos, houve uma série de bloqueios institucionais sobre a Constituição Econômica que, além inviabilizar os ditames da opção do constituinte nas *práxis*, acabou promovendo uma série de incorporações do discurso neoliberal nas políticas públicas internas, afastando a participação do Estado na economia e levando o país a um cenário de estagnação do crescimento ao lado da desindustrialização.

Nessa perspectiva, caso o Estado pretenda retomar o desenvolvimento nacional via indústria, é necessário que se faça um amplo planejamento, com bases no Direito e na Constituição Econômica, promovendo maior autonomia e competitividade em relação ao mercado externo, através de um arcabouço industrial diversificado e competitivo.

Planejar grandiosas modificações estruturais na produção nacional exige que se passe também a enfrentar questões sociais. Por esta razão, optou-se no presente estudo por fazer um recorte de um setor industrial específico, o da saúde, uma vez que essa área representa uma das maiores demandas sociais no Brasil, expressa sobretudo no momento presente, no qual o planeta é assolado pela pandemia da Covid-19, expondo como nunca visto nesta geração, as fragilidades das questões envolvendo a saúde, inclusive a extrema dependência nacional do mercado externo.

Para além das questões sociais, a presente análise da indústria da saúde no Brasil procura inverter a lógica vulgar que é galgada em pensar a saúde de forma abrangente como um passivo e traz à tona visões mais contemporâneas, no sentido de utilizar a saúde como um meio de desenvolvimento econômico através da correta operacionalização do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

A respeito da indústria nacional, na perspectiva do Direito ao Desenvolvimento, temos que no Brasil os esforços pretéritos postos em prática para a promoção da industrialização se seguiram no sentido da doutrina de David Ricardo, com um viés neoclássico de correção do livre mercado (SHAPIRO, 2013, p. 9). Na prática, pôde-se observar que a participação do Estado com viés neoliberal acabou “socializando as despesas e privatizando o lucro”, principalmente na segunda metade dos anos

1990.

Essa pretensão neoclássica de correção por parte do Estado parte do pressuposto da primazia do mercado sobre as instituições políticas (CHANG, 2004, p. 111). Nessa perspectiva, o Estado agiria sobre a economia apenas para proceder com a manutenção da livre iniciativa.

Porém, não é correta tal interpretação da Constituição Econômica, sobretudo após a caracterização da ideologia constitucionalmente adotada, uma vez que o Estado não está à mercê das vontades do mercado e não se submete a ele. Nesse sentido:

Logicamente, o Estado brasileiro, dentro dos comandos da Constituição Econômica, pode/deve intervir planejadamente no domínio econômico em prol de formas alternativas de produção por intermédio de empresas estatais, normas jurídicas protetivas, créditos a fundo perdido, concessão de terras públicas, obras, serviços, etc. Aliás, como já se faz a séculos para manter, expandir e modernizar o capitalismo, inclusive em tempos de crises agudas, como a atual, onde medidas de políticas socioeconômicas estatais são executadas, tais como: estatizações, controle de preços, aumento ou diminuição de tributos, expansão dos serviços públicos, tudo dentro de uma ótica interventiva keynesiana combinada com a neoliberal reguladora, a fim de “salvar” a pandemia recente do capitalismo – isto sem maiores contestações da grande mídia conservadora e dos teóricos do mercado que, por sinal, não encontraram ou levantaram qualquer inconstitucionalidade em ditas medidas (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013, p. 295).

Ao invés do que ocorreu no Brasil por meio da adoção de políticas públicas neoliberais, este estudo adota as teorias de Schumpeter (1984), partindo da noção de transformação e inovação como fonte de desenvolvimento, bem como a teoria neoshumpeteriana de Mazzucato (2014), que prega a participação ativa do Estado no impulsionamento do desenvolvimento.

Desse modo, a participação do Estado na economia estaria apta a provocar uma verdadeira revolução na estrutura industrial presente, no sentido de que as políticas públicas de fomento à indústria são formas de imersão do Estado na economia, com a finalidade de causar impactos determinados no mercado (SHAPIRO, 2013).

O papel promocional do direito pode influenciar comportamentos do setor empresarial e da sociedade civil organizada juntamente com a Administração Pública para mudar o *status quo* da economia. A racionalidade da participação estatal deriva

das necessidades do sistema econômico como um todo e não das necessidades do mercado (SHAPIRO, 2013, p.13).

A prosperidade das potencialidades industriais nacionais prescinde de instituições diversas do mercado, incluindo a participação de outros atores da atividade econômica, incluindo o investimento em inovação que, como vimos, não é plenamente possível sem a ajuda do poder público (SHAPIRO, 2013, p.13).

O mercado, livre por si só, não consegue elevar o padrão dos países subdesenvolvidos, posto que existe uma tendência de manutenção do *status quo* por parte do mesmo, pois está voltado para a continuidade do lucro de atividades eficientes para aquele determinado padrão de especialidade, sem estimular a exploração de novos padrões. Enquanto o papel da política traz a indução de padrões especializados de inovação (SHAPIRO, 2013, p. 12-13).

Certamente, uma política pública industrializante voltada ao desenvolvimento nacional que passa pela inovação e tecnologia será direcionada a novos parâmetros para ter competitividade no mercado e não estará norteadada apenas pelo lucro, que representa a manutenção do que já está disponível no mercado (SCHUMPETER, 1984).

Sacramentando-se a importância da atuação estatal para a economia e sabendo-se que o fenômeno do desenvolvimento perpassa também por questões sociais, incluiremos o fator saúde na análise das políticas industriais nacionais, proporcionando uma visão do setor como fator de desenvolvimento econômico, no contexto do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

2. O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE: a articulação entre o econômico e o social

O ponto fulcral desta dissertação é, sem dúvida, o desenvolvimento econômico. Muitas dificuldades surgem a partir do momento em que se opta por fazer um recorte de análise a partir do parque industrial da saúde como motor de desenvolvimento econômico, invertendo a lógica investigativa da saúde no Brasil, que comumente possui um viés social. Noutra giro, qualquer forma de desenvolvimento econômico que possa ser almejado dentro da legalidade constitucional deve, necessariamente, estar sob a égide da ideologia constitucionalmente adotada em 1988.

A ideologia constitucionalmente adotada, como visto, atua como um filtro hermenêutico na Constituição Federal que, sendo dirigente e sendo *una*, baseia toda e qualquer política econômica a ser implementada pelo poder público.

Conforme exposto no título, o presente capítulo investiga a indústria produtiva da saúde, considerando o investimento social em saúde como motor de desenvolvimento econômico, através do fomento industrial.

Tanto o processo de implementação da saúde quanto o da indústria no Brasil tiveram idiosincrasias e momentos distintos. Ainda assim, apesar de analisarmos o histórico que levou o país até os respectivos estágios evolutivos atuais, procederemos com uma leitura voltada para um CEIS a ser aprimorado numa perspectiva neoschumpeteriana.

A industrialização no Brasil ocorreu de forma tardia, apenas no século XX, principalmente após a queda da bolsa em 1929. Com as fronteiras tecnológicas e industriais já dominadas por países centrais desde o século anterior, o país teve que arcar com um grande custo por esse atraso, o que impactou o desenvolvimento econômico.

Celso Furtado ressalta, dentre outras características, a ligação entre o desenvolvimento e o aumento tecnológico endógeno e a autonomia do capital estrangeiro ao balanço de pagamentos, apontando até mesmo a necessidade de superação de modelos culturais e de consumo incompatíveis com a inclusão social das grandes populações (FURTADO, 1920). Na mesma linha, Washington Peluso Albino de Souza afirma que o desenvolvimento de uma nação está inegavelmente aliado à melhoria da qualidade de vida de sua população de forma equânime (SOUZA, 2005).

Furtado aponta que outrora, na formação econômica do Brasil, o padrão de desenvolvimento do capitalismo buscou uma hegemonia política e o conflito social. Foi com base nesse cenário que se situam os processos econômicos vindouros (FURTADO, 1920).

Nessa perspectiva, as novas técnicas da revolução industrial penetraram no Brasil de forma minguada através de bens ou serviços de consumo, entretanto, não houve significativa modificação da estrutura produtiva nacional, tampouco o acesso a esses bens e serviços de forma democrática.

Atualmente ainda se busca um rompimento desses padrões de dominação política e cultural sobre a economia, inclusive no que tange à indústria da saúde, que impacta diretamente nos direitos sociais de toda a população. O que ocorre atualmente é que o desenvolvimento das nações não está mais vocacionado à produção de determinado bem, mas está ligado à capacidade de inovação e tecnologia dos vários segmentos produtivos.

O campo da saúde, enquanto objeto de atuação de um sistema industrial, é um importante exemplo de área que prescinde de elementos de alta complexidade e dinamismo, que vai da moderna biotecnologia até às ciências da vida, com um sistema produtivo intenso em geração de inovações que influenciam a economia e a agenda de desenvolvimento do país, tornando-se um dos setores mais dinâmicos em termos de crescimento econômico.

Sendo assim, podemos afirmar que esse setor é fortemente dependente de tecnologias, nas quais a inovação está no centro do processo que contempla uma rede de conhecimentos (GADELHA, 2003).

Diante dessa afirmativa, percebe-se que se trata de um espaço importante para inovação, gerando acúmulo de capital e oportunidades de investimentos, renda e emprego, apontando, dessa forma, para uma oportunidade de desenvolvimento econômico.

Destarte, a saúde é também uma área que necessita de uma forte presença do Estado e de políticas públicas¹⁸, além da evidente participação da iniciativa privada e da sociedade, para garantir regulação e contrabalançar as desigualdades diante do

¹⁸ Nas economias periféricas, a principal força motora da inovação tecnológica acaba sendo o Estado, daí o título do célebre livro de Mariana Mazzucato “O Estado Empreendedor”, haja vista que possui um papel ainda mais importante de função empresarial. Indubitavelmente, em regiões menos favorecidas, empreendedores têm maior aversão ao risco, investindo menos do que em países mais desenvolvidos (MAZZUCATO, 2014).

mercado (GADELHA, 2003).

Dessa maneira, o segmento produtivo da área da saúde é um importante *locus* para a inovação tecnológica e, conseqüentemente, para o desenvolvimento econômico, pois gera oportunidade de investimento, demanda de mão de obra simples e especializada e convida a uma nova análise do comportamento do Estado em face das políticas públicas de saúde, pois, por mais que haja uma lógica de mercado, o Estado é o principal promotor da saúde e do desenvolvimento (GADELHA, 2006, p. 523).

A partir do que fora exposto sobre a necessidade de se promover tecnologia e inovação através da indústria, com o fim de atingir o desenvolvimento nacional, invertendo a lógica do pensamento comezinho que trata a saúde apenas como fato gerador de passivo econômico, Gadelha (2006, p. 11) acredita que, para além do dever fundamental e prestacional, o CEIS tem um forte potencial, através de políticas públicas de fomento, de ser economicamente lucrativo¹⁹. Disso em diante, trataremos a questão da saúde para além da perspectiva social da Constituição Federal sem, contudo, deixar de considerar a importância do viés social que carrega consigo.

A Constituição Federal de 1988 elencou em seu texto inúmeros direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, previsto no art. 6º²⁰, que se apresenta como um direito fundamental de caráter subjetivo e oponível contra o Estado. O direito à saúde é um direito social que apresenta, simultaneamente, uma dupla dimensão, sendo defensiva e prestacional. Enquanto direito de defesa, o direito à saúde determina o dever de respeito, em sentido eminentemente negativo, ou seja, cabe ao Estado se abster de causar danos à saúde de outrem, devendo preservá-la. Na dimensão prestacional imputa o dever estatal de executar medidas no sentido de fomento e efetivação da saúde da população (SARLET, 2010).

Contudo, verifica-se um déficit na prestação de serviços públicos de saúde no Brasil, gerando uma obstrução da eficácia constitucional. Tal deficiência é causada também por questões orçamentárias, a despeito dos ditames constitucionais e da

¹⁹ Essa suposta dicotomia entre saúde e economia reside sobretudo na crença de que as necessidades sanitárias não poderiam ser transformadas em lucro, que é precisamente o ponto de interesse das grandes corporações que dominam o mercado (GADELHA, 2006, p. 11). Todavia, passaremos a empreender esforços para analisar a questão do investimento na saúde como motor de fomento industrial, considerando, contudo, o lado social previsto na CF.

²⁰ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

legislação ordinária que disciplinam o financiamento do SUS.

Diante disso, discute-se a respeito da articulação do CEIS, estruturado junto ao SUS, com organização e planejamento estatais, visando a superação das imperfeições encontradas na prestação de tais serviços públicos, bem como auxiliar o desenvolvimento econômico nacional.

No ponto de vista do dever prestacional, sendo um comando constitucional abrangente, entende-se que o Estado pode se valer dos mais diversos meios jurídicos para promover a saúde, podendo inclusive ir além, movimentando a economia (GADELHA, 2006). Na esteira dessa visão, o Direito Econômico pode atuar como coadjuvante nesse processo rumo ao desenvolvimento.

Em tal conjuntura, questiona-se se o desenvolvimento nacional pode ser promovido, dentre outros, pelo investimento do Estado no Complexo Industrial da Saúde, pensando na indústria como fator auxiliar de superação do subdesenvolvimento.

2.1. A SAÚDE CONSTITUCIONALIZADA

A saúde na perspectiva constitucional é tida como um direito fundamental de segunda dimensão, contemplando o direito à vida. Por sua amplitude intrínseca, a saúde possui inúmeros desdobramentos para além do direito de estar vivo, como o direito ao bem-estar e direito à dignidade (DUARTE, 2020, p. 137).

Embora já houvesse fragmentos do reconhecimento daquilo que viria a se tornar um direito à saúde, como conhecido atualmente, existem textos desde a Antiguidade que faziam alusão à saúde enquanto elemento dignificante do ser humano. Na Idade Média, a igreja se ocupou com o cuidado da saúde e, apenas nos últimos séculos, a saúde veio a ser reconhecida como atribuição estatal. O reconhecimento da saúde enquanto um Direito Humano ocorreu de forma organizada com o fim da Segunda Guerra Mundial, período no qual as nações que saíram fragilizadas estruturalmente, criaram a Organização das Nações Unidas (ONU) que, por sua vez, criou vários órgãos para auxiliarem sua atuação, conforme ocorreu com o estabelecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) (DUARTE, 2020, p. 133).

O nascedouro da saúde pública constitucionalizada no Brasil, longe de se assemelhar com o sistema único atual, que é o maior e mais elaborado sistema sanitário do mundo, ocorreu no governo de Getúlio Vargas, na Constituição Federal

de 1934. O texto fazia alusão aos direitos sociais e delimitava a competência da União juntamente com os Estados a respeito da saúde, assistência médica e combate a endemias (BERCOVICI, 2013b, p. 11).

A Constituição de 1937, por sua vez, manteve a mesma linha da anterior, porém, não mencionava com exatidão um “direito à saúde”, limitando-se a pontuar sobre competências e definir assistência médica como direito laboral (BERCOVICI, 2013b, p. 11).

A Constituição Federal de 1946 manteve o direito à assistência médica dos trabalhadores, manteve a ausência de tratar especificamente de um direito à saúde e tratou novamente da competência da União sobre defesa e proteção à saúde. Sem embargo, nesse período, Vargas tomou a importante decisão de instituir um Ministério da Saúde (Lei nº 1.920/53). Esse período foi marcante para o direito sanitário, pois o combate a doenças tropicais (as chamadas endemias rurais) ganhou fôlego e pautou uma série de políticas públicas (BERCOVICI, 2013b, p. 11).

Ambas Constituições, outorgadas pela ditadura militar, de 1967 e 1969, traziam textos similares às Constituições de 1937 e 1946 sobre a consagração do direito à saúde, sem trazer maiores novidades (BERCOVICI, 2013b, p. 11).

A grande guinada em prol da constitucionalização da garantia do direito à saúde amplamente considerada, como temos hoje, ocorreu apenas com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, que reconheceu em seu art. 6º uma série de direitos sociais, incluindo o direito expresso à saúde. Ademais, ao longo de seu texto, a Constituição traz à tona esse direito em diversos momentos, como no art. 194, que trata da perspectiva integralizada da saúde junto à seguridade social.

Porém, sistematicamente, a saúde é tratada no Título VIII (Da ordem social), logo após o Título VII (que dispõe sobre a ordem econômica e financeira)²¹, no Capítulo II, Seção II, entre os artigos 196 e 200 (BRASIL, 1988). O art. 196, inaugura a seção internalizando a garantia do acesso à saúde através de políticas públicas, sociais e econômicas.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

²¹ Como já analisado no capítulo primeiro, em que se pese a divisão topográfica que é feita na Constituição Federal, não se pode interpretá-la de forma estanque. Destarte, a ordem econômica e financeira (arts. 170 a 192) e a ordem social (arts. 193 a 232) são complementares e não excludentes (BRASIL, 1988).

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O art. 196 é fundamental para o estudo do CEIS, visto que, é a partir dele que se compreendem dois pontos substanciais. O primeiro reside no dever imposto ao poder público²², no sentido de se valer de políticas públicas também de natureza econômica em prol da saúde. O segundo, não menos importante, versa sobre a promoção da saúde, que pode ser interpretada à luz do art. 199, CF²³, no sentido de estimular a participação da iniciativa privada em sua produção (BRASIL, 1988).

Apesar de toda a construção legislativa, que foi evoluindo ao longo dos anos, a grande transformação trazida pela Constituição de 1988, sem dúvidas, foi a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme aduz Bercovici:

A estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS), composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, cujo objetivo é a garantia do acesso universal à saúde (artigos 198, 199 e 200), é uma inovação da Constituição de 1988, fruto da luta e da mobilização de vários movimentos de defesa da saúde, particularmente as Conferências Nacionais de Saúde. Todos os serviços e ações de saúde são constitucionalmente definidos como de relevância pública (artigo 197). A importância da proteção à saúde na Constituição de 1988 é tanta que o constituinte franqueou a participação, de forma complementar, das instituições privadas no SUS, preferencialmente as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (artigo 199, parágrafo 1º). A própria Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), em seu artigo 2º, parágrafo 2º é expressa nesse sentido: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (2013b, p. 14).

A Emenda Constitucional nº 85/2015 acrescentou como atribuição do SUS o incremento do desenvolvimento científico, tecnológico e da inovação na área de saúde, fortalecendo, assim, o papel do Estado no fomento ao CEIS, durante o governo de Dilma Rousseff (BRASIL, 2015).

A Constituição Federal considera a saúde como competência comum entre União, Estados e Municípios (BRASIL, 1988). Desse modo, todas as ações envolvendo a saúde, ainda que indiretamente, como ocorre no caso de políticas públicas de natureza econômica para o setor produtivo sanitário, podem e devem estar integradas entre os entes federados, em prol da coletividade. O custeio de toda a saúde, que, dado a sua natureza, é elevadíssimo, envolve União, Estados e

²² Tendo em vista o caráter dirigente da Constituição Federal de 1988.

²³ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988).

Municípios, e compromete grande parte do orçamento do país²⁴ (art. 195 c/c art. 198, §1º).

A garantia e ampliação ao acesso à saúde (art. 196, CF) é matéria que dialoga veementemente com a tentativa de superação da condição de subdesenvolvimento (art. 3º, CF), com a proteção e incentivo ao mercado interno (art. 219, CF), bem como com a liberdade da iniciativa privada para a assistência à saúde (art. 199, CF).

Apesar de tudo o que a Constituição Federal dispõe em prol da saúde, as disparidades existentes entre as letras frias das normas e a realidade experimentada pela sociedade são extensas. Ademais, quando se analisa o sistema de financiamento dos direitos sociais, na conjuntura atual que sofre com o congelamento de investimentos devido a Emenda Constitucional nº 95/2016²⁵, aprovada pelo Congresso Nacional durante o governo de Michel Temer, percebe-se o alto impacto sofrido pelos direitos sociais²⁶.

Nesse sentido, de acordo com os dados analisados pela economista Laura Carvalho (2018, p. 20), após a promulgação da EC nº 95/2016, despesas como educação, saúde, ciência e tecnologia, cultura, assistência social e investimentos públicos em geral, sofreram vertiginosa queda.

Se outrora o poder constituinte originário se dignou a estabelecer percentuais de gastos mínimos com direitos sociais como a saúde - investimentos que deveriam ser proporcionais a receita fiscal do respectivo ente, após a EC nº 95 houve uma inversão pelo poder constituinte derivado, indo do “ piso ” ao “ teto ”, desvinculando recursos para despesas obrigatórias de caráter social.

Ao contrário do que se argumentou para basear a famigerada alteração constitucional, os gastos públicos visando a melhoria da estrutura de um país podem ocasionar um bom retorno a longo prazo, pois aumentam a produtividade e competitividade de empresas. Em curto prazo, os investimentos e gastos podem aumentar a oferta de trabalho (CARVALHO, 2018, p. 118). Logo, nem mesmo as razões neoliberais econômicas utilizadas para justificar a severa mudança se

²⁴ No que tange ao financiamento do Sistema Único de Saúde, o §1º do art. 198 deixa margem para que o poder público se valha de outras fontes de financiamento do SUS, além dos recursos de orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

²⁵ Com a promulgação da EC nº 95 de 2016, houve uma paralisação de investimentos na saúde, que perdurará até o ano de 2036 (BRASIL, 2016).

²⁶ Atualmente a referida Emenda Constitucional é alvo da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº5.658 perante o Supremo Tribunal Federal e encontra-se sob relatoria da ministra Rosa Weber.

sustentam, quiçá as razões que ignoram todos os direitos sociais previstos na Lei Maior. A esse respeito:

As políticas econômicas regulatórias não se limitaram a transferir cobiçadas atividades e serviços estatais, via privatização e desestatização, para a iniciativa privada, criou ainda “novos mercados” para ela, dilatando os seus lucros. Os setores que continuaram nas mãos dos poderes públicos, digo, não sofreram claras ações de privatização, exemplificando, no caso brasileiro, as áreas de educação, saúde, previdência social e segurança pública, tiveram seus serviços sucateados e desprovidos dos investimentos governamentais, ampliando, ainda mais, os mercados para os donos do dinheiro. Portanto, o Estado Democrático de Direito, com suas políticas econômicas de regulação, não só transferiu diretamente seus serviços e atividades econômicas ao setor privado, mas, também, age concomitantemente precarizando e reduzindo a sua inserção em setores de sua responsabilidade. Todavia, a iniciativa privada “atende”, apenas, aos consumidores capazes de pagarem os preços exigidos por ela, ficando os sofridos serviços públicos para as camadas pobres e miseráveis da população (CLARK, 2009, p.19).

A premissa que entende que o investimento público é apto a dar retorno econômico, bem como a junção de toda a legislação constitucional apontada acima, inclusive no que tange à liberdade da iniciativa privada na saúde, são o fio que liga e o argumento jurídico que sustenta a criação e manutenção de um Complexo Econômico-Industrial da Saúde, em prol do atendimento teleológico da Constituição no sentido do desenvolvimento.

2.2. ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

O Complexo Industrial da Saúde é formado pelos setores industriais de bases biológicas, químicas, tecnológicas em geral, mecânica, eletrônica e de equipamentos, que são voltados para suprir demandas da saúde, de forma ampla e abrangente (GADELHA, 2006).

Nesse Complexo também se incluem a produção de serviços como educação e compra e venda de bens de variados tipos, como medicamentos, materiais diversos, equipamentos, produtos para diagnóstico, vacinas, dentre outros. Compõem o Complexo: empresas, laboratórios produtores, Universidades, centros de pesquisas,

representações da sociedade civil e instituições governamentais, que se relacionam na formação de cadeias produtivas (GADELHA, 2006, p. 16).

A arquitetura de um Complexo Industrial possibilita uma interação do setor público com o privado e é pautada sobretudo pela lógica de mercado²⁷.

Por ser o grande responsável pela gestão da saúde no Brasil, o SUS está presente na indução da produção industrial do Complexo da Saúde, principalmente através de demandas pelo uso do instrumento da compra pública, como veremos posteriormente²⁸.

Como objetivo, além de repetir os aspectos sociais presentes na Constituição Federal no art. 196, o CEIS busca desenvolver e aprimorar pesquisa, tecnologia e desenvolvimento econômico, bem como ampliar a capacidade inovadora brasileira.

Nessa vertente:

A literatura contemporânea sobre desenvolvimento mostra que a área de saúde constitui uma frente importante para as atividades de ciência e tecnologia (C, T & I), de inovação, de geração de emprego e renda e, portanto, de desenvolvimento econômico. Invariavelmente, é uma das áreas líderes nos sistemas nacionais de inovação em conjunto com o complexo industrial-militar (Rosemberg et al., 1995) (...) A dependência e o subdesenvolvimento deixam, portanto, uma marca estrutural expressiva também no campo da saúde, restringindo a evolução da atenção à saúde e a construção de um sistema universal, equânime e integral (GADELHA, 2006, p. 14).

A tecnologia e a inovação são fatores aptos a gerar uma indústria competitiva, porém, a operação de um Complexo Industrial da Saúde encontra dois obstáculos: o primeiro se dá no âmbito neoliberal que evoca a todo o momento um “Estado Mínimo” e o segundo, por outro lado, se dá pela constante negação de setores da esquerda em vincular a saúde ao desenvolvimento, na perspectiva econômica (GADELHA, 2005).

Além da elevada aptidão que o Complexo Industrial possui para a tecnologia, inovação e cumprimento dos direitos fundamentais da saúde, ele atende a necessidade do Estado, em atenção às diretrizes da Constituição Econômica e à

²⁷ Quando afirmamos que atua segundo a lógica de mercado, não estamos negando o papel do Estado como o principal articulador do CEIS. É preciso contextualizar que existe toda uma conjuntura que atua a despeito do Estado, dado que em um mundo globalizado, países em desenvolvimento estão sujeitos à influência de poderes econômicos transnacionais, inclusive no tocante a investimentos de capital privado (CLARK, 2007, p. 75).

²⁸ Mesmo que não atue diretamente, o SUS é responsável por regular e fiscalizar a iniciativa privada que presta serviços de saúde.

Ideologia Constitucionalmente Adotada, para articular a proteção do mercado nacional, buscando tanto uma evolução na autossuficiência, quando a melhoria na estabilidade de preços (BERCOVICI, 2013b).

Outrossim, a soberania econômica nacional, prevista formalmente no art. 170, inciso I, da Constituição de 1988, busca viabilizar a participação da sociedade brasileira no mercado internacional, em condições de igualdade, como parte do objetivo maior de garantir o desenvolvimento nacional (art. 3º, inciso II), buscando a superação do subdesenvolvimento. Não se nega que a saúde possui um viés social *a priori*, nem que o Estado seja o único ente capaz de promover um sistema de saúde abrangente e universal, porém, a viabilidade de um Complexo Industrial perpassa pela massiva presença da iniciativa privada²⁹.

Portanto, é possível proceder com uma conjugação do viés social aliado a um viés econômico, para trazer de uma só vez melhorias na saúde e fomentar a indústria, conforme exegese do art. 219 da Constituição da República, que diz: “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 da lei federal” (BRASIL, 1988).

De acordo com Eros Grau, o art. 219 fundamenta a intervenção do Estado na economia e reconhece o mercado interno como fonte de desenvolvimento do país (GRAU, 2010). Inegavelmente, a ampliação de serviços de saúde gera a necessidade de mão de obra das mais variadas formas, ocasionando um ambiente de aumento de emprego.

Paralelamente, a ampliação de pesquisa na área da saúde acarreta também em novas possibilidades de mercado, gerando uma espécie de círculo virtuoso na economia interna. Isso ocorre porque a compreensão dos problemas econômicos da atualidade depende muito do arcabouço do conhecimento empírico de cada área (GERSCHENKRON, 2015, p. 68). E, conforme lembra Gadelha, a inovação também

²⁹ Vale destacar que o art. 3º da Constituição Cidadã demonstra a preocupação do constituinte com o desenvolvimento ao considerar como objetivos fundamentais da República: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a garantia do desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e da marginalização; a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem de raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

pode estar presente quando ocorre um aperfeiçoamento de tecnologias anteriores, razão pela qual o estímulo à pesquisa deve estar presente no estudo do CEIS (2006).

Ademais, a relação entre a indústria de saúde e a economia passa pela tentativa de superação da dependência de países periféricos que se encontram muitas vezes subjugados por países centrais, que controlam as indústrias e as tecnologias que são fornecidas com custos altíssimos, impossibilitando o acesso universal de populações a elas (GADELHA, 2006).

À vista disso:

Como a inovação técnica favorece na apropriação do produto às empresas que a lideram, compreende-se que exista uma tendência estrutural na economia capitalista para concentrar a renda em benefício dos países que exportam os produtos que incorporam a técnica mais avançada (FURTADO, 1920, p. 24).

A busca por maior autossuficiência em um setor tão importante e de custos tão elevados como a saúde, deve constar na agenda de desenvolvimento, dialogando com o Direito Econômico, instrumento eficaz para o planejamento estatal a longo prazo. Esse modelo baseado na conjugação entre inovação, progresso da indústria e inclusão social integra aquilo que se busca com as teorias desenvolvimentistas trazidas no primeiro capítulo deste trabalho.

Nessa toada, em que se pese a interpretação do art. 170 da Constituição Federal caminhar no sentido da livre iniciativa no que toca à indústria, ao Estado é permitido atuar na economia realizando atividade industrial, nem que seja através de ações de fomento, em prol do interesse público, como ocorre no caso em análise, no qual a política pública econômica traria impacto para a prestação de serviços sociais da saúde, além de aquecer a economia³⁰.

Tendo em vista que os direitos fundamentais são o núcleo da Constituição Federal de 1988, cabe ao poder público manter esforços para efetivá-los. A busca por justiça social e igualdade permite à Administração que se cerque de medidas, ainda

³⁰ De acordo com Washington Albino Peluso de Souza, a Constituição Federal de 1988 trouxe um texto híbrido do ponto de vista das ideologias econômicas existentes na época, que ocasionou o que ele próprio denominou de “ambiguidade estrutural”, constante entre os artigos 170 e 192 (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013). Essa ambiguidade ocorre pela presença da livre-iniciativa ao lado da valorização do trabalho, que devem ser observados para que se possa alcançar o objetivo maior, que é a existência digna.

que se trate de intervenção na economia³¹, para garantir a efetiva prestação de serviços públicos essenciais.

A condição material para a efetiva prestação de serviço público de saúde deve ser um parâmetro a ser atingido na realização da gestão pública, no que tange seus aspectos econômicos e financeiros. Se a justificativa é a concretização de direitos fundamentais, o Estado tem razões para intervir na economia e atuar de forma robusta conforme os termos do art. 173 da Constituição Federal.

Dessa maneira, o próprio CEIS possui um objetivo difuso desde a sua criação, pois visa simultaneamente elevar o padrão sanitário dos usuários do sistema e promover um aumento da capacidade produtiva pátria. Logo, por toda a conceituação exposta, temos que o Complexo Industrial de Saúde e toda a sistemática que espraia a partir de seus pressupostos, permite articular, sob uma perspectiva de Direito Econômico, a lógica do direito social da saúde com a lógica do desenvolvimento econômico.

2.2.1. Segmentos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde é uma organização de diversos setores produtivos ligados à área da saúde. O CEIS mantém uma conexão entre tecnologia e inovação com a indústria propriamente dita e também com a efetiva prestação de serviços.

As três subseções comungam do mesmo ambiente político, econômico e institucional e, juntas, revelam que o Complexo Econômico-Industrial da Saúde possui como característica a sistematicidade de todo complexo produtivo que envolve a saúde no Brasil (GADELHA et al., 2012).

Esse amálgama envolvendo diversos setores econômicos e diversas linhas de produção, como biotecnologia, nanotecnologia, tecnologia da informação e da comunicação, assim como as três grandes subseções que integram o CEIS, operam

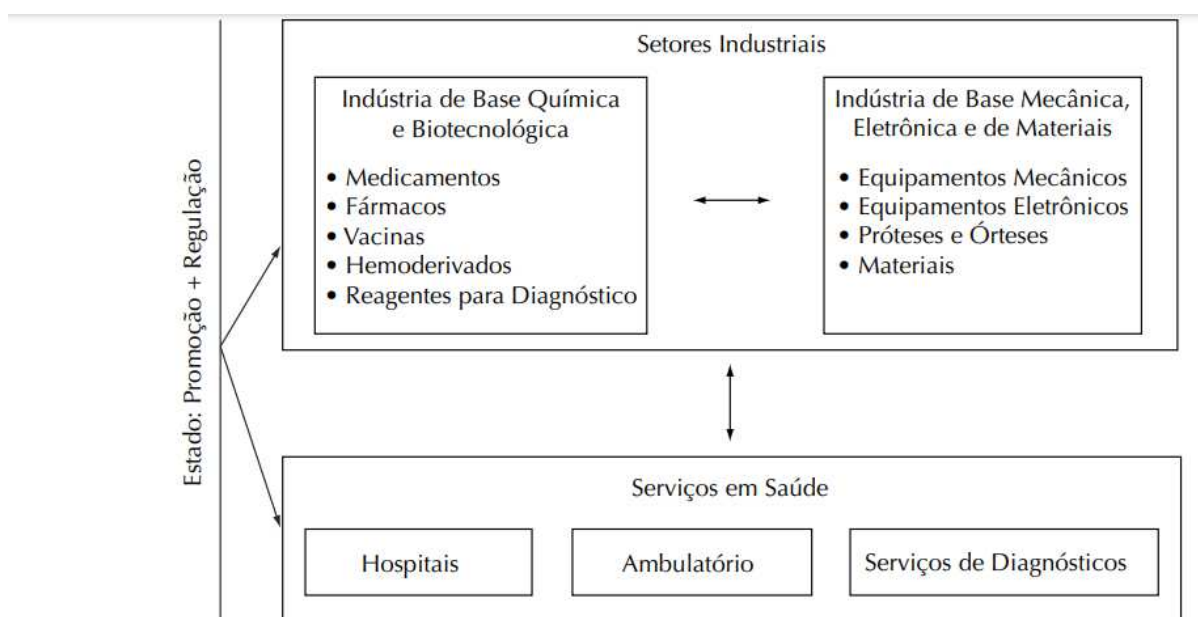
³¹ Embora se utilize o termo “intervenção” para se referir à atuação do Estado na economia, o mestre Washington Peluso prefere o termo “ação econômica”, criticando a nomenclatura constitucional ao afirmar que: “a expressão “intervenção”, portanto, traduz mais propriamente um preconceito liberal, pois nesse caso o Estado estar-se-ia fazendo presente contra aquela ideologia, o que somente seria admitido como “exceção”. Não atuar economicamente seria “a regra” da livre concorrência. Atuar seria “intervir” contra a regra (SOUZA, 2005, p. 316)”.

de forma integrada e correlata no sentido de voltar seus esforços para produzir de acordo com as necessidades sanitárias do país (GADELHA et al., 2012).

O papel principal do CEIS é ocasionar uma articulação entre o âmbito social e o econômico do desenvolvimento. Com a criação dessa política para o desenvolvimento e saúde, no caso do CEIS, o governo federal sinalizou o tamanho do papel desempenhado pelo Complexo para o país como um coadjuvante ao desenvolvimento econômico, junto com a efetivação dos princípios do SUS, por meio de políticas articuladas e transversais entre as várias pautas ministeriais.

As três subseções ou subsistemas que constituem o CEIS compreendem a indústria química e biotecnológica, a indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais e os serviços. Segundo Maldonado e Gadelha (2012, p. 30), a adequação desse arcabouço se justifica por contemplar como categorias fundamentais da saúde o seu papel como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital, fazendo com que ambos os vieses convivam em harmonia.

Gadelha promove a caracterização do CEIS a partir da base tecnológica e de informação de cada um de seus elementos, configurando três subsistemas, sendo eles: base química e biotecnológica, base mecânica, eletrônica e de materiais e prestação de serviços de saúde, conforme apresentado na Figura 1 (MALDONADO et al., 2012, p. 23).



Fonte: Gadelha, 2003.

Figura 1. Caracterização geral do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

É de extrema importância a presença de um amplo diálogo entre os subsistemas compreendidos pelo CEIS, posto que a desarticulação entre esses elementos pode fazer com que o complexo produtivo apresente uma evolução sem se ponderar sobre o caráter sistemático que integra a conceituação do CEIS, diminuindo a capacidade de entrega de bens e serviços de saúde e desacelerando o aumento da base produtiva e inovadora com considerável efeito social e econômico.

Por conseguinte, temos que no âmbito social, o reforço do crescimento produtivo do CEIS é um fator relevante para a diminuição de vulnerabilidade na saúde, que atualmente é dependente de importações, o que resulta em gastos excessivos, principalmente com a fragilidade da moeda nacional comparada ao dólar. No âmbito econômico, por sua vez, temos que o investimento do poder público junto ao Complexo da Saúde permite a convergência de interesses entre a Política de Saúde e a Política Industrial e Tecnológica, realizando uma junção entre a lógica econômica e sanitária quando há essa virtuosa aliança permitida pelo desenvolvimento da indústria nacional (MALDONADO et al., 2012, p. 35).

Dessa forma, analisaremos as características de cada um dos três subsistemas que compõem o Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

2.2.1.1. Indústrias de base química e biotecnológica

A indústria de base química e biotecnológica guarda relação com a produção de farmoquímicos.

Ao tratarmos de indústria farmacêutica, estamos necessariamente lidando com grandes corporações estabelecidas como oligopólios, embasadas em Pesquisa & Desenvolvimento (P & D), sediadas sobretudo nos Estados Unidos, Europa e Japão e inseridas no contexto do capitalismo globalizado. Por se tratar de um setor onde existe demasiada concentração empresarial, a inserção de forma competitiva de países de desenvolvimento tardio no mercado encontra barreiras de diversas ordens (VARGAS et al., 2013).

No Brasil, a despeito da fragilidade da indústria nacional que estava presente nos anos 2000, a indústria farmacêutica ganhou fôlego naquele momento, particularmente devido à posição alcançada pelos medicamentos genéricos, que ampliaram o acesso da população aos fármacos (VARGAS et al., 2013, p. 31).

No início dos anos 2000, empreendeu-se uma tentativa de retomada de um projeto de desenvolvimento, com planejamento de adequação industrial para fazer frente à globalização. A presença de políticas públicas foi fundamental para a manutenção da indústria nacional, sendo elas: Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (2004), Programa Mais Saúde (2007), Plano de Ação de Ciência e Tecnologia e Inovação do Ministério de Ciência e Tecnologia (2007), da Política de Desenvolvimento Produtivo (2008) e Programa Brasil Maior (2011) (MALDONADO et al., 2012, p. 32).

Em termos de produção industrial de fármacos, especificamente, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs)³², que possibilitaram a Política Nacional de Medicamentos (PNM) datam, respectivamente, dos anos 2009 e 1998, e foram fundamentais para a manutenção e progresso desse importante setor que agrega o CEIS.

O CEIS compreende não apenas a parte produtiva dos medicamentos, haja vista que as inovações em saúde são advindas de pesquisas multidisciplinares em química, engenharia, informática, biologia e medicina, nas quais, indubitavelmente, se faz necessária a convergência de amplos esforços de P&D. A parte que toca a efetiva ação de produção pela indústria é uma consequência posterior e necessária do processo de inovação, é a etapa na qual a tecnologia advinda da pesquisa é aplicada. Ademais, ao CEIS também compete a análise sobre a destinação dos artigos produzidos pela indústria química e biotecnológica.

Considerando-se que no Brasil a esmagadora maioria da população tem acesso à saúde somente pela via do SUS, o Estado acaba tendo uma larga demanda para consumo da produção nacional de fármacos, assim como é compelido a importar insumos, tecnologias e medicamentos que não estão disponíveis no mercado interno (VARGAS et al., 2013, p. 32).

Por esta razão, Vargas e Gadelha (2013) preconizam que haja uma interseção entre o SUS e o CEIS, para que haja um alinhamento de oferta e demanda,

³² As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) são instrumentos vocacionados para o desenvolvimento da saúde no Brasil, principalmente no que se refere ao SUS, ambicionando operacionalizar a dinâmica custo/benefício do valor dos produtos utilizados na área sanitária. Para tanto, há investimentos que possibilitem que a produção desses itens seja realizada pela indústria nacional.

oportunizando as grandes operações de compra e venda no setor. Inexoravelmente, o instituto da compra pública seria um importante instrumento do Direito Econômico.

Sugere-se que a identificação de nichos estratégicos para a indústria farmacêutica nacional deve necessariamente refletir as especificidades do Sistema de Inovação em Saúde no Brasil, seja no tocante às características da base produtiva e tecnológica em saúde como em relação às particularidades de seu arcabouço institucional que incorpora, entre outros elementos, o próprio modelo de atenção à saúde e o marco regulatório. Ainda que a princípio tal orientação pareça óbvia, percebe-se frequentemente uma desconexão entre os programas e políticas voltadas ao desenvolvimento da base produtiva em saúde e a dimensão sistêmica do processo de criação de capacitações produtivas e inovativas no âmbito dos diferentes segmentos do complexo industrial da saúde (VARGAS et al., 2013, p. 32).

A importância do investimento na indústria química e biotecnológica no Brasil conta com a potencialidade de inovação científica para a geração de novos produtos, conta com o investimento em Ciência & Tecnologia (C&T) através de pesquisa voltada para a indústria farmacêutica e, em que se pese a característica da indústria farmacêutica nacional ter ganhado fôlego com a possibilidade dos medicamentos genéricos, conta com o Acordo de Propriedade Intelectual (TRIPS), do qual o Brasil é signatário, permitindo o reconhecimento do direito de patentes de novos medicamentos (VARGAS et al., 2013).

Segundo Vargas e Gadelha, apesar de tudo o que foi aventado a respeito da indústria farmacêutica, vários obstáculos estão presentes para a evolução desse setor em países emergentes, sendo eles:

i) a crescente pressão competitiva associada aos medicamentos genéricos diante de um cenário de expiração de patentes de medicamentos líderes de venda; ii) o aumento na pressão pelo controle com gastos públicos em saúde nos países desenvolvidos teve como resultado a discussão e adoção de políticas públicas na área, nomeadamente, intervenções que permitissem a redução dos preços dos medicamentos; iii) o efeito combinado do novo *approach* de C&T e do novo ambiente regulatório que significou custos de P&D crescentes (VARGAS et al., 2013, p. 34).

Outras dificuldades encontradas para a indústria nacional são o déficit estrutural na balança comercial e a extrema dependência de inovação tecnológica³³.

2.2.1.2. Indústria mecânica, eletrônica e de materiais

A Indústria mecânica, eletrônica e de materiais representa um subsistema do CEIS e está voltada para a produção de materiais e equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares que partilham das mesmas bases operacionais tecnológicas e inovadoras.

No âmbito do sistema produtivo da saúde, esse subsistema desempenha funções amplas, como a de produção de instrumentos cirúrgicos e instrumentos ambulatoriais, tal qual bisturis e seringas, materiais para diagnósticos por imagem, equipamentos eletrônicos e mecânicos, próteses em geral, dentre outros (MALDONADO et al., 2012, p. 30).

O formato de indústria em análise instalou-se no Brasil a partir dos anos 1950, passando paulatinamente a produzir equipamentos de maior complexidade. Com a abertura comercial nacional nos anos 1990, que trouxe profundas modificações junto a globalização, toda a indústria nacional, inclusive a indústria mecânica, eletrônica e de materiais, sofreu com a dependência de importação de produtos que, anos antes, eram produzidos no Brasil (MALDONADO et al., 2012, p. 32).

O fato que propiciou a manutenção da indústria de saúde no país foi a demanda pública, principalmente em relação ao SUS, que observou uma retomada desse setor na segunda metade da década de 1990 (MALDONADO et al., 2012, p. 32).

O Brasil ocupa o protagonismo desse subsistema na América Latina, haja vista que é o único país que possui uma indústria mecânica, eletrônica e de materiais voltada para o segmento da saúde bem organizada e competitiva (MALDONADO et al., 2012, p. 35).

O impacto dessa indústria nos direitos sociais é perceptível no momento da prestação de serviços da saúde, que se vale diretamente da indústria para operar de forma mais qualificada. Ademais, existe uma relação de interdependência entre todos

³³ Embora o Brasil também sofra com dependência produtiva, a dependência tecnológica é a principal barreira a ser enfrentada, uma vez que é a tecnologia que verdadeiramente tem aptidão para causar a disrupção necessária para haver um cenário de desenvolvimento.

os setores do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (MALDONADO et al., 2012, p. 30).

Os subsistemas industriais de base química e biotecnológica e de base mecânica, eletrônica e de materiais têm cada vez mais movimentado as tecnologias inovadoras que impactam à assistência sanitária e, por conseguinte, a configuração dos serviços de saúde. Por sua vez, o subsistema de serviços de saúde desempenha influência decisiva para dinâmica de acúmulo das inovações nos demais segmentos produtivos, uma vez que são os serviços que especificam as demandas no setor da saúde. Essa pluralidade revela a lógica econômica existente por trás da organização produtiva da saúde no Brasil.

Essa indústria se constitui em uma área estratégica com potencial intrínseco de promover o adensamento do sistema nacional de inovação e de ampliar a competitividade da indústria como um todo. Reúne características como: ser intensiva em ciência, tecnologia e inovação e, portanto, responsável pela geração e difusão de novas tecnologias associadas à revolução científica e tecnológica em curso; demandar e incorporar intensamente avanços tecnológicos oriundos de outras indústrias tradicionalmente inovadoras; e por suas inter-relações dinâmicas tanto no interior do CEIS quanto no âmbito da atividade econômica como um todo. Constitui-se, igualmente, em área estratégica no âmbito da saúde ao ser responsável pela oferta permanente de novos equipamentos e materiais que propiciem aumento da qualidade dos padrões de tratamento e diagnóstico no sentido de serem mais efetivos, mais rápidos, mais seguros e menos invasivos (MALDONADO et al., 2012, p. 35).

Apesar de haver esse protagonismo e relativa estabilização de um Complexo Econômico-Industrial da Saúde, o capitalismo globalizado coloca obstáculos de diversos níveis na integração do Brasil no mercado internacional, submetendo-o a países já desenvolvidos, detentores de maior capacidade de inovação e da tecnologia.

Logo, com a entrada de grandes multinacionais no país, a presença da concorrência compromete o crescimento industrial nacional, que já sofre com a fragilidade de sua base produtiva em geral, dado a manifesta inferioridade de recurso e qualificação (MALDONADO et al., 2012, p. 33).

Tendo em vista as dificuldades encontradas, políticas públicas para o enrobustecimento da indústria nacional auxiliam na capacidade competitiva do setor,

mormente a indústria da saúde, que necessita de investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D)³⁴ para agregar valor à sua produção.

2.2.1.3. *Serviços de saúde*

A prestação de serviços compreende a utilização do conhecimento especializado na área da saúde, seja a medicina, a odontologia, a enfermagem, etc., no tratamento e prevenção da saúde dos usuários, por meio de vacinas, medicamentos e tratamentos em geral.

O CEIS conta com o subsistema da prestação de serviços na saúde, que corresponde à maior fatia econômica de todo o sistema (MALDONADO et al, 2012, p. 27). Ademais, possui a função de articular inovações organizacionais, é a subcategoria que mais gera emprego e renda (GADELHA et al., 2012, p. 12).

Essa subseção é majoritariamente exercida pelo poder público por meio do Sistema Único de Saúde, haja vista que no Brasil, cerca de 190 milhões de pessoas são atendidas pelo SUS, sendo que 80% desse montante depende exclusivamente da saúde pública para obter qualquer tipo de atendimento na área da saúde (BRASIL, 2021).

Além de contar com a extensa participação do SUS por meio da prestação de serviços, o CEIS também conta com o poder público no que tange a coordenação, planejamento, fiscalização e implementação de políticas públicas que afetam o setor da saúde, uma vez que é justamente esse subsistema que viabiliza a demanda da indústria.

Como demandantes e usuários desses produtos, os serviços desempenham papel significativo na dinamização do processo de geração, uso e difusão de inovação tecnológica, uma vez que, sua articulação com a atividade industrial, no âmbito da relação cliente-fornecedor, constitui-se em elemento importante no processo inovativo da indústria. Por outro lado, as inovações da indústria influenciam o processo de incorporação tecnológica nos serviços de saúde, determinando muitas vezes os procedimentos adotados na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças

³⁴ Os investimentos em P&D prescindem de uma ampla visão, compreendendo a interação de diversas áreas do conhecimento, incluindo tecnologias advindas de outras indústrias especializadas.

(MALDONADO et al., 2012, p.33).

No âmbito do CEIS, o processo de inovação e descobertas de novas tecnologias não ocorrem apenas em laboratórios industriais, mas também na prestação de serviços de saúde (prática clínica). É nesse momento que se evidenciam necessidades e possibilidades de novos equipamentos, a criação do primeiro protótipo e os aprimoramentos decisivos para o desenvolvimento de novos equipamentos.

Há uma tendência paulatina de aumento de despesas com a prestação de serviços relacionados à área da saúde, considerando o investimento em ciência e tecnologia ao redor do mundo. Notoriamente, a inovação tecnológica em equipamentos para novos tratamentos influenciará no mercado da prestação de serviços, que necessitará de mão de obra para a operação e a manutenção desses itens. Como corolário, as exigências globais pelo controle de custos (públicos e privados) na área sanitária aumenta *pari passu* a demanda por desenvolvimento tecnológico mais abrangente (MALDONADO et al., 2012, p.33). Numa perspectiva abrangente:

As mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e a necessidade de mitigar o aumento de custos constituem-se em elementos fundamentais para a formulação de políticas públicas e de estratégias empresariais de longo prazo, particularmente, da indústria de equipamentos médicos. Essas considerações devem ser levadas em conta nas políticas para o desenvolvimento dessa indústria, cuja fragilidade define uma falta de autonomia nacional na produção dos equipamentos e materiais que a população brasileira necessita. Tal cenário é refletido na incorporação de produtos cuja agenda de P&D é definida em função de interesses globais, o que delinea uma dependência externa que torna vulnerável o alcance dos princípios constitucionais do SUS. (MALDONADO et al., 2012, p. 34).

Em que se pese o CEIS ter progredido em comparação com outros setores industriais na última década, o procedimento da indústria ainda não está centralizado nas necessidades do mercado de consumo nacional, o que faz com que as empresas que compõem esse sistema não sejam capazes de atender satisfatoriamente às necessidades advindas do SUS.

Tal querela deixa em evidência a urgente intervenção do Estado na economia do setor sanitário, por meio de políticas públicas, a fim de equalizar a produção industrial nacional com a demanda do mercado interno, principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde.

2.2.2. Estabelecimento e operação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Sugere-se como marco temporal de surgimento do CEIS os anos 2000, quando ocorreram discussões sobre economia e saúde em âmbito nacional e internacional (GADELHA, 2003). Assim, as ideias de que a pesquisa em inovação e tecnologia seriam uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde da população foram fortalecidas. Juntamente com esse debate, consolidou-se o entendimento de que a tecnologia aplicada à indústria seria um importante fator de auxílio para a tomada de decisões na definição de políticas públicas e de planejamento do setor sanitário.

Um dos principais interesses de uma nação é fornecer melhores condições de saúde para os usuários, com máxima efetividade na análise custo/benefício. Porém, para atingir tal desiderato, o gestor é levado a considerar também o lado econômico que envolve a prestação de serviços da saúde, sobretudo por se tratar de um setor que demanda alto investimento financeiro.

Dessa forma, o CEIS representa um conjunto articulado de segmentos produtivos industriais, voltados amplamente para o setor da saúde e sua relação com a economia, que caracteriza a lógica de operação do complexo. Sobre a dinâmica que afeta todos esses processos, temos que:

O conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) difere da forma tradicional de abordar a saúde ao reconhecer sua articulação com um conjunto de produção de bens e serviços no contexto da dinâmica capitalista. A análise da saúde nas suas várias dimensões é complexa por envolver interesses de atores diversos que figuram o cenário político com forças assimétricas, exigindo o uso da abordagem da economia política (MALDONADO et al., 2012, p. 29).

Nesse diapasão, a Presidência da República reconheceu o CEIS em 2008, através de decreto³⁵, criando em seu bojo um grupo executivo para promover e analisar possibilidades de ações visando o desenvolvimento através da saúde,

³⁵ O Decreto de 12 de maio de 2008, da Presidência da República, asseverava: “Art. 1º Fica criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - GECIS para promover medidas e ações concretas visando à criação e implementação do marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde, bem como propor outras medidas complementares” (BRASIL, 2008).

subordinado ao Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008). Posteriormente, em 2017, o referido decreto foi revogado e as atribuições do CEIS foram mantidas. Ocorreu, no entanto, uma ampliação do decreto anterior e foi instituída a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS)³⁶ (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento desse complexo vem ocorrendo por meio de políticas públicas de diversas naturezas e apresenta especial relevância para garantia do acesso a produtos para a saúde da população e, especialmente, o acesso a medicamentos, tema que será estudado em capítulo próprio, tendo em vista a alta demanda social e as dificuldades de todo o sistema brasileiro em fornecer o mínimo necessário conforme previsto na Constituição, levando-se em conta que, apesar da relevância produtiva do CEIS brasileiro, ainda existe uma alta dependência de produtos fabricados em uma vertente internacional o que, dentro do balanço comercial, promove uma vulnerabilidade do abastecimento do SUS³⁷

Nesse aspecto, o Ministério da Saúde contribuiu para a implantação do conhecimento científico aplicado à saúde, via ampliação de estudos metodológicos, consentindo com a utilização de diferentes abordagens da observação, incluindo a pesquisa qualitativa e quantitativa. Isso se deu devido a articulação de uma necessária conexão da produção científica e tecnológica com o campo produtivo público e privado. Dentre as articulações, destacam-se os projetos cooperativos e os trabalhos em grupo, visando o fortalecimento da capacidade de gestão tecnológica e de criação de estudos na área.

É essencial consolidar o papel do MS, das secretarias de saúde, dos conselhos de saúde e dos demais atores na implementação das políticas de desenvolvimento do CEIS, agregando e fortalecendo os grupos de pesquisas e tecnologia, os laboratórios oficiais, as instituições de ensino superior, médio e profissionalizante e as empresas nacionais, com destaque na pesquisa e na produção de medicamentos, produtos, processos e equipamentos para a atenção à saúde. Desse modo, busca-se reduzir a dependência nacional no campo tecnológico e produtivo, bem como garantir autossuficiência nos itens estratégicos para o Brasil.

³⁶ O Decreto nº 9.245, de 2017, revogou o anterior e instituiu a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), também buscando meios de aprimorar o desenvolvimento através da saúde (BRASIL, 2017).

³⁷ O Brasil mantém um déficit no setor produtivo da saúde, haja vista que o volume de importação de produtos relacionados ao CEIS é extraordinário (GADELHA, 2006).

Para além, um dos grandes retrocessos promovidos pelo governo Jair Bolsonaro, foi a reformulação das estruturas do CEIS³⁸. As principais alterações foram a extinção do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS), que era responsável pela implementação de políticas públicas de fortalecimento do complexo industrial, assim como pelo monitoramento da Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde (PNITS) (BRASIL, 2019).

Como visto, desde a sua criação até os dias atuais, o espaço econômico e institucional que envolve o setor da saúde tem passado por profundas transformações no Brasil. O mecanismo da lógica empresarial capitalista adentra de forma extraordinária em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases, como a farmacêutica e de equipamentos médicos, quanto partes produtivas que tinham formas de organização nas quais era possível se verificar a convivência de lógicas empresariais com outras que dela se afastavam, como a produção de vacinas e outros produtos biológicos, fitoderivados e a prestação de serviços de saúde (GADELHA, 2003).

Segundo Gadelha (2012), é possível estabelecer um círculo virtuoso entre desenvolvimento econômico, tecnológico e da saúde com o fortalecimento das políticas públicas sanitárias. O CEIS procura uma visão sistêmica, ampla e integrada na afinidade entre os setores industriais e o setor de serviços de saúde no campo da economia nacional.

A Inovação em Saúde compõe o anexo de setores que desenvolvem atividades produtivas nesse campo específico, conservando relações intersetoriais para a prática das atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I). Diante dessa organização de inovação industrial onde há uma estrutura complexa que caracteriza e integra o CEIS, pode-se identificar o subsistema de base química e biotecnológica como responsável pela produção de medicamentos, vacinas, fármacos, hemoderivados e reagentes para diagnóstico, um setor específico do Complexo que será analisado no capítulo seguinte, principalmente no que tange à fabricação e distribuição de medicamentos, tendo em vista sua importância para a saúde da população.

³⁸ Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019 reformulou cargos e funções junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

2.3. A SAÚDE COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

A saúde pode ser, mais do que um reflexo demonstrativo de desenvolvimento de uma nação, um fator de desenvolvimento que atua sobre diversas dimensões, incluindo a social e a econômica.

O epicentro do choque existente entre a saúde e o desenvolvimento é a crença de alguns que mantêm o pensamento ortodoxo no qual a saúde é tida como um entrave ao desenvolvimento econômico (BERCOVICI, 2013b, p. 16). Malgrado, conforme já apontado no capítulo primeiro, o conceito de desenvolvimento econômico abrange fatores além da mera acumulação de capital, desse modo:

Entenderemos por “desenvolvimento”, portanto, apenas as mudanças da vida econômica que não lhe forem impostas de fora, mas que surjam de dentro, por sua própria iniciativa. Se se concluir que não há tais mudanças emergindo na própria esfera econômica, e que o fenômeno que chamamos de desenvolvimento econômico é na prática baseado no fato de que os dados mudam e que a economia se adapta continuamente a eles, então diríamos que não há nenhum desenvolvimento econômico. Pretendemos com isso dizer que o desenvolvimento econômico não é um fenômeno a ser explicado economicamente, mas que a economia, em si mesma sem desenvolvimento, é arrastada pelas mudanças do mundo à sua volta, e que as causas e portanto a explicação do desenvolvimento devem ser procuradas fora do grupo de fatos que são descritos pela teoria econômica (SCHUMPETER, 1997, p. 74).

A linha de Schumpeter já aderiria à noção de mudança, compreendida nesse momento como um desequilíbrio. Ao mesmo tempo, entendia que o livre mercado, atuando desenfreadamente, não seria capaz de promover este desequilíbrio necessário (SCHUMPETER, 1997, p. 75).

Mais além, uma visão neo-schumpeteriana sugere uma política pública industrializante com participação ativa do Estado, responsável por realizar uma grande mudança estrutural, realizando inovações, não apenas no sentido utilizado na presente dissertação, de inovação tecnológica, mas de disrupções e alterações no próprio sistema macroeconômico, a curto e longo prazo (GADELHA, 2001).

Quando se investiga a respeito do CEIS e sua relação com o Estado, principalmente com o SUS, percebe-se que há uma tentativa de inverter a perspectiva usual que posiciona os gastos com a saúde – vistos como um passivo – e transpassar

esse entendimento para a visão de que a saúde pode ser também um investimento econômico lucrativo. O próprio constituinte, em 1988, assim optou:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (BRASIL, 1988).

Essa integração promovida pelos CEIS pretende conectar o lado social e econômico da atuação do Estado e das empresas possibilitando, ao mesmo tempo, um maior acesso da população à saúde através do crescimento e da manutenção de uma indústria nacional bem articulada com as demandas do país, principalmente da saúde pública.

Por conseguinte, sem adentrar necessariamente na questão sanitária, Mazzucato (2014) afirma que a distribuição do retorno em forma de benefícios gerados pelos investimentos estatais em inovação, tem caráter tão social quanto os riscos assumidos.

Resumidamente, pode-se afirmar que entre as políticas públicas sanitárias, a política industrial da saúde, gênero do qual o Complexo Econômico-Industrial da Saúde é espécie, é controversa: de um lado existe uma visão focada na perspectiva mercadológica, limitando o papel do Estado e, de outro, existe uma visão que compreende a indústria da saúde na perspectiva não apenas mercadológica, mas também macroeconômica, resultado de uma clara decisão política de fomento ao crescimento industrial, com ênfase no mercado interno (BERCOVICI, 2013b, p. 18).

Seguindo a linha que compreende uma visão mais abrangente em relação ao CEIS, que conta com maior intervenção do Estado, as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento industrial são pautadas por razões previamente planejadas de acordo com as necessidades de onde são executadas, podendo abarcar a oferta de emprego, proteção do mercado interno, estímulo à competitividade no mercado externo e oferta do produto de acordo com a demanda. Nesse contexto:

O sistema nacional de saúde, portanto, pode também gerar benefícios para a economia como um todo, especialmente em termos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, possibilitando, ainda, a geração de produtos ou serviços exportáveis (BERCOVICI, 2013b, p. 19).

A infraestrutura do sistema de saúde brasileiro revela a natureza estratégica desse setor no âmbito da economia devido à forte presença que ocupa no PIB (produto interno bruto) e ao impacto que gera na abertura do mercado de trabalho, uma vez que a área da saúde é fértil no que concerne as inovações tecnológicas, fato que possibilita uma demanda maior de mão de obra especializada (GADELHA et al., 2012, p.13). Nessa rota:

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. 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 (GADELHA et al., 2012, p. 14).

Por essas razões, no âmbito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e da busca de melhoria nos níveis de desenvolvimento, não cabe mais o tratamento da saúde de forma hierarquizada entre interesses sociais ou econômicos. No CEIS estão presentes atores com os mais variados interesses, desde microempresas e grandes corporações, passando pelo Estado, até os usuários dos serviços de saúde que carecem do SUS. E é justamente o caráter sistemático do CEIS que possibilita tal entendimento. Assim sendo, faz-se indispensável transpor o ultrapassado dogma da separação do político do econômico e aplicar essa nova compreensão na dicotomia saúde/desenvolvimento econômico, de forma agregadora e não estanque.

Seguindo o raciocínio de Celso Furtado, para quem o desenvolvimento ocorre com a homogeneização social ao lado do desenvolvimento produtivo nacional, Gadelha assevera que o elo que une a saúde com o desenvolvimento é justamente a inovação tecnológica (GADELHA et al., 2012, p.14).

Pensar a saúde como fator de desenvolvimento econômico é consequência do papel que ocupa na economia, bem como no potencial que guarda na inovação tecnológica, razão pela qual lidera o *ranking* de investimentos em P&D no Brasil (GADELHA, 2014).

Nessa linha, em relação à massiva potencialidade econômica advinda da inovação, Schumpeter relaciona o desenvolvimento com a indústria:

O desenvolvimento, no sentido que lhe damos, é definido então pela realização de novas combinações. Esse conceito engloba os cinco casos seguintes: 1) Introdução de um novo bem — ou seja, um bem com que os consumidores ainda não estiverem familiarizados — ou de uma nova qualidade de um bem. 2) Introdução de um novo método de produção, ou seja, um método que ainda não tenha sido testado pela experiência no ramo próprio da indústria de transformação, que de modo algum precisa ser baseada numa descoberta cientificamente nova, e pode consistir também em nova maneira de manejar comercialmente uma mercadoria. 3) Abertura de um novo mercado, ou seja, de um mercado em que o ramo particular da indústria de transformação do país em questão não tenha ainda entrado, quer esse mercado tenha existido antes, quer não. 4) Conquista de uma nova fonte de oferta de matérias-primas ou de bens semimanufaturados, mais uma vez independentemente do fato de que essa fonte já existia ou teve que ser criada. 5) Estabelecimento de uma nova organização de qualquer indústria, como a criação de uma posição de monopólio (por exemplo, pela trustificação) ou a fragmentação de uma posição de monopólio (SCHUMPETER, 1997, p. 76).

Sem embargo, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) entende que a superação do subdesenvolvimento do país passa pelo cuidado do poder público com questões sanitárias.

O Brasil preocupou-se em iniciar o alinhamento da justiça social com o desenvolvimento econômico nos anos 2000, trazendo políticas públicas facilitadoras de um sistema de proteção dos vulneráveis com projetos econômicos estrategicamente dinâmicos e mais autônomos, a despeito do constante aumento nos custos da saúde e de todo o déficit tecnológico existente no país, que manteve – como até hoje mantém – severa dependência do mercado exterior (GADELHA et al., 2012, p.16).

A saída para o quadro de dependência tecnológica encontra-se em achar uma simbiose funcional entre o setor público e privado, mas que não condicione o Estado como mero investidor financeiro, que não obtém lucros ou que os obtém apenas por vias extremamente indiretas, como impostos. O Estado deve atuar como empreendedor, assumindo risco e criando mercados (MAZZUCATO, 2014).

Dito isso, há que se discutir sobre a fragilidade encontrada no CEIS, que reside na falta de competitividade, tecnológica e de preços, no mercado internacional. As razões que justificam tal atraso encontram-se em políticas de privatização de empresas que poderiam ter o aporte estatal financeiro suficiente para poder competir (GADELHA et al., 2012, p.16).

Tais ações no sentido da desestatização estiveram presentes nos governos de

vieses neoliberais de Fernando Henrique Cardoso, rapidamente no governo de Michel Temer, tendo sido retomados no governo de Jair Bolsonaro. A dificuldade de superar os entraves existentes na industrialização nacional advém da década de 1990, quando as políticas neoliberais se espalharam pelo Brasil, no mesmo momento em que políticas públicas industriais foram abandonadas, acarretando, assim, em uma paulatina perda de competitividade do setor industrial nacional, que só obteve fôlego com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002.

Apesar das intempéries existentes, a posição ocupada pelo SUS, por sua vez, é um grande facilitador da articulação do CEIS e para o fomento de novas empresas e tecnologias. A partir da premissa de que o SUS atende exclusivamente 80% da população nacional e de que, necessariamente, é feita uma compra pública de insumos, medicamentos, equipamentos e derivados em montantes significativamente volumosos, o consumo dos bens ofertados pelo setor produtivo da saúde estaria previamente controlado, reduzindo riscos econômicos da iniciativa privada, que operaria seus investimentos de forma integrada às demandas do SUS ao invés de partir para o mercado internacional e enfrentar uma concorrência já estabelecida globalmente (GADELHA, 2006).

Para além disso, uma indústria nacional voltada sobretudo para o consumo interno, visando atender as demandas da população, estaria mais habilitada a considerar fatores regionais e até mesmo histórico-estruturais, privilegiando as necessidades da periferia, evitando a marginalização de localidades menos favorecidas (GADELHA et al., 2012).

O estímulo ao CEIS é uma medida de efetividade constitucional, uma vez que, o art. 196 trata especificamente da garantia da saúde através de políticas públicas sociais e econômicas em prol do acesso, promoção, proteção e recuperação à saúde. Do mesmo modo, o CEIS atende perfeitamente os ditames dos artigos 3º e 219, pois a saúde aliada à proteção e incentivo ao mercado interno é um caminho para ultrapassarmos a condição de subdesenvolvimento (BRASIL, 1988).

Nesse ponto, cabe a reflexão deixada pelo mestre Washington Albino Peluso de Souza (1980, p. 279): “Na regulação jurídica da política econômica é que vamos encontrar, segundo temos repetido insistentemente, o instrumental positivo do Direito Econômico”.

Vale dizer, como política industrial, o CEIS, por ser o maior polo de conhecimento científico e de inovação tecnológica do país, contribui para o

crescimento da capacidade produtiva nacional (BERCOVICI, 2013b). E isso se dá por meio de políticas públicas de incentivo ao setor.

Essa falsa bifurcação entre o social e o econômico é explicada por Gadelha:

As relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento e econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população. 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 (GADELHA et al., 2012, p. 15).

Consequentemente, seguindo o raciocínio acostado no primeiro parágrafo deste tópico e nas citações supracitadas, consideramos a saúde como um fator de desenvolvimento social e econômico. Ressalte-se, porém, que essa integração deve contar com uma politização das decisões econômicas do setor industrial. Logo, frise-se a imprescindibilidade da atuação expressiva do Estado na economia, sabendo-se que as políticas públicas pautam o caminho rumo ao desenvolvimento.

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS ECONÔMICAS

As políticas públicas são resultado da ação política no cumprimento de seu *mister*. São viabilizadas através de normas em geral e visam ao cumprimento das diretrizes impostas ao gestor público pela Constituição Federal e também pelas leis. As políticas públicas de saúde contemplam as decisões políticas para implementar faticamente aquilo que foi previsto em teoria, especialmente àquilo que se refere aos direitos fundamentais.

A política pública é, do ponto de vista da ciência política, um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado como resultado do conflito de interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas ou arenas e entre os atores que delas fazem parte, caracterizando formas de ação governamental aptas a alcançar finalidades públicas e a implementar, portanto, os propósitos do Estado de bem-estar social (DUARTE, 2020, p. 72).

A elaboração e execução de políticas públicas ocorrem pela atuação dos Poderes Executivo e Legislativo, pois as políticas públicas “são fruto das decisões de

prioridade levadas a cabo quando da apreciação do conflito entre direitos sociais”. Nesse sentido, os direitos sociais necessitam de políticas públicas específicas para serem amplamente usufruídos (DUARTE, 2020, p. 74).

A implementação de uma política pública costuma seguir três etapas. A primeira é a sua elaboração, momento no qual se analisam os pressupostos fáticos e jurídicos da situação - após constatação prévia das necessidades sociais e a fixação de objetivos, a segunda é a implementação das medidas materiais e financeiras para a execução da política pública e, finalmente, a terceira etapa, que consiste em um balanço avaliador para analisar os resultados e impactos sociais e jurídicos da opção do poder público (DUARTE, 2020, p. 74).

A saúde, por sua vez, está inserida no contexto social do desenvolvimento *lato sensu* de uma sociedade. A Constituição de 1988, em seu art. 199, permite que a iniciativa privada preste assistência à saúde, em que se pese se tratar de um serviço de natureza pública (BRASIL, 1988). Sendo assim, a iniciativa privada pode atuar ao redor de tudo o que é abrangido pelo Complexo Econômico-Industrial da Saúde, respeitando, evidentemente, toda plêiade de legislação e normas sanitárias.

Nesse âmbito, tendo em vista que um dos objetivos do presente trabalho passa pela busca de novas formas de relação entre a saúde, na perspectiva social, com o lado econômico da indústria da saúde, analisaremos a atuação do poder público na gestão da viabilização de políticas públicas voltadas para essa área.

Há uma ligação entre o desenvolvimento nacional e as políticas públicas implementadas no Brasil. Isso não ocorre ao acaso: é fruto da luta pela superação do subdesenvolvimento que, entre as décadas de 1930 e 1980, foi pautado no planejamento estatal e em rupturas na estrutura econômica e de ordem política e institucional. Acreditava-se que o fomento da indústria nacional era um fator determinante para a superação do subdesenvolvimento. Esta hipótese se revelou verdadeira na medida em que o processo histórico da economia brasileira demonstrou que a industrialização, que nasceu com a Revolução de 1930, na Era Vargas, possibilitou um crescimento acelerado do país, sendo que, no período compreendido entre 1930 e 1980, os países da América Latina realizaram suas revoluções nacionais (FORJAZ, 1984, p. 22).

Paralelamente a esta realidade brasileira, a América Latina, assim como o restante do mundo no contexto do pós-guerra, sofreu fortes transformações

econômicas e sociais, que culminaram no estabelecimento do Direito Econômico³⁹, tendo em vista a necessidade global de funcionalizar a economia aos demais interesses públicos. Nesta ordem de ideias, após um longo período ditatorial, com a redemocratização do país, veio a Assembleia Nacional Constituinte, que se preocupou em fazer uma Constituição Dirigente, vinculando o legislador ordinário com o compromisso de desenvolvimento, na medida em que apresenta uma agenda para a realização dos objetivos da nação (CLARK, CORRÊA e NASCIMENTO, 2013).

De acordo com Giovanni Clark (2012, p. 147), o objeto do Direito Econômico é o estudo da juridicização da política econômica.

Noutro giro, os confins do Direito Econômico, por sua natureza, são muito tênues e, em diversos momentos, como em políticas públicas como as que serão estudadas adiante, difíceis de identificar, pois fazem fronteira com Direito Administrativo e Direito Sanitário. Sem embargo, assim como é permitido que uma norma ou um princípio trate de várias matérias concomitantemente, também é possível que ocorra com políticas públicas.

Por se referir a um corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, espinha dorsal do ordenamento jurídico pátrio, alçado como fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, CF), a saúde engloba políticas públicas amplas, que devem garantir não somente a sobrevivência, mas o saneamento básico, a prevenção de doenças (como medidas de vacinação), tratamento de doenças simples e complexas, alimentação adequada, dentre outras. Tratando-se de um direito subjetivo, ao particular é possível demandar a prestação do Estado para garantir o direito à saúde. Ainda assim, em que se pese a clareza do texto constitucional, a prática das medidas relacionadas à saúde ficou submetida à presença de políticas públicas e, logo, submetidas também às questões de orçamento público.

Na esteira do avanço neoliberal que se espalhou pelo Brasil no final dos anos 80 e início dos anos 90, a preocupação com a saúde, que já constava no texto constitucional de 1988, ganhou corpo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080 de 1990) (GADELHA, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde instituiu o SUS, sustentando que se trata de um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo dever do mesmo fornecê-la através da formulação e

³⁹ O Direito Econômico firmou-se como ciência jurídica no início do século XX.

execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A conceituação de desenvolvimento trazida por Celso Furtado é imprescindível para a delimitação do tema estudado:

O desenvolvimento econômico pode ser definido como processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas, pré-existentes ou criadas pela própria mudança, são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas (FURTADO, 1964).

Na linha que une políticas públicas econômicas com os direitos fundamentais, temos a lição do prof. Washington Peluso Albino de Souza:

O Direito Econômico é ramo do Direito, composto por um conjunto de normas de conteúdo econômico e que tem por objeto regulamentar as medidas de política econômica referentes às relações e interesses individuais e coletivos, harmonizando-as – pelo princípio da “economicidade” – com a ideologia adotada na ordem jurídica (SOUZA, 1980, p. 3).

Partindo-se da citação acima para fazer uma breve conceituação da “economicidade” sobre as medidas político-econômicas, em especial as analisadas na presente pesquisa, entendemos que se trata de avaliar as políticas públicas levando-se em conta os custos sociais e vice-versa, pois não cabe ao gestor ou ao jurista negar a realidade econômica, uma vez que ela se impõe por si só.

Por isso, temos que:

Em diversos casos históricos importantes, os processos de industrialização, ao serem finalmente lançados em países atrasados, exibiram diferenças consideráveis, se comparados às nações mais adiantadas. Isso ocorreu não só no tocante à velocidade do desenvolvimento (a taxa de crescimento industrial), mas também às estruturas produtivas e organizacionais da indústria que emergiu desses processos. Em considerável medida, tais diferenças na velocidade e no caráter do desenvolvimento industrial resultam da ação de instrumentos institucionais com pouco ou nenhum equivalente nos países industriais avançados. Além disso, o clima intelectual em que se dá a industrialização – seu “espírito” ou “ideologia” - difere bastante entre países adiantados e atrasados. Por último, o grau em

que esses atributos ocorrem em cada caso parece variar na proporção direta do grau de atraso e das potencialidades industriais naturais dos países em questão (GERSCHENKRON, 2015, p. 69).

Esse conjunto de premissas nos leva ao entendimento de que o Brasil precisa construir sua própria trajetória de crescimento econômico e desenvolvimento, considerando todo o arcabouço empírico que podemos nos valer, oriundos não apenas da história dos países mais avançados, mas das próprias idiossincrasias da formação socioeconômica no nosso país.

Volvendo no que fora exposto anteriormente, o desenvolvimento de um país não é medido pelo elemento econômico singularmente considerado. Deve-se examinar uma série de condições existentes que, em conjunto, estarão aptas a possibilitar aos cidadãos um padrão de vida em consonância com os direitos sociais previstos no texto constitucional. No aspecto da saúde, não se pode esquecer a confusão que resta presente entre a ordem econômica e a ordem social, que possuem pontos em comum, sempre visando ao desenvolvimento.

De toda sorte, tratando-se de serviço público ou de atividade econômica privada, a saúde sempre estará ligada ao Estado. O que torna os chamados serviços públicos não privativos distintos dos privativos é a circunstância de os primeiros poderem ser prestados pelo setor privado independentemente de concessão, permissão ou autorização, ao passo que os últimos apenas poderão ser prestados pelo setor privado sob um desses regimes. Assim sendo, de acordo com o art. 199, CF, quando um particular efetivamente fornecer serviços de saúde, estará prestando também um serviço de natureza pública (GRAU, 2010, p. 123).

Por essas razões, o estudo da implementação de direitos sociais por via de políticas públicas deve percorrer os caminhos do Direito Econômico, que se atrela nas consequências das políticas econômicas por ele praticadas, quer seja na atuação direta, como “Estado Empreendedor” ou na atuação indireta como regulador ou fiscalizador. Em quaisquer casos, o Estado jamais estará completamente ausente da atividade econômica (SOUZA, 2005).

Sobre as políticas públicas, Bercovici interpreta:

A política econômica pode, nesta mesma linha de raciocínio, ser definida também como o estudo das formas e efeitos da intervenção do Estado na vida econômica visando a atingir determinados fins (BERCOVICI, 2011, p. 563).

Destarte, o cumprimento do disposto na Constituição a respeito da saúde e do desenvolvimento nacional é viabilizado inicialmente pela adoção de políticas públicas. Além disso, conforme o disposto no art. 199, CF, é livre à iniciativa privada promover à assistência à saúde, porém só poderão participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar. Nesse sentido, o art. 200 da Constituição Federal estabelece o SUS como controlador e fiscalizador de procedimentos, produtos e substâncias relativos à saúde.

Pensado de outro modo, mas levando-se ainda em conta a premissa da saúde, deve-se analisar as políticas públicas industriais, na medida em que é o poder público que tem a capacidade de organizar e planejar todo o arcabouço produtivo e econômico visando a superação da condição de subdesenvolvimento.

De acordo com Giovani Clark (2007, p. 74), políticas públicas representam um conjunto de decisões realizadas pelo poder público, que assumem formato de norma jurídica, aptas a atuarem na vida econômica, com fim de causarem uma alteração nas relações sociais existentes. E continua seu raciocínio:

Apesar do poderio do capital privado e de sua influência forte na engrenagem produtiva e nos mercados de consumo dos Estados nacionais, devido à “globalização”, existe a possibilidade da formulação de políticas públicas econômicas endógenas por parte daqueles Estados, distintas das engendradas pelo poder econômico internacional, a serem construídas pelos atores sociais nacionais, dentro dos diversos espaços internos de poder (...) e afirmadas no plano internacional, a fim de que as ditas políticas econômicas estatais não se afastem dos comandos das Constituições Econômicas e das carências socioeconômicas dos povos (CLARK, 2007, p. 78).

Restando amplamente posta a imprescindível função da indústria da saúde (através do CEIS) como motor de desenvolvimento nacional, a partir da análise de Bresser-Pereira (2016) a respeito da participação do Estado na indústria, seja através de fomento ou através da proteção à indústria nascente, é de amplo conhecimento que a conclusão deste e de outros pensadores do desenvolvimento, como Celso Furtado e Prebisch, defende que a superação do subdesenvolvimento deve contar com políticas públicas industriais⁴⁰.

Nessa linha, Paulo Gala assevera que o desenvolvimento econômico é um

⁴⁰ Os países subdesenvolvidos não estão nessa condição por questões que envolvem ciclos históricos que toda nação deveria passar até encontrar o *status* de desenvolvimento. O subdesenvolvimento é uma determinação baseada na estruturação do relacionamento centro-periferia (BIELCHOLWSKY, 2000).

processo de aprendizagem tecnológica e que, sendo assim, um sistema industrial com alto nível de complexidade é o caminho mais viável para atingir esse desiderato (2020, p. 42).

Em franca oposição à doutrina neoliberal, Ha-Joon Chang (2004, p. 106) constrói seu pensamento através de uma extensa revisão histórica das políticas industriais aplicadas pelos países, hoje desenvolvidos, enquanto estavam em fase de desenvolvimento (*catching-up*). Constatando, assim, que os países em desenvolvimento na contemporaneidade são muito menos protecionistas do que os desenvolvidos foram outrora.

Em linhas gerais, essa afirmação nos guia para a compreensão da importância do papel do Estado na composição industrial. Apesar das políticas liberais adotadas pelo Brasil durante os anos 1990, houve uma importante mudança no panorama industrial no início dos anos 2000, logo após a alternância de poder para um governo de viés socialdemocrata, adepto ao desenvolvimentismo de Celso Furtado e da CEPAL.

Ademais, sob o prisma neo-schumpeteriano, a política industrial compreende a figura do Estado como pilar estrutural do processo de inovação, em coparticipação entre Estado e setor privado. Na medida em que, inexoravelmente, as grandes rupturas ou “destruições criativas”⁴¹, ocorrem via de regra através de alguma modalidade de financiamento de agentes públicos em conjunto com agentes privados (MAZZUCATO, 2014).

Schumpeter coloca a inovação tecnológica como principal fator de mudanças de paradigmas da economia. Cunhou o termo “destruição criativa” que significa, em linhas gerais, que a concorrência capitalista ocorre pela busca de novos produtos e novos mercados em substituição dos anteriores. A “destruição” a que o termo se refere, diz respeito à obsolescência que um produto anterior atinge. Em seu livro “Capitalismo, Socialismo e Democracia” (1961), pontua que o capitalismo está sempre em movimento.

A perspectiva neo-schumpeteriana e o conceito de inovação schumpeteriano trazidos acima, representam a base sobre a qual esperamos adequar as políticas

⁴¹ O termo de Schumpeter foi aplicado em uma referência da autora Mariana Mazzucato uma vez que ela é considerada neo-schumpeteriana e construiu as bases de suas teorias através de inspiração de Schumpeter e Keynes, embora, evidentemente, tenha construído ideias próprias.

públicas nacionais.

O primeiro marco histórico de política industrial escolhido no presente trabalho, que melhor dialoga com o conceito fornecido do CEIS, foi a criação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), entendida como um importante ponto de partida para a retomada da industrialização no país, pois pretendia trazer maior eficiência na tecnologia e inovação, para poder expandir o mercado de atuação. Após a abertura desse importante precedente ligado à preocupação com a indústria nacional, foi instituída a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), visando o aprimoramento da PITCE, bem como a alteração das questões que não se mostraram efetivas. Malgrado às boas intenções, a crise mundial que pairou sobre o globo em 2008, ano de lançamento dessa política, inviabilizou maiores progressos (PIMENTEL, 2018).

Em seguida, buscando ainda dar seguimento às políticas industriais da PITCE e de PDP, formulou-se o Plano Brasil Maior (PBM), que englobava, dentre outros, o setor da saúde, atuando com estímulos à inovação, ao comércio exterior e a proteção do mercado interno (BNDS, 2011).

As análises das políticas industriais apresentadas acima levam a duas constatações. A primeira, lamentavelmente, é que todas fracassaram em atingir cem por cento dos objetivos almejados. Isso ocorreu pela ausência de exigências de contrapartidas das empresas beneficiadas. A segunda e auspiciosa constatação é que, apesar das falhas apontadas, a mera existência de políticas públicas federais voltadas para o desenvolvimento industrial, é uma base que possibilita aprimoramentos futuros, principalmente quando o assunto permanece em pauta (HASENCLEVER et al., 2016).

2.5. PARA ALÉM DE UMA QUESTÃO DE DIREITO FUNDAMENTAL, UM PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA PRODUTIVA

As normas de Direito Econômico se materializam através de políticas públicas baseadas na ideologia constitucionalmente adotada e, como corolário, devem estar voltados para o desenvolvimento.

O Direito Econômico trata o desenvolvimento como algo presente na regulamentação da política econômica. Nesses termos, para alcançar o desenvolvimento, é imprescindível a atuação do Estado por meios de políticas

públicas, por meio de ações diretas ou por meios de ações de controle ou incentivo. Seja como for, em todos os casos o Estado estará presente (SOUZA, 2005).

O desenvolvimento, tema central do presente estudo, está ligado à questão do planejamento, que é função do Estado, posto que é a única entidade que possui aparatos para investir a longo prazo. Para tanto, é necessário utilizar a previsão constitucional e promover políticas econômicas estratégicas.

Bresser-Pereira (2006, p. 17) traz uma interessante definição acerca do desenvolvimento. O desenvolvimento econômico, definido nos termos anteriores, é um processo histórico deliberado de elevação dos padrões de vida que ocorre dentro de cada Estado-nação. É o resultado de uma estratégia nacional que tem como líderes os governantes, como principais agentes os empresários e a burocracia do Estado e, como forma de realização, a acumulação de capital e a incorporação de conhecimento à produção. Em cada Estado nacional sua liderança é exercida pelo governo, que age em estreita relação com os cidadãos e particularmente com os empresários no processo de definir políticas econômicas e instituições legais que promovam o investimento e o aumento da produtividade.

A atuação do Direito Econômico no contexto histórico apresentado acima, teve, e ainda tem, a função precípua de pensar nas ações do Estado nacional para atuar sobre a economia, direta ou indiretamente, sempre para possibilitar, baseado na ideologia constitucionalmente adotada, a escolha e aplicação de políticas públicas adequadas. A noção de desenvolvimento está ligada não apenas ao crescimento econômico de determinada nação, mas também à presença de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais em determinado Estado. Como nos mostra o mestre Washington Peluso Albino de Souza, o direito ao desenvolvimento é conferido a todas as pessoas e nações para obterem e gozarem do progresso que a humanidade conquistou (SOUZA, 2005).

Por conseguinte, pensando em um processo de organização produtiva e tecnológica, “um país que pretende chegar a uma condição de desenvolvimento e de independência requer, ao mesmo tempo, indústrias fortes e inovadoras, e um sistema de saúde inclusivo e universal” (GADELHA, 2006, p11).

Na esteira do disposto no art. 196 da Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde impõe ao Estado que utilize políticas públicas, tanto econômicas quanto sociais, a fim de possibilitar mais facilmente o acesso à saúde e dispõe no seu art. 2º

que a saúde é direito fundamental, razão pela qual o estado deve prover seu pleno exercício, via políticas públicas econômicas e sociais (BRASIL, 1990).

A organização econômica produtiva no aspecto analisado na presente pesquisa, passa pelo reconhecimento da ciência e tecnologia também sob o ponto de vista constitucional.

A Constituição de 1988 indica duas formas de desenvolvimento científico, que deverão ser objeto de políticas públicas por parte do Estado, tendo em vista sua influência para o desenvolvimento industrial do país, sendo elas justamente a ciência e a tecnologia.

Nessa linha:

Art. 218. O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica e a inovação.

§ 1º A pesquisa científica básica e tecnológica receberá tratamento prioritário do Estado, tendo em vista o bem público e o progresso da ciência, tecnologia e inovação.

§ 2º A pesquisa tecnológica voltar-se-á preponderantemente para a solução dos problemas brasileiros e para o desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional.

§ 3º O Estado apoiará a formação de recursos humanos nas áreas de ciência, pesquisa, tecnologia e inovação, inclusive por meio do apoio às atividades de extensão tecnológica, e concederá aos que delas se ocupem meios e condições especiais de trabalho.

§ 4º A lei apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa, criação de tecnologia adequada ao País, formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos e que pratiquem sistemas de remuneração que assegurem ao empregado, desvinculada do salário, participação nos ganhos econômicos resultantes da produtividade de seu trabalho.

§ 5º É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular parcela de sua receita orçamentária a entidades públicas de fomento ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica.

§ 6º O Estado, na execução das atividades previstas no caput, estimulará a articulação entre entes, tanto públicos quanto privados, nas diversas esferas de governo.

§ 7º O Estado promoverá e incentivará a atuação no exterior das instituições públicas de ciência, tecnologia e inovação, com vistas à execução das atividades previstas no caput (BRASIL, 1988).

Destarte, por imperativo constitucional, compete ao poder público promover e fomentar o desenvolvimento da ciência e inovação, para dar mais sofisticação ao sistema produtivo nacional.

3. PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO: um estudo de caso sobre políticas públicas aliadas ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Este capítulo visa aprofundar a participação de políticas públicas junto ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde e sua contribuição para o processo de desenvolvimento econômico.

Inicialmente, cabe frisar que as políticas públicas de fomento aos CEIS impactam na geração de emprego e de renda, ponto que responde parte da questão proposta na presente dissertação, pois, medidas como as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo e a Política Nacional de Medicamentos (que serão investigadas neste capítulo), promovem uma interseção virtuosa, que se inicia no social e promove o econômico. Logo:

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. 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. (GADELHA, 2012, p. 14)

Nesse escopo comparativo, embora no passado houvesse uma base industrial promissora no Brasil, fruto de uma fase desenvolvimentista, na qual produtos de saúde outrora gozaram de uma potencialidade inovadora em tecnologia, os inúmeros processos de desnacionalização de estatais⁴², aliados a processos de desindustrialização, levaram a um quadro de perda da competitividade, devido ao baixo investimento que as empresas privadas dispõem para pesquisa (GADELHA, 2012, 16).

Como bem esquadrihado por Mazzucato, em uma ampla interpretação do espírito de sua obra, que tenta descortinar o véu que esconde o falso argumento sobre a ineficiência estatal, constatamos que todas as grandes inovações tecnológicas, inclusive as farmacêuticas, estão ligadas, direta ou indiretamente ao Estado, ainda

⁴² Isso ocorreu, dentre outras razões, pelo avanço do neoliberalismo, que levou a revisões constitucionais e alterações interpretativas de princípios, alterando a direção do desenvolvimento (SOUZA, 2015, p. 416-417).

que seja na forma dos financiamentos de pesquisas (2014). Sendo assim, embora não possamos fazer uma ligação direta entre causa e efeito, podemos relacionar a historicidade do fato desestatização com o fato desindustrialização.

A despeito desse diagnóstico, reconhece-se a necessidade de se buscar alternativas para a retomada de formas criativas para o desenvolvimento econômico nacional. Por essas razões, analisaremos as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e a Política Nacional de Medicamentos (PNM), uma vez que ambas se complementam e se relacionam diretamente com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, considerado como um sustentáculo para as políticas industrializantes no Brasil.

3.1. PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO (PDPs)

A importância social, o dever constitucional da saúde, bem como a grande fatia que representa no PIB brasileiro, a despeito da alta vulnerabilidade apresentada em uma análise estrutural de todo o seu funcionamento, fez com que se buscasse novas alternativas para subsidiar parte desse enorme ecossistema, qual seja, o de medicamentos.

Como busca de inovação e crescimento do parque industrial brasileiro, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) visam fortalecer a indústria farmoquímica nacional. Diversas indústrias nacionais estão envolvidas nessa cooperação para atender as demandas de medicamentos da rede pública do país. As parcerias ocorrem através de contratos firmados entre indústrias (privadas ou estatais) estrangeiras ou indústrias privadas nacionais, com laboratórios públicos nacionais, como as renomadas Fiocruz e Butantan, por exemplo, onde ocorre uma transferência de tecnologia para os institutos brasileiros. Ao passo que o Estado se compromete, como contrapartida, a realizar, via compra pública, a exclusividade na aquisição do princípio ativo transferido na parceria, por determinado período.

O Ministério da Saúde traz a definição oficial desta política pública em seu sítio eletrônico⁴³

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) visam ampliar o acesso a medicamentos e produtos para saúde considerados

⁴³ <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>

estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fortalecimento do complexo industrial do País. O objetivo principal é fomentar o desenvolvimento nacional para reduzir os custos de aquisição dos medicamentos e produtos para saúde que atualmente são importados ou que representam um alto custo para o SUS. As parcerias são realizadas entre duas ou mais instituições públicas ou entre instituições públicas e empresas privadas, buscando promover a produção pública nacional. Também está incluído no escopo das PDP o desenvolvimento de novas tecnologias.

A seguir, outra definição, trazida pela literatura acadêmica:

As PDPs podem ser entendidas como mecanismo de política industrial utilizadas na saúde que envolvem uma série de contrapartidas para que sejam realizadas as compras públicas de fármacos, medicamentos e equipamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, garante-se a internalização da produção e a transferência de tecnologia para um produtor nacional durante o contrato de parceria em que são concretizadas as compras governamentais do SUS (VARRICHIO, 2017, p. 180).

Por fim, a definição encontrada no art. 2º da Portaria nº 2.531, de 12 de novembro de 2014, que define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), diz:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, são adotados os seguintes conceitos:

I - Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP): parcerias que envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS;

Apesar de existirem outras definições⁴⁴, é evidente que algumas características fundamentais das PDPs são encontradas em todos os conceitos, tais como: as PDPs são instrumentos voltados ao Sistema Único de Saúde (SUS), as PDPs visam a reduzir custos de produtos estratégicos voltados à saúde e as PDPs objetivam a incorporação e transferência de tecnologia para alcançar a redução de preços dos produtos estratégicos para a saúde, internalizando a produção desses fármacos através de fabricantes e produtores nacionais.

⁴⁴ Dentre outras definições, destaca-se a seguinte: “As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) surgiram em 2009 como um instrumento da política industrial do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), destinado a ampliar o acesso a medicamentos e produtos para a saúde considerados estratégicos ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fortalecimento do complexo industrial nacional” (ALBAREDA e TORRES, 2020, p.2)”.

Desta feita, o conceito de PDPs a ser utilizado neste capítulo, será precisamente aquele que leva em consideração as três características essenciais acima mencionadas, encontradas em todas as definições. Em síntese, o conceito pode ser colocado da seguinte forma: as PDPs são instrumentos voltados ao SUS e visam a redução de custos de produtos estratégicos voltados à saúde, através da incorporação e transferência de tecnologia, internalizando a produção destes itens por meio de produtores e fabricantes nacionais⁴⁵.

Em uma visão com enfoque voltado ao desenvolvimento, tendo em vista que ele é fruto de decisões políticas postas em prática por meio do Direito Econômico para atingir fins específicos (SOUZA, 2005, p. 25), analisaremos se tais medidas possibilitam maior inclusão do sistema produtivo nacional em uma sociedade cada vez mais globalizada e excludente.

Nesses termos, após a delimitação do conceito e do objeto, parte-se para o exame da legislação envolvendo as PDPs. A construção dessa política industrial realizou-se de forma gradual, em um processo complexo e composto por um conjunto de todo o tipo de legislação, como decretos presidenciais, leis ordinárias e complementares, além de diversas portarias do Ministério da Saúde e políticas executivas e administrativas.

Não é simples estabelecer o ponto inicial da construção desse compêndio das PDPs, pois os instrumentos normativos que as regulam acabaram por surgir posteriormente aos projetos de estímulo à internalização da produção de fármacos de grande impacto nas compras do SUS. Enquanto a principal legislação que define as PDPs é a Portaria nº 2.531 de 2014⁴⁶, que consolidou as diretrizes e critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para aquisição pelo SUS, revogando a Portaria nº 837 de 2012, a instituição do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), em 2008, pode ser vista como outro marco inicial das PDPs.

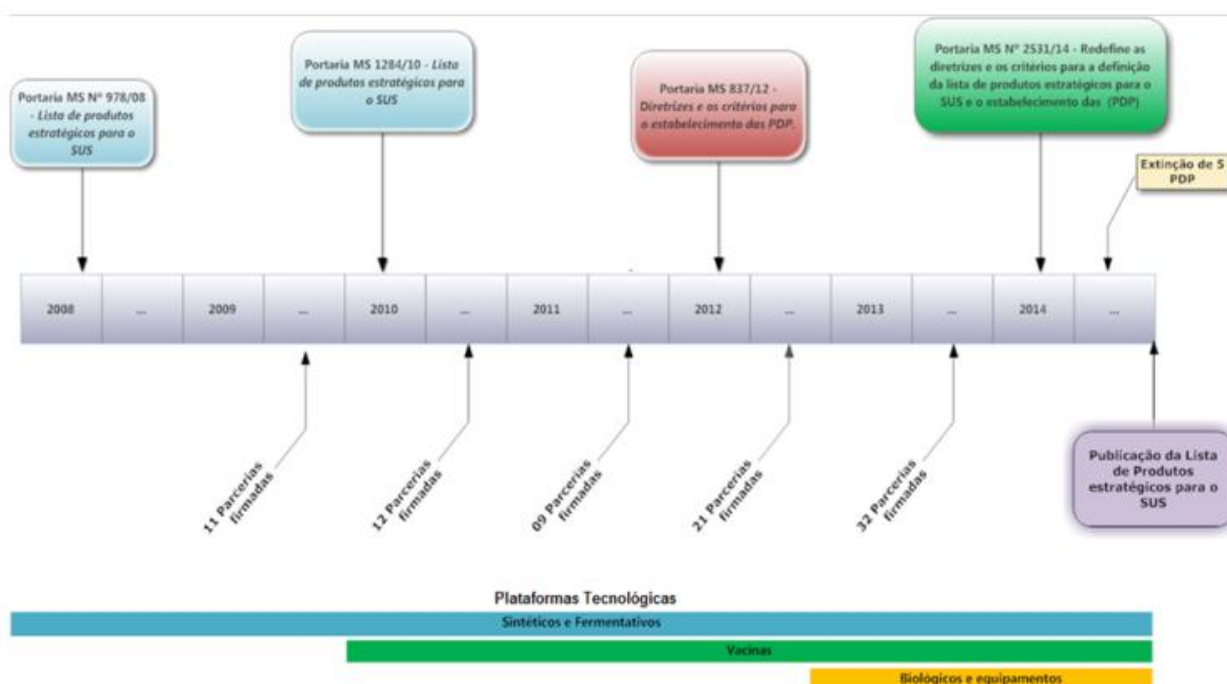
No período entre 2007 e 2010, o Ministério da Saúde, com o objetivo de descentralizar a assistência farmacêutica e apoiar laboratórios nacionais, passou a oferecer apoio técnico-institucional e financeiro, através de projetos de internalização

⁴⁵ Como as PDP envolvem a participação estatal em mercados originariamente privados, não se pode falar que são instrumentos semelhantes às PPP (Parceria Público-Privada), mas, sim, um instrumento diferenciado e voltado ao desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (GADELHA e TEMPORÃO, 2018, p. 1897).

⁴⁶ Posteriormente, a referida portaria foi abarcada pela Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.

tecnológica. Esses projetos eram denominados Alianças para o Desenvolvimento Produtivo (ADP). Não se sabe precisar quando houve a substituição da sigla ADP por PDP, o que reforça a dificuldade de se estabelecer um momento exato da criação das PDPs (PIMENTEL, 2018, p. 102).

Em artigo sobre a consolidação do marco regulatório das PDPs (OLIVEIRA et al., 2015, p. 3183) há um quadro explicativo que demonstra a evolução das portarias que definiram pontos importantes para as PDPs, conforme se vê a seguir⁴⁷:



É possível identificar três fases distintas na evolução das PDPs, quais sejam, o esboço inicial de sua criação entre 2009 e 2010, expansão e amadurecimento normativo, compreendendo o lapso entre os anos de 2011 e 2013, e efetivação, entre os períodos de 2014 até atualmente. Inclusive, há um quadro explicativo, denominado “Principais eventos na construção do marco institucional das PDPs”, trazido logo abaixo (PIMENTEL, 2018, p. 109):

⁴⁷ Figura 2- Linha do tempo da Política de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (Fonte: OLIVEIRA et al., 2015, p. 3183).

Quadro 4 Principais eventos na construção do marco institucional das PDP

Ano	Ministro da Saúde	Número de PDPs	Leis	Decretos	Portaria lista de estratégicos	Outras portarias ministeriais relevantes	Outros eventos
2007							Alianças para o Desenvolvimento Produtivo
2008	José Gomes Temporão	23 aprovadas (98 propostas)		Criação do GECIS (12 de maio de 2008)	Lista estratégicos (n. 978)	Preferência por produção local (Interministerial n. 128 e MS n. 3.031)	
2009							Primeiras PDPs celebradas
2010					Lista estratégicos (n. 1.284)		
2011				Plano Brasil Maior (n. 7.540)			Primeira aquisição por PDP (Tenofovir)
2012	Alexandre Padilha	85 aprovadas (165 propostas)	Hipótese de dispensa de licitação para saúde (n. 12.715)	Regulamenta a lista de estratégicos (n. 7.807)		Diretrizes e critérios para PDP (n. 837)	
2013					Lista estratégicos (n. 3.089)		"Caso Labogen"
2014	Arthur Chioro	9 aprovadas (37 propostas)			Lista estratégicos (n. 2.888)	Diretrizes e critérios para PDP (n. 2.531)	
2015					Inclui Anvisa no CD (n. 1.020)		
2016	Marcelo Castro						
2017	Ricardo Barros	25 aprovadas (79 propostas)		Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde (n. 9.245)	Lista estratégicos (n. 704)		Portarias de redistribuição (ns. 542, 1992 e 1993)

A explicação de cada um dos marcos institucionais que serviram na construção das PDPs foge do escopo deste tópico. Entretanto, por todo o exposto e pela visualização dos quadros explicativos expostos, é possível traçar uma visão geral da evolução das PDPs. Como marcos de alta relevância para as PDPs, pode-se apontar a criação do GECIS, em 2008, como programa governamental instituído ao objetivo das PDPs; a Portaria nº 837 de 2012, como primeira legislação voltada especificamente para as PDPs e a Portaria nº 2.531/14, que revogou a Portaria nº 837/12, trazendo diversos aprimoramentos em relação à legislação anterior⁴⁸.

⁴⁸ O novo regulamento foi construído a partir de auditoria da Controladoria Geral da União, posteriormente publicado em relatórios e colocado em consulta pública. A consulta pública recebeu 960 propostas de alterações de seus itens por meio da contribuição de 59 entidades diferentes, principalmente de associações de representativas (39%) e empresas e Laboratórios Oficiais (36%). As contribuições se concentraram nas Disposições Gerais (definições), nos critérios para a definição da lista de produtos estratégicos, no conteúdo mínimo para a elaboração de Proposta de Projeto de PDP e no fluxo do processo

As principais diferenças entre a Portaria nº 837/12 e a Portaria nº 2.531/14 podem ser vistas no quadro demonstrativo abaixo (VARRICHIO, 2017, p. 196):

QUADRO 2

Principais mudanças no marco regulatório das PDPs entre a legislação de 2012 e 2014

Mudança	Portaria nº 837/2012	Portaria nº 2.531/2014
Prazo máximo de execução da PDP	5 anos	10 anos
Definição das fases da PDP e suas exigências	inexistente	existente
Critérios de análise da proposta e fluxo de aprovação nas comissões	inexistente	existente e detalhado
Análise sobre o risco da proposta de PDP	inexistente	existente (projeto e relatórios)
Relatórios de acompanhamento	inexistente	quadrimestrais
Periodicidade de avaliação da PDP	anual	quadrimestral

Elaboração da autora, com base em Brasil (2012) e Brasil (2014).

A operacionalização das PDPs, por outro lado, perpassa pelas parcerias entre duas ou mais instituições públicas ou entre instituições públicas e empresas privadas. É um procedimento com diversas nuances e, exatamente por isso, não pretendemos expandir a análise, mas trazer de forma breve e objetiva a forma como ocorre essa execução.

No sítio eletrônico do MS, encontra-se um fluxograma detalhando cada uma das etapas das PDPs, são elas: (a) submissão de proposta; (b) avaliação e decisão – fase 1; (c) absorção e transferência de tecnologia – fase 2; (d) absorção e transferência de tecnologia com aquisição – fase 3; (e) internalização da tecnologia – fase 4. Cada PDP também será monitorada de forma contínua, da fase 2 até a fase 4, com o objetivo de se averiguar os avanços esperados no processo de produção, desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia.

Para a compreensão da condução das PDPs, faz-se necessário uma breve explanação acerca de cada uma das etapas apontadas no parágrafo acima. Os elementos formais das PDPs podem ser encontrados, em grande parte, no Decreto nº 9.245/17, em sua subseção II, entre o art. 8º e o art. 12, onde estão dispostas questões relativas aos contratos.

administrativo. A Portaria nº 837 de 2012 apresentava 2.640 palavras, enquanto a Portaria nº 2.531 de 2014 contém 12.650 palavras, um aumento de quase 5 vezes na formulação (PIMENTEL 2018, p. 105).

A submissão da proposta será feita pela instituição pública, em data determinada pelo Ministério da Saúde, conforme os requisitos estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Anexo XCV⁴⁹.

A etapa de avaliação e decisão (fase 1) corresponde à análise de viabilidade da proposta de projeto da PDP. Em caso de aprovação, haverá celebração do chamado termo de compromisso, realizado entre a instituição pública e o Ministério da Saúde. A fase de absorção e transferência de tecnologia (fase 2) corresponde ao início da implementação da proposta de projeto da PDP aprovada, do termo de compromisso e também do início do monitoramento. A etapa de absorção e transferência de tecnologia com aquisição (fase 3) corresponde ao começo do desenvolvimento do produto, bem como da transferência e absorção de tecnologia do laboratório privado, em termos práticos e efetivos. Nessa fase, também ocorre a celebração do contrato de aquisição do produto estratégico. A etapa final, de internalização da tecnologia (fase 4), corresponde ao fim do processo de desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia relacionado ao farmacêutico. Nessa etapa, existem perfeitas condições para a produção do medicamento objeto da PDP no país, com a consequente portabilidade da tecnologia pela instituição pública participante do processo.

O monitoramento das PDPs observa o cumprimento do cronograma estabelecido no projeto executivo, assim como o cumprimento das obrigações, deveres e responsabilidades definidos durante as fases do processo de estabelecimento da PDP. O monitoramento técnico terá a participação da ANVISA e obedecerá aos protocolos e critérios específicos⁵⁰.

Entretanto, anteriormente a qualquer tipo de proposta, o Ministério da Saúde pública a lista de produtos estratégicos para o SUS⁵¹. Logo, o escopo de cada proposta é limitado por uma lista pré-definida apresentada pelo Estado.

⁴⁹ O referido anexo XCV trata dos critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o SUS, do estabelecimento das PDPs e dos respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDPs e o respectivo monitoramento e avaliação.

⁵⁰ Dentre eles, o monitoramento do processo técnico de transferência e de absorção de tecnologia e do desenvolvimento das capacidades da instituição pública para o novo patamar tecnológico; análise de relatórios de acompanhamento enviados quadrimestralmente pela instituição pública ao Ministério da Saúde; realização de visitas técnicas anuais conjuntas nas unidades fabris públicas e privadas pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

⁵¹ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Conforme apontado acima, o processo de execução das PDPs tem início com a publicação da lista de produtos estratégicos do SUS. A lista é composta por dez grupos de produtos, dentre eles: fármacos e medicamentos, vacinas, soros, produtos biológicos de origem humana ou animal, equipamentos e materiais para saúde, produtos para diagnóstico e softwares (VARRICHIO, 2017, p. 193).

A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que traz a Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, traz em sua seção IV, art. 810, os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o SUS, o que significa seguir o Decreto nº 7.807/2012.

O Decreto nº 7.807/12, mencionado no referido art. 810, foi revogado pelo Decreto nº 9.245/17, que instituiu a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) e dispõe sobre os aspectos formais das PDPs, como já foi dito. Nessa vereda, a definição da lista de produtos estratégicos deve estar em consonância com o Decreto nº 9.245/17, pois as PNITS possuem objetivos que interessam e complementam as PDPs, que são consideradas instrumentos estratégicos das PNITS, conforme art. 4º da lei.

Posto isso, quaisquer definições e critérios que pretendam elencar determinado produto como estratégico, devem observar, necessariamente, aos objetivos das próprias PNITS, trazidos no art. 3º do Decreto nº 9.245/17⁵².

Todavia, o Anexo XCV, Capítulo II, da Portaria de Consolidação nº 5, traz critérios mais objetivos para que determinado produto possa ingressar na lista de produtos estratégicos. Destaca-se o art. 6º do referido anexo, qual seja:

Art. 6º A lista de produtos estratégicos de que trata o art. 5º será definida considerando-se:

I - Necessariamente os seguintes critérios: a) importância do produto para o SUS, conforme as políticas e os programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde; b) aquisição centralizada do produto pelo Ministério da Saúde ou passível de centralização; e c) interesse de produção nacional do produto e de seus insumos farmacêuticos ativos ou componentes tecnológicos críticos relevantes para o CEIS; e

⁵² Dentre os objetivos elencados no art. 3º que auxiliam na definição dos produtos estratégicos, estão o inciso 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”) e o inciso 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”).

II - adicionalmente pelo menos um dos seguintes critérios: a) alto valor de aquisição para o SUS; b) dependência expressiva de importação do produto para os programas e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito do SUS nos últimos 3 (três) anos; c) incorporação tecnológica recente no SUS; e d) produto negligenciado ou com potencial risco de desabastecimento.

A lista de produtos estratégicos é definida anualmente pelo Ministério da Saúde, que seguirá os critérios aqui expostos, de acordo com o art. 5ª do já referenciado Anexo XCV⁵³, "...sendo a primeira lista estabelecida através da Portaria GM/MS nº 978, de 16 de maio de 2008 sendo nova relação publicada através da Portaria GM/MS nº 1.284, de 26 de maio de 2010..." (OLIVEIRA et al., 2015, p. 8).

Como política pública ligada não apenas a área da saúde, mas também ao setor industrial, tanto que é fruto dos trabalhos louváveis do (extinto) Grupo Executivo para o Complexo Industrial da Saúde (GECIS), que trabalhava de forma coordenada com o MS, BNDS, Fiocruz, dentre outros. A intenção para além da assistência à população, é dar ênfase ao CEIS de forma tal que resulte em fomento para inovações tecnológicas ou aprimoramentos das tecnologias incorporadas através das PDPs (GUIMARÃES, 2014).

3.1.1. A evolução das PDPs ao longo dos anos

As fontes para análises de dados em relação às PDPs são muito escassas, pois o MS não cumpre o dever assumido no marco regulatório da política pública com a portaria lançada em 2014 em manter os dados das parcerias sempre atualizados.

Porém, apesar de toda a dificuldade encontrada, empreendemos esforços para encontrar alguns dados utilizados no presente trabalho, apenas a título ilustrativo, uma vez que se trata de pesquisa qualitativa.

Nesse ínterim, o MS alega que houve uma economia de R\$3,02 bilhões entre 2011 e 2016 com a compra pública por meio das PDPs (IPEA, 2018, *on-line*).

⁵³ Art. 5º O Ministério da Saúde definirá, anualmente, a lista de produtos estratégicos para o SUS em conformidade com as recomendações expedidas pelo Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS). § 1º A lista de que trata o *caput* será editada por ato do Ministro de Estado da Saúde e observará o disposto nos arts. 4º e 6º do Anexo XCV. § 2º O Ministério da Saúde poderá efetuar consultas específicas a órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas no tema, e consultas públicas antes de definir a lista de produtos estratégicos para o SUS, sem prejuízo das recomendações expedidas pelo GECIS, conforme disciplinado no Decreto nº 7.807, de 17 de setembro de 2012.

Em reunião promovida junto ao MS, os dados encontrados foram: 104 parcerias formalizadas, dentre as quais: 97 produtos acabados, sendo 66 medicamentos, 7 vacinas, 19 produtos para saúde e 5 processos de P&D. A média estimada de economia com a compra pública foi de R\$4,1 bilhões por ano em relação aos produtos constantes nas PDPs (BRASIL, 2014, *on-line*).

As contas apresentadas acima, refletem situações que ocorreram com medicamentos como a “Clozapina”, por exemplo, que foi uma PDP realizada junto ao Laboratório Farmacêutico de Pernambuco. O valor unitário do fármaco desde o início do convênio até o ano da divulgação de dados pelo MS, revelou uma queda no valor unitário do medicamento de R\$1,69, para R\$1,37 (VARRICHO, 2017, p. 207).

Em outro estudo, mas na mesma linha, segue análise da Fiocruz:

Entre 2009, ano que marca o início deste programa, e o final de 2014, quando ocorre o processo de revisão do marco regulatório das PDPs (Portaria nº2.531, de 12 de novembro de 2014), foram aprovadas 105 propostas de parceria, envolvendo 19 laboratórios públicos e 50 laboratórios privados. Nessas propostas foram contemplados 61 medicamentos, seis vacinas, 19 produtos para a saúde e cinco equipamentos. Em 2014, as compras públicas relacionadas com o programa de PDPs foram responsáveis por R\$ 2,7 bilhões, ou cerca de um terço (31%) da despesa total do Ministério da Saúde com medicamentos que pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Adicionalmente, entre 2011 e 2014, as compras públicas realizadas por intermédio das PDPs representaram uma receita de R\$ 9,1 bilhões para os produtores públicos (FIOCRUZ, 2017, p. 19).

Em uma auditoria externa realizada pela Controladoria Geral da União (CGU), ficou demonstrado:

O fármaco *Imatinibe* fornecido pelo IVB teve um total de compras de 450 milhões de reais em duas concentrações (100 e 400 mg), antes das PDP o fármaco foi vendido ao MS por R\$ 20,6 e R\$ 82,4 respectivamente. A PDP registrou compras da concentração de 100mg nos valores unitários de R\$ 17,51, R\$ 16,63, R\$ 15,74, R\$ 13,13 e R\$ 12,25, enquanto para a concentração de 400mg o valor inicial era de R\$ 82,4 e as compras realizadas com valores de R\$ 66,54, R\$ 63,21, R\$ 52,00, R\$ 49,40). O laboratório Farmanguinhos vendeu a concentração de 400mg por R\$ 66,54, R\$ 63,21, R\$ 52,00, R\$ 49,40, totalizando uma economia de R\$ 194 milhões caso o preço inicial fosse praticado. A *Cabergolina* foi vendida antes da PDP ao MS por um preço unitário de R\$ 14,33 e durante a PDP por 8,50, R\$ 8,08, R\$ 7,67 que totalizam uma economia de R\$ 45,5 milhões. Da mesma forma o *Micofenolato de sódio* era vendido em duas concentrações inicialmente por R\$ R\$ 2,74 e 5,47, os preços sofreram reduções até

R\$ 1,57 e R\$ 2,75 respectivamente, perfazendo uma economia de R\$ 71,5 milhões. Um grande exemplo de PDP que não teve seu cronograma de internalização cumprido, até hoje não teve tecnologia internalizada, mas mesmo assim o Estado teve vantagem, é de fator VIII recombinante. Os preços iniciais eram de R\$ 2,17, R\$ 1,42, R\$ 1,42 para as três concentrações utilizadas, que foram reduzidos até 1,20 e fazendo uma economia total da ordem de R\$ 2 bilhões de reais (BRASIL, 2019, p. 92).

Ademais, os valores gastos com a aquisição de fármacos para distribuição pelo SUS sofreram uma queda, como mostrado acima. Frise-se que tal montante seria gasto com ou sem a economia proporcionada pela política pública estratégica, uma vez que, tratando-se do direito fundamental à saúde, se não fosse providenciado pela via administrativa, poderia ser objeto de judicialização, o que poderia causar o efeito oposto, deixando a compra pública mais cara.

Pode-se afirmar, enfim, que as PDPs ampliam a quantidade de participantes no mercado e inclui laboratórios públicos no parque produtivo, tornando o poder público um ator capaz de enfrentar oligopólios (BRASIL, 2019, p. 91).

3.2. A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)

3.2.1. Conceito e proposta

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), parte integrante da Política Nacional de Saúde e aprovada com a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, constitui-se como um elemento de alta relevância para a implementação de ações para promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Enquanto a legislação que aprovou a PNM é breve⁵⁴, o texto da Política em si possui quarenta páginas, incluindo apresentação do texto, prefácio, introdução e justificativa, diretrizes, prioridades, responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, além de uma seção sobre o acompanhamento e a avaliação, além de um anexo conceituando cinquenta termos utilizados ao longo do texto.

⁵⁴ De fato, a portaria nº 3.916 se constitui basicamente de três considerações e um único artigo, qual seja, o art. 2º, que determina “que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.” O art. 1º e o art. 3º trazem apenas conteúdo formal sobre aprovação e vigência.

Diferentemente de outras normas sobre políticas públicas de saúde, o conceito da Política Nacional de Medicamentos não é encontrado na Portaria nº 3.916, mas somente no texto que traça os parâmetros da PNM. Na verdade, a conceituação da PNM se confunde com a própria proposta, pois a definição é feita levando em consideração os objetivos da própria política. Desta forma, talvez o melhor conceito seja aquele trazido na própria apresentação da Política Nacional de Medicamentos, pelo então Ministro da Saúde, José Serra:

Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais". Com esse intuito, suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária.

A presente Política observa e fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua efetivação (SERRA, 1998, p. 5).

Inexistindo grandes diferenças entre as propostas da PNM e o conceito descrito, resta especificar, brevemente, cada um dos objetivos da política, especialmente as diretrizes e prioridades, que ocupam oito páginas e seis páginas do texto, respectivamente. Entretanto, antes mesmo de apresentar as diretrizes e prioridades da Política, é necessário trazer uma breve síntese sobre a seção de justificativa da política para se estabelecer as condições de acesso a medicamentos no período de implementação da PNM.

A justificativa aponta uma situação não muito distinta da vivida atualmente pelo Brasil, no ano de 2021, ou seja, mais de vinte anos depois da publicação da Portaria nº 3.916/98. Já naquela época, por exemplo, se falava das demandas geradas pelo envelhecimento populacional, interferindo na demanda dos medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônicas, assim como o aumento na demanda daqueles utilizados para tratar doenças cardiovasculares e reumáticas, assim como diabetes.

Simultaneamente, o mercado farmacêutico brasileiro já era um dos maiores do mundo, ocupando, à época, o quinto lugar. Outro ponto destacado na justificativa é a desarticulação da assistência farmacêutica, de forma que não existia prioridade no uso de produtos padronizados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) e se observava constantemente o desabastecimento de medicamentos, mitigando a eficácia das políticas de assistência. Também já se observava uma grande discrepância entre o gasto dos mais ricos em comparação com os mais pobres: na época, 15% da população tinha renda acima de dez salários mínimos, mas consumia 48% do mercado farmacêutico total, enquanto a população que apresentava entre zero e quatro salários mínimos, correspondendo na época a 51% da população, apenas consumia 16% do mercado.

Sendo um país em desenvolvimento, o Brasil também apresentava, e ainda apresenta, tanto as doenças e os agravos de países mais pobres, como as doenças e os agravos de países desenvolvidos, havendo, por exemplo, um alto índice de mortalidade por violência e acidentes de trânsito, assim como malária, dengue e AIDS, ao lado de doenças crônicas, típicas de uma população envelhecida, que também ocupam lugar de destaque. Foi nesse contexto que surgiu a PNM, exatamente com o intuito de aprimorar a assistência farmacêutica e permitir a plena eficácia dos planos governamentais.

Embora a Política Nacional de Medicamentos tenha surgido antes das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo e antes do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, além de seu escopo básico que é o fornecimento de medicamentos para os usuários do SUS, o documento tem como objetivos o desenvolvimento científico e tecnológico e a promoção da produção de medicamentos, razão pela qual optou-se por agregar essa política pública no presente estudo, haja vista que ela mantém uma relação próxima com as PDPs e relação indireta com o CEIS.

As diretrizes da PNM são voltadas aos gestores do SUS, em todas as esferas governamentais, para que atuem em parceria, visando "... assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível..." (BRASIL, 1998, p. 12). Neste sentido, são diretrizes da PNM: (i) adoção de relação de medicamentos essenciais; (ii) regulamentação sanitária de medicamentos; (iii) reorientação da assistência farmacêutica; (iv) promoção do uso racional de medicamentos; (v) desenvolvimento científico e tecnológico; (vi) promoção da produção de medicamentos; (vii) garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e (viii) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Destarte, algumas diretrizes são relativamente autoexplicativas, como a primeira (adoção do RENAME), enquanto outras dependem de maiores detalhes e

explicações para uma maior compreensão, como é o caso da terceira diretriz⁵⁵, de reorientação da assistência farmacêutica, que “... conjugou dispositivos de promoção do acesso a medicamentos por meio da ampliação da disponibilidade de produtos da rede do SUS.” (VASCONCELOS et al., 2017, p. 2611).

Todas as diretrizes da PNM, em maior ou menor grau, alteraram a política de Assistência Farmacêutica (AF), não só em termos formais ou legais, mas principalmente práticos. Os mecanismos de financiamento do SUS e da AF foram se reorganizando, de forma que, em 2006, estabeleceu-se a divisão de três componentes de financiamento: o básico, o especializado e o estratégico. A Assistência Farmacêutica básica abastece as unidades de Atenção Primária em Saúde, ampliando sua cobertura largamente após o PNM, através do modo de financiamento tripartite, chegando a quase quadruplicar os valores gastos com assistência farmacêutica *per capita*. O RENAME também foi alargado através dos componentes de financiamento, alcançando mais de 800 itens (VASCONCELOS et al., 2017).

A premissa básica do PNM, seria a seguinte:

...a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, respeitando as necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos - preocupação pertinente, diante de fracassos anteriores com a experiência centralizadora da extinta Ceme. O gestor federal, a partir desse momento, passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica. A partir de então se dá início ao processo de descentralização da AF no SUS (OLIVEIRA et al., 2010, p. 3564).

De fato, as regras conversam com as mudanças das políticas públicas de saúde no Brasil, notadamente após a Constituição de 1988 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. A quinta diretriz (desenvolvimento científico e tecnológico) e a sexta (promoção da produção de medicamentos) são muito semelhantes, inclusive,

⁵⁵ A diretriz de reorientação da assistência farmacêutica foi uma das mais ambiciosas de toda a Política Nacional de Medicamentos, pois visava uma ampla reestruturação na seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos e na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, além da redução nos preços dos produtos, trazia pressupostos bem delimitados, de ordem epidemiológica, para a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos. No mesmo sentido: “Essa reorientação significava implementar o princípio da descentralização também para a gestão de medicamentos, que envolveu a definição de responsabilidades de financiamento, aquisição e distribuição de medicamentos.” (VASCONCELOS et al., 2017, p. 2611).

próximas aos objetivos das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), sobretudo pelo interesse no desenvolvimento de tecnologia através da produção interna de medicamentos. Isso demonstra que as políticas públicas de saúde surgiram e se desenvolveram através de uma perspectiva semelhante, integrada, com respaldo no direito constitucional à saúde.

Quanto às prioridades da PNM, percebe-se que muitas delas foram traçadas com base nas falhas pregressas de alguns aspectos da política de assistência farmacêutica. Ou seja, enquanto as diretrizes estabelecem novos caminhos a serem seguidos pelos gestores, as prioridades preocupam-se mais em corrigir ou impedir os erros já observados, de forma a evitar que o avanço em uma diretriz possa significar alguma forma de retrocesso em outra direção. Prioriza-se aquilo que já foi observado como um comprovado problema que necessita de atenção.

As prioridades, como colocado na redação da PNM, "...configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento" (BRASIL, 1998, p. 21). Desta forma, são prioridades da Política Nacional de Medicamentos: (i) revisão permanente da RENAME; (ii) assistência farmacêutica; (iii) promoção do uso racional de medicamentos e (iv) organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

Apesar do avanço legislativo e da evolução das políticas públicas de assistência farmacêutica, na tentativa de corrigir erros pretéritos e aperfeiçoar os institutos políticos, ainda existe uma grande dissonância entre as leis, portarias e políticas consolidadas, e a realidade fática dos diversos municípios brasileiros. Neste sentido:

...grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de ABS. Além disso, a dispensação na maioria das unidades é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, e em muitas unidades as condições de armazenamento dos medicamentos são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Outro problema encontrado é a prescrição de medicamentos que não pertencem à RENAME, comprometendo o acesso dos usuários à farmacoterapia (OLIVEIRA et al., 2010, p. 3565).

Como pontuam os autores, mais de doze anos após a instituição da PNM, ainda se observam problemas e obstáculos, notados antes mesmo da implementação da política. Isso não significa dizer, entretanto, que a proposta da PNM foi equivocada. Essa política foi bem construída, em observância aos desafios apresentados pelo país. A dificuldade de aplicação da política, entretanto, parece impedir que seja efetivada em sua integralidade, a despeito dos avanços trazidos com a transferência tecnológica das PDPs e do paulatino crescimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil (OLIVEIRA et al., 2010).

3.2.2. Os medicamentos genéricos e a PNM

Seguindo uma tendência internacional, observada principalmente nos países centrais, o Brasil adotou políticas de regulação dos medicamentos genéricos e similares no final da década de 1990, quando também foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a lei nº 9.782/99. A regulamentação dos genéricos se iniciou com a lei nº 9.787/99, que alterou a lei nº 6.360/76, dispendo sobre a vigilância sanitária, o medicamento genérico, a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos, dentre outras coisas. A Lei do Genérico também traz diversas definições, dentre elas, sobre o medicamento similar, o medicamento genérico e o medicamento de referência⁵⁶, estabelecendo distinções importantes.

Já a Política Nacional de Medicamentos, por outro lado, faz menção aos medicamentos genéricos por diversas vezes, como em sua segunda diretriz (regulamentação sanitária de medicamentos), em sua quarta diretriz (promoção do uso racional de medicamentos), assim como na sexta (promoção da produção de

⁵⁶ De acordo com a Lei nº 9.787/99, medicamento similar é aquele contém os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência registrado na ANVISA, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca; o “medicamento genérico” é aquele similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade; o chamado “medicamento de referência” é o produto inovador registrado na ANVISA e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. O “produto farmacêutico intercambiável” é o equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança (BRASIL, 1999).

medicamentos) e na oitava diretriz (desenvolvimento e capacitação de recursos humanos). Eles também são citados na terceira prioridade (promoção do uso racional de medicamentos) da PNM, inclusive, com uma subseção exclusiva (item 4.3.2) sobre registro e uso de medicamentos genéricos, da seguinte forma:

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos: a) estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos; b) estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade; c) levantamento e utilização da infraestrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios; d) identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos; e) estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional. (BRASIL, 1998, p. 24).

Sendo assim, é evidente que os medicamentos genéricos fazem parte da Política Nacional de Medicamentos de forma relevante, contribuindo também à Assistência Farmacêutica (AF) e ao amplo acesso a medicamentos pela população brasileira, na medida em que atua como regulador de preços, diminuindo muitas vezes o preço dos fármacos.

Em um estudo econômico realizado por Marislei Nishijima, a autora conclui que os medicamentos pioneiros de marca sofreram diminuição em seu preço após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado, sugerindo que o aumento da concorrência foi fator predominante para tal ocorrência. Conseqüentemente, a autora aponta que, do ponto de vista de bem-estar da população, a diminuição dos preços é um ponto de melhoria para os consumidores, que poderão ter acesso a medicamentos de forma menos onerosa, como debatido no trecho a seguir:

Os resultados deste artigo apontam para um efeito negativo sobre os preços dos medicamentos pioneiros de marca que se tornaram referência em resposta à entrada dos genéricos em seus respectivos mercados. Além disso, sugerem que os preços dos medicamentos de referência são sensíveis negativamente ao aumento do número de genéricos em seus mercados. Estas tendências são particularmente interessantes do ponto de vista do bem-estar da sociedade brasileira, pois se os preços dos medicamentos de marca são reduzidos como resposta ao aumento da concorrência, então, tende a ocorrer uma queda no custo de tratamento de males ou doenças, e conseqüentemente, uma melhora para os consumidores, pois o medicamento genérico, pela própria lógica de concorrência, entra com

preço menor que o do seu medicamento de referência (NISHIJIMA, 2008, p. 204).

A autora também construiu uma tabela, sobre diferenças entre a média dos preços dos medicamentos referência de genéricos, em relação à média dos preços dos demais medicamentos, logo a seguir (NISHIJIMA, 2008, p. 194).

Tabela 1 – Diferenças em diferenças do efeito da entrada de genéricos sobre a média dos preços dos medicamentos de marca

		Preços em dólares correntes					
Medicamentos de Marca		1999	2000	2001	[2001]-[2000]	[2001]-[1999]	n. obs.
Referência (R)		12,93	13,44	12,33	-1,11 (-5,37)	-0,60 (-4,46)	504
Não-Referência (NR)		8,43	8,78	8,22	-0,56 (-20,66)	-0,21 (-13,62)	4467
	(R)-(NR)	4,5	4,66	4,11	-0,55 (-3,94)	-0,39 (-1,80)	
		Preços em reais de 1999					
Medicamentos de Marca		1999	2000	2001	[2001]-[2000]	[2001]-[1999]	n. obs.
Referência (R)		22,98	22,95	22,29	-0,66 (-3,26)	-0,69 (-1,70)	453
Não-Referência (NR)		14,63	14,61	14,18	-0,43 (-16,44)	-0,43 (-5,52)	5361
	(R)-(NR)	8,35	8,34	8,11	-0,23 (-2,80)	-0,26 (-1,40)	

Por todo o exposto, se torna claro que as políticas públicas voltadas à saúde, em especial a PNM, possuem grande interesse nos medicamentos genéricos, exatamente para atingir os objetivos propostos de redução dos custos⁵⁷ ampliação do acesso aos medicamentos e capacidade de produção própria.

A sexta diretriz da PNM, que versa sobre a produção de medicamentos, dispõe explicitamente sobre o interesse do governo em aumentar a fabricação de medicamentos genéricos pelo Complexo Industrial-Econômico da Saúde, através de ações articuladas entre os diferentes ministérios e esferas governamentais, incluindo também a produção de matéria-prima e insumos necessários aos referidos medicamentos (BRASIL, 1998, p. 19).

Ao mesmo tempo, a segunda diretriz da PNM, sobre a regulação sanitária de medicamentos, dispõe sobre diversas questões envolvendo os medicamentos genéricos, para que os gestores possam adequar à legislação nacional a entrada dos genéricos no mercado⁵⁸, demonstrando que o governo sempre esboçou o interesse

⁵⁷ De acordo com a legislação vigente, o medicamento genérico deve ser comercializado por, no mínimo, 35% mais barato que o medicamento original.

⁵⁸ Lembrando que a Política Nacional de Medicamentos foi introduzida em 1998, antes da legislação sobre os medicamentos genéricos, em 1999. Sendo assim, algumas disposições

de incorporar os medicamentos genéricos em sua política pública de assistência farmacêutica. Essas adequações, segundo a própria PNM, seriam:

(I) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais – bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos (II) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública; (III) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve; (IV) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

Até mesmo a quarta diretriz da PNM, que dispõe sobre o uso racional de medicamentos, trata dos medicamentos genéricos, visto que, como aprovação geral do governo na utilização dos genéricos como instrumento para aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, a consolidação do uso dos genéricos significaria redução de custos sem prejuízo de redução de eficácia ou confiabilidade. A oitava diretriz, que traça planos para o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, também menciona os genéricos, para que não só os gestores, mas todos aqueles que trabalhassem na área de assistência farmacêutica, pudessem se capacitar em relação aos medicamentos genéricos. Desta forma, pela leitura empreendida, a PNM está intimamente relacionada com os medicamentos genéricos.

3.3. PRINCIPAIS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESENVOLVIMENTO NA INDÚSTRIA DA SAÚDE

3.3.1. Objetivos, princípios e critérios da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90)

A Lei nº 8.080/90, chamada de Lei Orgânica da Saúde dispõe, conforme seu caput, "... sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências." Em suma, essa lei regula as ações e serviços de saúde em todo o

da PNM estão relacionadas exatamente à devida adequação e preparação, ocasionadas pela introdução dos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro.

território nacional, prestados por pessoas naturais ou jurídicas e estabelece, entre outras coisas, os princípios, diretrizes e objetivos do SUS.

Para compreender a lógica dos diversos princípios e dos direcionamentos da Lei Orgânica da Saúde, é necessário um brevíssimo relato da trajetória do direito à saúde no Brasil, pois esta trajetória está intimamente ligada à promulgação da Lei nº 8.080 e a criação do SUS. Pode-se dizer, inclusive, que os objetivos e princípios do SUS foram guiados pelos erros e acertos da história da saúde em nosso país.

Um dos primeiros esboços de direito à saúde surgiu com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), proposta no começo dos anos 20 por Eloy Chaves. As CAPs eram organizadas pelas empresas e administradas em conjunto com os trabalhadores. Não tinham financiamento governamental e não abarcavam todas as empresas, sendo adotadas comumente apenas por empresas de maior porte. Garantia-se os benefícios para o trabalhador e toda sua família, tais como assistência médica e farmacêutica, aposentadoria e pensões para os herdeiros. Era uma forma de seguro, condicionado ao trabalho, disponível para uma parcela muito pequena da população (MATTA et al., 2007, p. 35-36).

No governo Getúlio Vargas, na década de 1930, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). A política de proteção aos trabalhadores, bem como a definição de toda infraestrutura legal e material de assistência médica individualizada, foram alguns dos traços do direito à saúde alcançados na época. Nesse período foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), constituindo um marco inicial de um sistema amplo de proteção social.

Já na década de 1960, depois das Caixas e dos IAPs, ocorreu a unificação de todos os Institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ampliando-se a cobertura (e o direito à saúde) para todos os assalariados urbanos. A solução adotada pelo governo para o grande aumento de demanda foi não prestar os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada. Desta forma, as políticas públicas voltadas à saúde acabaram por desenvolver o mercado privado da área, evidenciando uma dualidade na prestação dos serviços. Também neste período houve subsídio governamental para que as empresas prestassem auxílio aos seus empregados sendo, de certa forma, o berço dos planos de saúde (MENICUCCI, 2014, p. 79).

As consequências do maior incentivo à assistência à saúde através do setor privado em detrimento do público foram muitas. A desigualdade no acesso aos

serviços de saúde, privilegiando-se os grandes centros urbanos, a falta de integração entre as instituições do setor, que não foram pensadas para atuarem em conjunto, mas isoladamente, e a falta de recursos financeiros para custear o sistema, foram alguns dos problemas enfrentados à época. Pode-se dizer que sistema de saúde brasileiro, a partir da década de 1980, entrou em verdadeiro colapso, seja pelos gastos⁵⁹ do governo, que se tornaram inviáveis à manutenção do sistema, seja pela ineficiência em atender de forma satisfatória aos anseios da população brasileira, com uma gestão excessivamente centralizada e sem a participação dos maiores interessados.

O marco para início da reforma do sistema de saúde brasileiro ocorreu em março de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde e contou com a participação da sociedade civil e diversos setores interessados. Pode-se afirmar que essa Conferência deu início ao que conhecemos hoje como SUS (DUARTE, 2020, p. 136).

Como ressaltado por Noronha, Lima e Machado (2008), os principais temas debatidos na conferência foram a reformulação do sistema de saúde, a sustentabilidade financeira do setor e o direito amplo e irrestrito à saúde. O relatório da Conferência – que serviu como base para os direitos à saúde na Constituição de 1988 – destacou pontos importantes, relacionados aos principais temas, tais como: a criação do Sistema Único de Saúde; o dever do Estado em prover assistência à saúde e a atenção às medidas preventivas na saúde. As conclusões levantadas pela 8ª Conferência escancararam os problemas vividos na área da saúde e deixaram claro que uma mera reforma administrativa ou financeira não resolveria o problema, sendo necessário novas medidas para a solução esperada.

A Lei nº 8.080/90, que instituiu o SUS, procurou traduzir diversas das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde como princípios, dispostos para

⁵⁹ Quanto aos diversos incentivos e renúncias fiscais promovidos pelo governo, como incentivo ao sistema de assistência à saúde pela iniciativa privada: "... é importante chamar a atenção para a decisão, também da década de 1980, quanto aos incentivos fiscais dados inicialmente às empresas empregadoras para deduzir de seus lucros o gasto com assistência à saúde para seus empregados e, portanto, obter redução no imposto de renda. Posteriormente, quando o mercado se expande também fora das empresas, vendendo planos de saúde individuais, verificamos mais uma vez os incentivos fiscais para pessoas físicas, a renúncia fiscal, podendo ser descontados no imposto de renda os gastos com a saúde (MENICUCCI, 2014, p. 80)".

guiar e esclarecer os objetivos do SUS e o papel do Estado na promoção da assistência à saúde. Veja-se, por exemplo, o art. 2º e o art. 5º da referida legislação:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

(...)

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas

Simultaneamente, a lei nº 8.080 também traz, em seu artigo 4º, a própria definição do SUS, inclusive apontando o papel da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Entretanto, é o capítulo II da legislação, intitulado “dos princípios e diretrizes”, através do art. 7º e seus incisos, que mais diretamente dispõe sobre todas as conclusões levantadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. No capítulo, delimita-se que as ações e os serviços públicos de saúde serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988⁶⁰, ou seja,

⁶⁰ O texto do art. 198, bem como seus incisos, dispõe que “... as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988) e deverão seguir as diretrizes de descentralização, atendimento integral,

constitucionalizando-se as próprias diretrizes que servirão para guiar a Lei Orgânica da Saúde:

O referido art. 7º da lei nº 8.080 também traz quatorze incisos, contendo cada um deles diferentes princípios aos quais o SUS deve obedecer. Alguns dos princípios mais relevantes e que denotam uma mudança no paradigma da política estatal são: universalidade de acesso aos serviços de saúde (inciso I); integralidade de assistência (inciso II); igualdade da assistência à saúde (inciso IV); participação da comunidade (inciso VIII); descentralização político-administrativa (inciso IX); conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de assistência à saúde da população (inciso XI) e organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral (inciso XIV).

Como já evidenciado, é facilmente percebido pelos diversos artigos apresentados, que a Lei Orgânica da Saúde foi uma mudança drástica em relação ao que vinha sendo feito anteriormente em termos de saúde pública no Brasil. A universalização e integralidade de assistência superam os modelos defasados do começo do século XX, enquanto a igualdade de assistência e a participação da comunidade representam clara evolução em comparação aos modelos da segunda metade do século XX.

Cabe enfatizar o inciso IX do art. 7º, que cuida da descentralização político-administrativa do SUS. Ambas as alíneas do referido inciso destacam a descentralização dos serviços para os municípios, assim como a regionalização da rede de serviços de saúde, demonstrando novamente outra mudança evidente em relação às políticas de saúde anteriores, que tinham um viés centralizador. A municipalização da saúde permitiu que o acesso à saúde pública fosse administrado por aqueles que estão mais próximos do problema, na ponta, com maior capacidade de compreender os problemas específicos daquela região, tornando o Sistema mais eficiente e capaz de atender às reais demandas da população local.

3.3.2. O subfinanciamento e a escassez de tecnologia no setor

priorizando-se ações preventivas no cuidado à saúde, assim como a devida participação da comunidade para a construção e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

Apesar de todas as inovações legislativas trazidas pela Lei Orgânica da Saúde e, posteriormente, pela legislação que regulamente as PDPs, o setor de produção e inovação em saúde no Brasil ainda sofre com o subfinanciamento, o que, em consequência, reduz a capacidade de inovação do país, levando à escassez de tecnologia. Pode-se dizer, inclusive, que a criação do instrumento das PDPs é consequência direta desta insuficiência, pois foi criada especificamente para transferir e internalizar novas tecnologias para o setor da saúde.

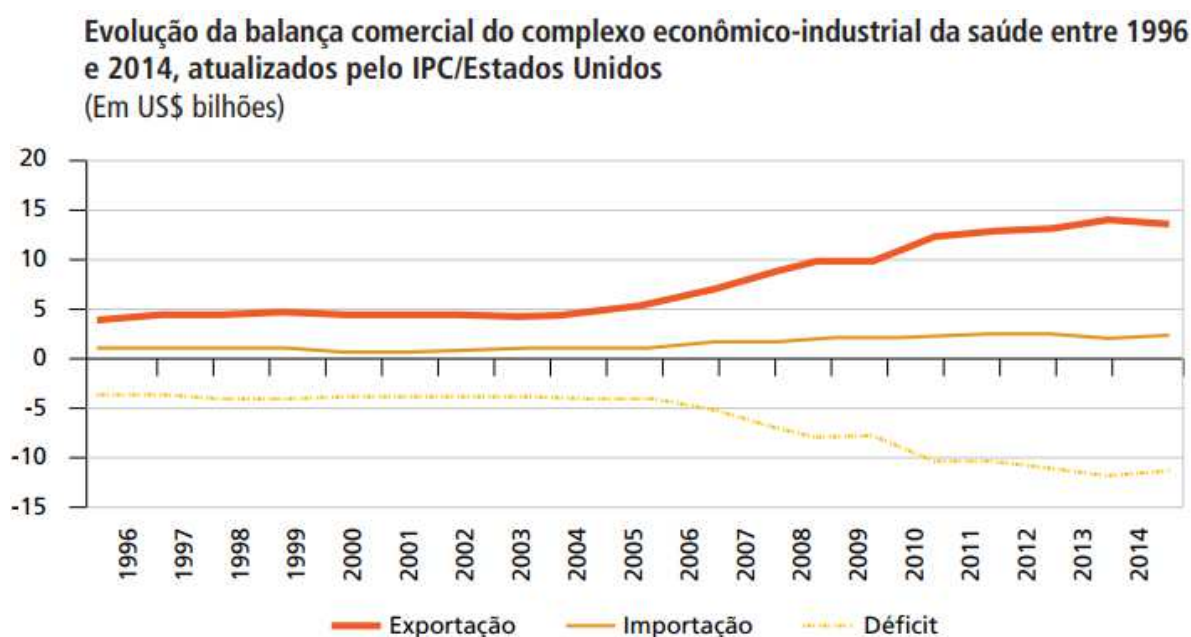
O setor da saúde, entendendo-se⁶¹ como um “... conjunto de atividades com bases de conhecimento comuns realizadas para a produção de um conjunto determinado de produtos que atendem demandas existentes ou emergentes” (PIMENTEL, 2018, p. 13), é um caso típico de segmento altamente intensivo em ciência, sendo classificado, segundo os critérios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como um setor de alta tecnologia (VARRICHIO, 2017, p. 183). Exatamente por ser caracterizado dessa maneira, o investimento para a inovação e criação de novas tecnologias é elevado, especialmente por causa do processo de pesquisa e desenvolvimento (P&D), reconhecidamente complexo e caro. Do estágio inicial de desenvolvimento de um medicamento até sua aprovação para comercialização, costumam-se passar muitos anos, com um custo de milhões de reais.

Desta forma, o subfinanciamento leva, necessariamente, à dependência de importações de medicamentos e escassez na produção de tecnologia própria. A preocupação com a diminuição das fragilidades das políticas públicas de saúde, mesmo com a elaboração de instrumentos como as PDPs, deve considerar que a base produtiva brasileira ainda não é robusta, prejudicando a própria assistência à saúde, de forma que as novas legislações e políticas públicas, elencando a saúde como papel de destaque no desenvolvimento nacional, não se mostram suficientes para a resolução do problema. Ou seja, mesmo com todo o avanço na área legislativa e de políticas públicas, o subfinanciamento tem como consequência a fragilização do

⁶¹ A delimitação de um setor passa pela especificação de três variáveis principais: (i) os produtos ou serviços, as bases de conhecimento e os campos tecnológicos relevantes para sua produção; (ii) os principais atores (consumidores, cientistas, empreendedores), organizações (empresas, universidades, departamentos de P&D, governo, bancos) e redes (sindicatos, associações empresariais, grupos de pesquisa que atuam nessas nos campos tecnológicos especificados) e; (iii) as instituições relevantes que moldam a ação de atores, organizações e redes integrantes do setor, como leis de propriedade intelectual, normas técnicas, convenções setoriais, dentre outras (PIMENTEL, 2018, p. 14).

sistema como um todo, remontando à concepção sistêmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, pois não é possível pensar no setor da saúde e na política de assistência sem se pensar na esfera econômica.

O próprio déficit da balança comercial do Complexo Econômico-Industrial da Saúde revela a dependência brasileira pela tecnologia estrangeira, conforme o gráfico a seguir (VARRICHIO, 2017, p. 184):



A autora que apresenta o gráfico também faz análise sobre as atividades, no Brasil, que envolvem o desenvolvimento e produção de medicamentos e fármacos, chegando à seguinte conclusão:

Tomando as atividades que envolvem o desenvolvimento, escalonamento, produção e aplicação de fármacos de forma sistêmica e integrada, é possível afirmar que essas atividades caracterizam-se no Brasil, por: i) dependência tecnológica; ii) oligopólio com elevada barreira à entrada; iii) domínio de empresas multinacionais; iv) crescente e robusto déficit; e v) em que pese serem classificadas como de alta tecnologia, no Brasil tais atividades são geralmente importadoras líquidas de tecnologia. (VARRICHIO, 2017, p. 184)

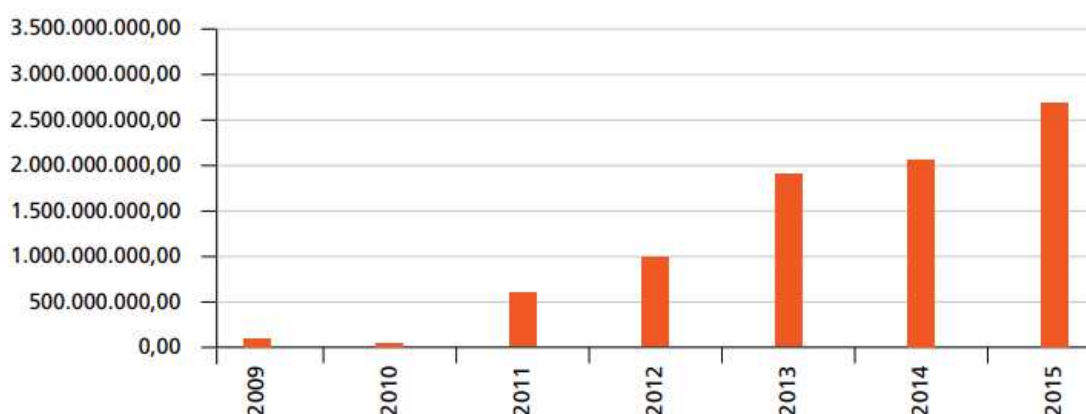
A dependência tecnológica, bem como todas as outras questões apontadas pela autora, evidenciam o subfinanciamento do setor da saúde, ocorrido, como demonstrado no tópico anterior, há muitas décadas. A falta de investimento em pesquisa e desenvolvimento, bem como a opção pela assistência à saúde através do

setor privado nas décadas de 1970 e 1980, são fatores decisivos que levaram o Brasil à dependência da tecnologia estrangeira. As PDPs surgiram exatamente para tentar suprir essa demanda, diminuindo a dependência e o déficit resultantes da escassez de inovação e tecnologia no setor de medicamentos no Brasil.

As PDPs são uma tentativa de superação da condição de pouca tecnologia no setor da saúde, através de parcerias que envolvem acordos entre diferentes instituições para que ocorra o desenvolvimento, a transferência e a absorção de tecnologia de produtos estratégicos para o referido setor. As aquisições de medicamentos e produtos no âmbito das PDPs, pelo SUS, cresceu vertiginosamente entre os anos de 2009 e 2015, indicando, a princípio, um maior investimento governamental no setor. Vejamos o seguinte gráfico (VARRICHIO, 2017, p. 187):

GRÁFICO 3

Evolução do total das compras governamentais realizadas pelo SUS, no âmbito das PDPs, entre 2009 e 2015, em valores nominais



No entanto, frise-se que o apontamento feito no presente tópico refere-se ao Brasil, no sentido de subfinanciamento público no setor da saúde. Tal realidade não se opera de forma universal, conforme demonstrado por Mazzucato, inclusive no que tange a indústria farmacêutica de países desenvolvidos, que financiam amplamente inovações farmacológicas (2014).

3.3.3. Os elevados gastos privados com medicamentos

A partir da lei n° 8.080/90, o paradigma das políticas voltadas à saúde sofreu grandes mudanças, tanto em termos institucionais quanto legais. Alguns exemplos são a política de medicamentos genéricos, adotada pelo Brasil em 1999, a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁶², em 2004, além da criação de programas regionais e locais para a compra de medicamentos considerados essenciais, como o programa Farmácia Popular do Brasil⁶³. Entretanto, a despeito destes programas, políticas e mudanças na legislação, a população ainda gasta uma grande parte da renda familiar com medicamentos, demonstrando-se que, mesmo com todos os esforços, o acesso pleno à saúde através das políticas públicas ainda é limitado ou insuficiente.

De acordo com o IBGE (2010), o gasto familiar com saúde só não é maior que os gastos com habitação, alimentação e transporte. As famílias brasileiras gastam, em média, 7,2% de suas despesas com a saúde. Ainda, também de acordo com o IBGE, o gasto médio com medicamentos representa quase metade dos gastos realizados com a saúde, demonstrando-se que os gastos privados com medicamentos são normalmente elevados e representam parte significativa da renda familiar.

Se for levada em consideração apenas a parcela mais pobre da população, o gasto com medicamentos é ainda mais elevado. As famílias de baixa renda que precisam comprar medicamentos gastam entre 16 e 22% de seu rendimento apenas para a compra destes produtos, sendo, inclusive, um fator que contribui para o empobrecimento da população, refletindo no aumento do percentual de domicílios abaixo da linha da pobreza (VIEIRA, 2015, p. 16).

⁶² A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada em 6 de maio de 2004 através da resolução n° 338 do Ministério da Saúde. De acordo com o art. 1°, incisos I e III, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica caracteriza-se como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, em obediência aos princípios da universalidade, integralidade e equidade; a Assistência Farmacêutica trata tanto da saúde individual como da coletiva, considerando o medicamento como produto essencial, envolvendo a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e garantia da qualidade dos produtos e serviços, tudo na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

⁶³ O programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 13 de abril de 2004, pela Lei n° 10.858, através da qual, de acordo com seu art. 1°, trata da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, mediante ressarcimento, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo; entretanto, a legislação que regulamentou o programa Farmácia Popular foi o decreto n° 5.090 de 2004, instituindo o programa em municípios do território nacional por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias, de acordo com § 1° do art. 1° do referido decreto.

A situação de acesso aos medicamentos é ainda mais crítica em relação à população idosa, que muitas vezes possuem doenças crônicas, tornando esse gasto constante, impactando a renda de forma permanente e contínua. Em estudo qualitativo realizado em 2013, com indivíduos acima dos 60 anos, de ambos os sexos, percebeu-se que grande parte dos idosos (72%) considera o SUS como primeira referência para cuidados de saúde, enquanto quase a mesma proporção (73%) não possui plano de saúde, como visto na tabela abaixo (RESTREPO et al., 2020, p.5):

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos entrevistados, Praia Grande, 2013.

Variáveis	Total			Utilizaram medicamentos		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexo						
Feminino	172	59,5	53,4 – 65,3	111	62,7	55,9 – 69,0
Masculino	117	40,5	34,7 – 46,6	66	37,3	31,0 – 44,1
Classificação socioeconômica						
A e B	55	19,0	13,6 – 26,0	35	19,8	13,8 – 27,5
C	199	68,9	61,0 – 75,7	121	68,4	60,4 – 75,4
D e E	35	12,1	8,0 – 18,0	21	11,9	6,9 – 19,5
Escolaridade						
≤ 8 anos	232	80,3	71,5 – 86,9	145	81,9	71,6 – 89,1
> 8 anos	57	19,7	13,1 – 28,5	32	18,1	10,9 – 28,4
Primeira referência para cuidados de saúde						
SUS	208	72,0	64,1 – 78,7	132	74,6	63,4 – 83,2
Privado	77	26,6	20,5 – 33,8	42	23,7	15,9 – 33,9
Nenhuma	4	1,4	0,03 – 5,2	3	1,7	0,4 – 6,9
Frequentou um serviço de saúde no último ano						
Sim	199	68,9	53,4 – 81,0	136	76,8	63,2 – 86,5
Não	90	31,1	19,0 – 46,6	41	23,2	13,5 – 36,8
Plano de saúde						
Não	211	73,0	61,9 – 81,8	126	71,2	58,7 – 81,1
Sim	78	27,0	18,2 – 38,1	51	28,8	18,9 – 41,3
Problema crônico de saúde						
Sim	174	60,2	52,8 – 67,2	148	83,6	77,3 – 88,4
Não	115	39,8	32,8 – 47,2	29	16,4	11,6 – 22,7

Também de acordo com a o estudo representado pela tabela acima, a maioria dos indivíduos acima dos 60 anos possui algum problema crônico de saúde (60,2%),

reforçando a ideia de que os gastos com medicamentos feitos por idosos representam um comprometimento fixo de sua renda.

Os autores do referido estudo também apontam a necessidade de maior cobertura em assistência farmacêutica para os indivíduos acima de 60 anos, pois, como dito, a grande maioria não possui plano de saúde e utiliza majoritariamente o SUS, mas, mesmo assim, precisam comprometer parte de sua renda com o acesso a medicamentos, a despeito da evolução de políticas públicas neste sentido. Desse modo:

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, o uso de medicamentos responde por proporção importante dos gastos em saúde, especialmente para a população mais carente. O acesso a esses fármacos por meio do setor público ainda enfrenta barreiras, desencadeando, muitas vezes, a necessidade de aquisição de medicamentos em farmácias privadas, gerando gastos (*out-of-pocket*) que interferem na renda familiar. Há grande parcela da população idosa brasileira sem recursos financeiros para arcar com esses custos. Nesses casos, o serviço público é a única forma de acesso ao tratamento medicamentoso, o que é garantido nas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assegurar a ampliação do acesso aos medicamentos, de forma racional, e reduzir os gastos privados são prioridades da Política Nacional de Medicamentos e de programas específicos como o de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (RESTREPO et al., 2020, p.2).

Do mesmo modo, em pesquisa envolvendo gastos privados com medicamentos em população adulta em Minas Gerais, percebeu-se que, apesar do direito à saúde ser considerado um direito fundamental, expresso na Constituição de 1988, sendo associado ao livre acesso a medicamentos, existe um custo elevado para a população brasileira. Inclusive, o preço significativo de alguns medicamentos, muitas vezes inacessíveis através dos programas públicos voltados à saúde, acaba por desempenhar papel importante na falta de tratamento da doença. Ademais, foi observado que muitas pessoas chegam a contrair dívidas quando precisam obter os medicamentos necessários ao tratamento, demonstrando que a renda familiar, especialmente dos mais pobres, não consegue em vários casos suportar o gasto com os processos medicamentosos (VIEIRA, 2015, p. 69).

Os gastos privados com medicamentos, elevados e desproporcionais, demonstram a dificuldade enfrentada pelo Sistema Único de Saúde em atender plenamente às necessidades da população. Reitera-se que estes gastos privados, na

maior parte das vezes, são obrigatórios, pois representam medicamentos inacessíveis através do SUS.

3.3.4. A proteção à propriedade intelectual e o acesso aos medicamentos

Antes de discutirmos sobre as barreiras impostas ao acesso a medicamentos protegidos por patentes, faremos uma breve explanação acerca das mudanças sofridas no sistema internacional da propriedade intelectual.

Apesar da criação do sistema ter ocorrido na segunda metade do século XIX, com a assinatura da Convenção da União de Paris (CUP), o foco será dado às mudanças ocorridas no momento posterior à Segunda Guerra Mundial, quando a internacionalização da economia e os esforços para diminuição de barreiras alfandegárias demonstraram-se evidentes.

O novo panorama global, após a Segunda Guerra Mundial, trouxe como consequência a criação de diversas organizações de caráter internacional que, através de acordos multilaterais, mediam as relações comerciais entre as nações. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial foram criados, em 1944, com o objetivo de gerenciar o sistema monetário internacional, bem como financiar a reestruturação da economia dos países europeus afetados pela guerra, respectivamente. Em 1947 foi assinado o GATT, um marco para as negociações multilaterais, visando diminuir obstáculos no comércio internacional. Os países que aderiram ao GATT tinham como obrigações, dentre outras, a não realização de ações que representassem barreiras para o comércio internacional. Isto significava que as nações não podiam dar um tratamento distinto a produtos provenientes de outros países participantes (CHAVES et al., 2007, p. 259).

A partir da década de 1970, países asiáticos de industrialização recente como o Japão, Coreia do Sul, Taiwan e Singapura começaram a comercializar bens industrializados a preços competitivos, ameaçando a liderança econômico-tecnológica norte-americana. Como resposta, os Estados Unidos adotaram e impuseram diversas sanções aos países que não se conformassem a certos parâmetros para o comércio. Deve-se ressaltar que os países asiáticos se desenvolveram, dentre outros motivos, através da utilização do sistema de propriedade intelectual, mediante imitação e uso adaptativo de tecnologias produzidas

em outros países, mas que não eram patenteáveis naqueles países (CHAVES et al., 2007, p. 259).

A década de 1980, por sua vez, foi marcada por vários fenômenos novos, dentre eles, a expansão dos mercados financeiros em um circuito homogêneo de transferência de capital, a regionalização do espaço econômico internacional e a criação do G7, surgido com a necessidade de coordenação das políticas econômicas dos países mais desenvolvidos. Essa nova configuração espacial da economia mundial passou a ser denominada de globalização, pois os bens comercializáveis passaram a se definir também como produtos e ativos imateriais, como serviço, tecnologia e conhecimento.

Com essa mudança de paradigma, diversas indústrias de *hardware* e *software*, bem como de produtos químicos, farmacêuticos e de biotecnologia, passaram a pleitear a inclusão do tema de propriedade intelectual nas negociações multilaterais entre os Estados. Desta forma, em abril de 1994 houve a criação da OMC e a assinatura de diversos acordos, dentre eles o acordo TRIPS (CHAVES et al., 2007, p. 259). Também neste sentido e explicando resumidamente o acordo TRIPS, assim como o instituto denominado de patente *pipeline*⁶⁴, temos:

A criação da OMC trouxe consigo uma série de acordos multilaterais, entre os quais o Acordo TRIPS que regula temas relacionados à propriedade intelectual. A partir de sua adoção, estabeleceu-se um “padrão mínimo” de proteção, incluindo a ampliação do escopo de patenteabilidade para todos os campos tecnológicos. O Brasil, ao buscar adequar-se ao TRIPS, foi além das obrigações assumidas ao incluir o instituto conhecido como patentes pipeline: um dispositivo temporário por meio do qual foram aceitos depósitos de patentes em campos tecnológicos não reconhecidos anteriormente, entre os quais o setor farmacêutico. Por este instituto, foram realizados 1.182 pedidos, entre os quais se encontram vários medicamentos que hoje são fundamentais para o enfrentamento de problemas de saúde pública (HASENCLEVER et al., 2010, p. 166).

O fenômeno da expansão da proteção à propriedade intelectual, tanto em termos legislativos quanto em termos institucionais, acabou por impactar gravemente o acesso aos medicamentos pela população brasileira. Isso porque, quando há o

⁶⁴ “O instituto da patente *pipeline* visou alcançar os inventores que não tiveram seus objetos de invenção contemplados no Código de Propriedade Industrial brasileiro anterior. Assim, aqueles que já haviam depositado suas invenções na vigência do antigo Código, ainda que as mesmas não pertencessem ao rol de matérias patenteáveis no Brasil na época, puderam também ser contemplados, desde que desistissem do depósito anterior e apresentassem novo pedido, adequados ao instituto pipeline (HASENCLEVER et al., 2010, p. 167).

reconhecimento da patente de um determinado medicamento para um único laboratório, o preço tende a aumentar vertiginosamente, diminuindo a capacidade de compra não só dos particulares, mas do próprio poder público.

Apenas levando em consideração o instituto de patentes *pipeline*, que permitiu depósitos de patentes não reconhecidas anteriormente, calcula-se um *prejuízo* que ultrapassa os bilhões de reais. Esse prejuízo é considerado quando se estima os gastos percebidos pelo depósito de patentes da indústria farmacêutica, sem observar o período de transição estabelecido no acordo TRIPS, possibilitando um maior registro de patentes.

Veja-se, a contento, uma tabela que demonstra os gastos governamentais em 2006 apenas com medicamentos para HIV protegidos, à época, por patentes (HASENCLEVER et al., 2010, p. 173):

Tabela 1: Valor total das aquisições de antiretrovirais através do instituto da patente *pipeline*, 2001-2007 (US\$ de 2006)

Medicamento	Período de aquisições coberto		Quantidade do medicamento comprado	Preço/ unidade ¹ (US\$)	Valor total (US\$)
Abacavir Sol.Oral	28/2/2002	26/7/2007	17.395	46,30	805.388,50
Abacavir 300mg	5/8/2004	29/6/2006	5.069.220	2,56	12.977.203,20
Amprenavir Sol.Oral	23/3/2001	8/8/2006	17.636	102,64	1.810.159,04
Amprenavir 150mg	23/3/2001	8/8/2006	9.206.280	0,85	7.825.338,00
Efavirenz 600mg	11/03	2/5/2006	91.900.012	2,160	198.504.025,92
Efavirenz 200mg	02/02	2/5/2006	33.161.751	1,06	35.151.456,06
Efavirenz sol.oral	04/03	2/5/2006	74.129	32,80	2.431.431,20
Lopinavir/r 133/33mg	22/2/2002	27/3/2006	203.981.880	1,40	285.574.632,00
Nelfinavir 250mg	05/03	11/5/2007	256.728.580	0,62	159.171.719,60
Ritonavir sol.oral	24/4/2003	24/4/2003	13.347	96,97	1.294.258,59
Total	23/3/2001	26/7/2007			705.545.614,11

O valor total, corrigido pela inflação, considerando o patamar atual do dólar, alcançaria mais de cinco bilhões de reais. Ainda, reitera-se que os valores acima demonstrados não abrangem todos os gastos com medicamentos protegidos por patentes, mas apenas aqueles que se utilizaram do instituto *pipeline* e somente fármacos para AIDS/HIV.

Pelo exposto, nota-se que as políticas relacionadas à proteção das patentes, especialmente com o uso do instituto *pipeline*, têm ido de encontro ao interesse público pelo amplo acesso aos medicamentos⁶⁵.

Até mesmo em uma análise puramente econômica, o Brasil vem pagando um alto custo pela compra de medicamentos pertencentes a empresas que monopolizam sua distribuição. Some-se a isso o fato de que não há “contrapartida de aumento de investimento em P&D ou aumento do estoque de conhecimento público, motivações principais da natureza econômica do instituto da patente” (HASENCLEVER et al., 2010, p. 185).

Em resumo, a legislação e a política de patentes, do modo como foram implementadas, apresentam evidente obstáculo ao direito do amplo acesso à saúde, exatamente por criar barreiras, de monopólio e econômicas, à obtenção de medicamentos muitas vezes essenciais. Reitera-se, principalmente, que o preço pago pela proteção às patentes não possui nenhuma contraprestação positiva, pois esse tipo de proteção não impulsionou a pesquisa e desenvolvimento no cenário nacional ou regional.

3.4. INFRAESTRUTURA PARA A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

A infraestrutura voltada à produção de medicamentos no Brasil envolve todo o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, bem como as políticas públicas de Parcerias para o Desenvolvimento Produto (PDPs) e a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Envolvem também a Lei Orgânica da Saúde, a proteção à propriedade intelectual e a política dos medicamentos genéricos, uma vez que toda essa infraestrutura deve coexistir harmoniosamente.

⁶⁵ A título de exemplo, Gadelha assevera: “A pandemia mostrou a centralidade que tem a produção nacional e o desenvolvimento econômico no campo da saúde. Apenas para citar alguns dados: 95% dos fármacos que o Brasil usa são importados, na área de equipamentos e materiais, ventiladores, se considerarmos os insumos de tecnologia de informação, como softwares e os sensores dos ventiladores, 80% do valor dos ventiladores é importado. Com a pandemia nossa dependência de importação aumentou ainda mais para alguns produtos como, por exemplo, as máscaras mais sofisticadas, tais como a N95, chegando a mais de 80%. Temos dependência também nas áreas de tecnologias de informação e de inteligência artificial. Os resultados de nossas pesquisas mostram que a inteligência artificial no mundo está concentrada em apenas 10 países. E que, também, 10 países detêm 90% das patentes em saúde”. (FIOCRUZ, 2021, *on-line*).

Por essa razão, todos os temas expostos até agora, sem exceção, tratam de maneira direta ou indireta sobre a produção de medicamentos no Brasil. As PDPs, por exemplo, são um instrumento diretamente voltado à internalização de tecnologia, visando a produção de medicamentos no Brasil para diminuir custos, agregar tecnologia e ampliar o acesso a produtos considerados estratégicos para a saúde. A PNM entende que parte integral da ampla e eficaz assistência farmacêutica passa pela produção de medicamentos no Brasil, com a melhoria da capacidade produtiva no país. Nessa esteira, inclusive, a PNM entende que uma das formas de alcançar os objetivos da política seria através dos medicamentos genéricos, uma vez que eles são, simultaneamente, uma forma de diminuição dos custos e de ampliação do acesso à saúde. A produção de medicamentos genéricos não é uma questão que se resolve meramente através da promulgação de legislação específica e regulamentação governamental, mas também e, principalmente, através de suporte à infraestrutura destinada à produção de medicamentos genéricos. De nada adiantaria a regulamentação legal se não há capacidade produtiva para atender os objetivos.

A Lei Orgânica da Saúde, direta ou indiretamente, dispõe sobre a infraestrutura para a produção de medicamentos no Brasil. O já anteriormente citado art. 4º da lei, por exemplo, aponta que as instituições públicas, de qualquer esfera governamental, atuantes no controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos, fazem parte integrante do Sistema Único de Saúde, de forma que o SUS também se relaciona com os instrumentos que fazem parte da cadeia de infraestrutura do país para a produção de medicamentos, sem prejuízo da pesquisa, que é parte fundamental do processo de desenvolvimento de novos medicamentos.

Como vimos exaustivamente no capítulo segundo, a pesquisa na área da saúde é um dos objetivos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, posto que é base fundamental para a inovação tecnológica.

O art. 6º da referida lei, que dispõe sobre os diversos campos de atuação do SUS, possui diversos incisos voltados à produção de medicamentos, como o inciso VI, colocando o SUS como atuante na “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção”, assim como o inciso X, que atribuiu também ao SUS “o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”.

Dito isto, os estudos voltados à compreensão da infraestrutura voltada à produção de medicamentos no Brasil mostram que o país, há muito tempo, possui

uma enorme dependência da importação, principalmente de matéria prima e insumos. Mesmo no caso de medicamentos considerados essenciais, como os antirretrovirais para o tratamento do HIV/AIDS, percebe-se essa dependência de importação. Como se vê em um estudo feito no ano de 2002, poucos anos após a implementação da PNM, a situação de dependência na produção do medicamento para tratamento da doença ainda era visível:

No que diz respeito à produção nacional, em 1999, 47% dos ARVs que corresponderam a 19% dos gastos, foram adquiridos de empresas nacionais (92.5% de laboratórios estatais e 7.5% de privados) e 53% dos ARVs que correspondem a 81% dos gastos, foram adquiridos de companhias multinacionais. Já no ano 2000, 56%, correspondendo a 41% dos gastos, foram para indústria nacional e 44%, que corresponderam a 59% dos gastos, para companhias farmacêuticas internacionais (MS, 2001c). No momento, o Brasil estaria produzindo sete dos 13 ARVs usados no tratamento de pessoas com HIV/AIDS no país. A política nacional de medicamentos anti-HIV também visa à transferência para outros países de tecnologia em produção, compra centralizada e logística (armazenamento e distribuição) de medicamentos. No momento, segundo o MS, dada a limitação da capacidade de produção nacional, não tem prioridade a adoção de estratégias de venda para o mercado externo (GALVÃO, 2002, p. 215).

No mesmo sentido que o colocado logo acima, em um artigo publicado no ano de 2006, intitulado “A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral”, vê-se que os autores também apontam para a dependência da importação, apesar do país possuir uma capacidade alta de produção de produtos finais:

Cabe salientar que o parque industrial brasileiro de medicamentos é bastante desenvolvido com relação à capacidade de fabricação de produtos finais. Ao mesmo tempo em que se constata esse desenvolvimento na produção, evidencia-se forte dependência da importação de farmacoquímicos. O desmantelamento de parte significativa do complexo industrial de química fina do Brasil promoveu o aumento da dependência da importação de matérias-primas pela indústria farmacêutica. Em 1997, o segmento industrial químico apresentava um faturamento anual de 42 bilhões de dólares, representando cerca de 15,7% da indústria de transformação, ou 3,6% do PIB. Entretanto, o déficit comercial químico que, em 1990, era da ordem de US\$ 1,3 bilhão cresceu para US\$ 6 bilhões, oito anos mais tarde (OLIVEIRA et al., 2006, p. 2381).

Todavia, avalia-se positivamente a presença de uma indústria de saúde no Brasil, pois, enquanto a dependência da importação de medicamentos e insumos é uma característica comum em países periféricos, poucos desses países apresentam

um parque estatal de produção de medicamentos como o brasileiro. Estes parques públicos servem primordialmente à assistência farmacêutica e produzem medicamentos considerados essenciais ao sistema público de saúde ou de pouco interesse à iniciativa privada. Ao mesmo tempo, a produção nacional de medicamentos tem o efeito de aumentar a oferta no mercado, reduzindo preços e facilitando o acesso às camadas mais pobres da população. (OLIVEIRA et al., 2006).

Para ilustração, segue abaixo uma tabela que demonstra a situação dos laboratórios farmacêuticos no Brasil em 2003, com a produção anual de medicamentos de cada um deles, o ano de fundação e a personalidade jurídica, como se vê adiante (OLIVEIRA et al., 2006, p. 2382):

Laboratório	UF	Ano de fundação	Personalidade jurídica	Produção*
Laboratório de Tecnologia Farmacêutica (LTF), Universidade Federal da Paraíba	Paraíba	–	Autarquia	193.080,0
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (F-O-E), Universidade Federal do Ceará	Ceará	–	Autarquia	7.200,0
Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQHE), Ministério do Exército	Rio de Janeiro	1808	Administração direta	209.419,4
Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), Ministério da Marinha	Rio de Janeiro	1906	Administração direta	120.800,0
Fundação Ezequiel Dias (FUNED), Secretaria de Estado de Saúde	Minas Gerais	1907	Fundação pública de direito público	692.340,0
Instituto Vital Brazil S.A. (IVB), Secretaria de Estado de Saúde	Rio de Janeiro	1918	Sociedade de economia mista	10.680,0
Instituto de Tecnologia de Fármacos (FAR-MANGUINHOS), Fundação Oswaldo Cruz	Rio de Janeiro	1956	Unidade técnica	1.289.067,3
Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO), Secretaria de Estado de Saúde	Goiás	1964	Sociedade de economia mista	618.000,0
Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. (LAFEPE), Secretaria de Estado de Saúde	Pernambuco	1967	Sociedade de economia mista	1.345.680,0
Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos (LEPMC), Universidade Estadual de Maringá	Paraná	1967	Departamento	21.000,0
Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina (LAFESC), Secretaria de Estado de Saúde	Santa Catarina	1969	Diretoria	38.400,0
Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA), Ministério da Aeronáutica	Rio de Janeiro	1971	Administração direta	242.352,0
Fundação para o Remédio Popular (FURP), Secretaria de Estado de Saúde	São Paulo	1972	Fundação pública de direito público	3.903.840,5
Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul (LAFERGS), Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde	Rio Grande do Sul	1972	Departamento	3/5.800,0
Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas (LIFAL), Secretaria de Estado de Saúde	Alagoas	1974	Sociedade de economia mista	1.728.144,0
Laboratório de Produção de Medicamentos (LPM), Universidade Estadual de Londrina	Paraná	1989	Autarquia especial	96.000,0
Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (NUPLAN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte	1991	Órgão suplementar da UFRN	876,3
Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba (LIFESA), Secretaria de Estado de Saúde	Paraíba	1997	Sociedade de economia mista	80.000,0
Total				10.972.679,2

Contudo, apesar da relevância do parque público laboratorial, ainda reside a dependência da importação, sobretudo pela carência de investimento em inovação

tecnológica no setor⁶⁶. A tabela elaborada por Varrichio, trazida acima, demonstra a evolução da balança comercial do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, entre os anos de 1997 e 2014. O gráfico mostra um déficit crescente entre a importação e exportação de medicamentos. O déficit inicial, em 1997, de aproximadamente cinco bilhões de dólares, mais do que dobrou, alcançando quantia superior a dez bilhões de dólares em 2014.

Um exemplo, recente e extremo, em relação à dependência da produção de produtos estratégicos da saúde, consiste na incapacidade da produção nacional de fabricação do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) para a produção de vacinas contra a COVID-19. A imprensa nacional noticia constantemente a situação, enfatizando em manchetes⁶⁷ a situação crítica vivenciada por muitos laboratórios, que se veem impossibilitados de continuar a produção da vacina, pela falta do insumo farmacêutico ativo, importado de países como China e Índia.

O sítio eletrônico do Conselho Nacional da Saúde⁶⁸, vinculado ao Ministério da Saúde, aponta que o Brasil continua sendo um país dependente da importação de insumos e outros produtos correlatos, ou, muitas vezes, até mesmo do produto final. A balança comercial relacionada aos produtos farmacêuticos continua a apresentar déficit, sendo que a dependência de matéria-prima chega a níveis alarmantes, na casa dos 90%.

Desta forma, a infraestrutura voltada à produção de medicamentos no Brasil apresenta contradições emblemáticas. Se, por um lado, o país possui um parque público de laboratórios e consegue atender, de forma relativamente satisfatória, a demanda por assistência farmacêutica básica, por outro lado, ainda possui grande dependência de importação dos insumos e matérias-primas necessários à fabricação

⁶⁶ O Ministro da Saúde Eduardo Pazuello suspendeu uma série de PDPs que se encontravam em andamento, através da Portaria GM/MS nº 184, de 29 de janeiro de 2021 (BRASIL, 2021).

⁶⁷ Como, por exemplo, na reportagem trazida pelo Correio Braziliense, cujo título é: “Butantan e Fiocruz param produção e desabastecimento gera guerra de narrativas”, com subtítulo: Instituto estima que atraso no recebimento do IFA reduzirá entregas de depende da chegada de novo lote, dia 22, para manter cronograma com o ministério. Reportagem encontrada em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/05/4924679-butantan-e-fiocruz-param-producao-e-desabastecimento-gera-guerra-de-narrativas.html>; <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/05/4924679-butantan-e-fiocruz-param-producao-e-desabastecimento-gera-guerra-de-narrativas.html>

⁶⁸ Reportagem em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1053-artigo-coronavirus-e-a-importancia-da-soberania-na-producao-e-distribuicao-de-medicamentos>

dos medicamentos, especialmente em relação aos medicamentos de alta complexidade. A combinação de proteção à patente e falta de investimento em pesquisa e desenvolvimento, mostram um futuro não muito otimista ao país, que deverá continuar a apresentar as deficiências analisadas e discutidas até então. Deste modo, entende-se que não é possível dissociar a dependência da importação de medicamentos e o baixo investimento na pesquisa para inovação farmacêutica.

A recente supressão do GECIS, desmantelando a importância organizacional do CEIS perante a sociedade e impedindo a elaboração conjunta e especializada de políticas públicas voltadas ao setor industrial da saúde apenas agrava a situação observada.

3.5. A COMPRA PÚBLICA COMO INSTRUMENTO DE CAPACITAÇÃO TECNOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA BASE PRODUTIVA DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

A compra pública é, por diversas razões, uma atividade complexa. Em primeiro lugar, são regulamentadas por um conjunto legal robusto e extenso, muitas vezes com leis, resoluções e decretos específicos para determinado produto ou setor. Em segundo lugar, é uma atividade que atravessa diversas camadas da gestão pública e das esferas governamentais, sendo realizada tanto por pequenos municípios quanto por grandes centros urbanos e pela própria União, não sendo raras as vezes em que a compra pública passa pela interação entre diversos entes estatais interessados, sem prejuízo dos órgãos de fiscalização envolvidos. Dessa maneira:

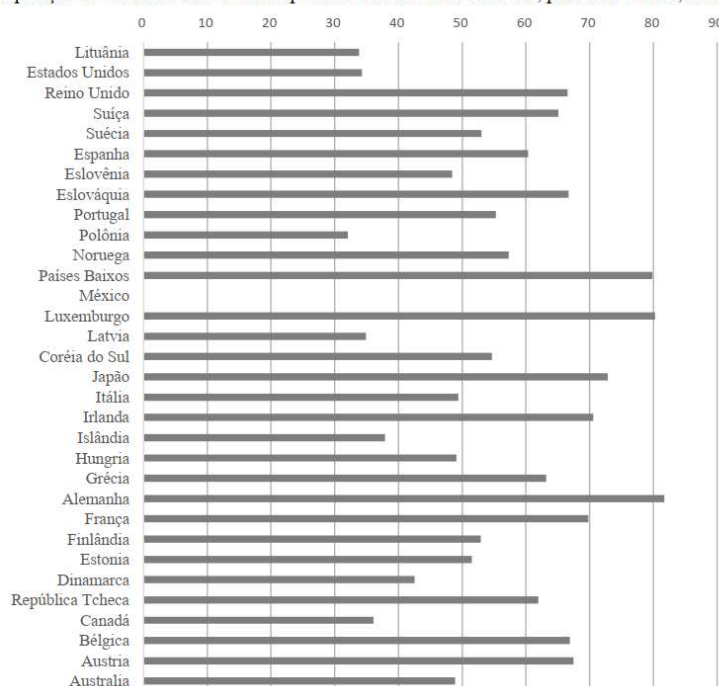
A defesa do uso do poder de compra por parte do Estado reside em seu potencial de articular a demanda para se alcançarem objetivos relacionados ao desenvolvimento nacional. Por exemplo, o setor privado é informado das necessidades públicas, estimulando o desenvolvimento de soluções inovadoras para o perfil de demanda da sociedade (GADELHA, 2012, p. 16).

Ainda, as compras públicas podem envolver acordos internacionais muitas vezes regulados pela OMC, limitando o poder de atuação nacional e estabelecendo regras distintas daquelas aplicadas em nosso país, inclusive quando se trata de importações.

As políticas públicas relacionadas ao setor farmacêutico, classificadas como atuação direta, ocorrem através da aquisição centralizada de medicamentos, sendo que o Estado se utiliza de métodos lógicos para decidir sobre quais medicamentos oferecer à população, de forma que, a compra pública, é realizada nesse âmbito (PIMENTEL, 2018, p. 47).

Leia-se abaixo um gráfico de 2013, com base nos países da OCDE, com os gastos de custeio de medicamentos e produtos não duráveis para a saúde à população (PIMENTEL, 2018, p. 48):

Gráfico 1 Participação (%) das fontes governamentais e compulsórias no financiamento à aquisição de medicamentos e outros produtos médicos não-duráveis, países da OCDE, 2013



Pelo gráfico, percebe-se que a maioria dos países da OCDE custeia boa parte dos medicamentos à população, através do próprio Estado, com alguns países como Alemanha e Luxemburgo apresentando índices de 80% de participação no financiamento à aquisição de medicamentos e outros produtos não duráveis.

No mesmo sentido, o SUS é maior comprador de medicamentos do país, demonstrando, pelo menos inicialmente, que o Estado brasileiro também possui papel altamente relevante na compra de medicamentos, através da compra pública. Desta forma, “... diante do potencial expressivo das compras do SUS no complexo da saúde, há um mecanismo importante de compras públicas para geração de capacidades produtivas e tecnológicas na indústria local...” (VARRICHIO, 2017, p. 180).

A despeito de o SUS se apresentar como maior comprador de medicamentos do país, o varejo farmacêutico apresenta-se como o principal meio de distribuição de medicamentos, ou seja, a compra direta feita pelo consumidor, através de farmácias e drogarias, é muito superior à compra feita pelo Estado⁶⁹, em dissonância com o gráfico apresentado logo acima, no qual se visualizou que na maioria dos países da OCDE, a compra de medicamentos pelo governo corresponde, em média, a mais de 50% da demanda. Os canais de compra representados por hospitais e clínicas brasileiros têm praticamente o mesmo peso governamental, representando 20% das compras de medicamentos feitas no país. Como exposto em outro gráfico, a compra de medicamentos pelo governo representou, em 2016, cerca de 21% da demanda (PIMENTEL, 2018, p. 63):

Gráfico 2 Canais de distribuição do mercado farmacêutico brasileiro, em valor, 2016



Há uma incongruência aparente entre o afirmado anteriormente por Varrichio, de que o SUS é o maior comprador de medicamentos do país, e os dados apresentados por Pimentel, demonstrando que o governo (incluindo o SUS) representa apenas 21% da demanda nacional, ou seja, pouco mais de um quinto do total. Entretanto, a incongruência ou contradição é apenas aparente, pois não há outro comprador que, sozinho, realize mais compras de medicamentos em bloco do que o SUS. O gráfico apresentado logo acima inclui, por exemplo, todos os hospitais e clínicas do Brasil em uma única categoria, de forma que se apresentam como se fossem uma entidade única. A relevância de apresentar as duas afirmativas é exatamente esta constatação: dizer que o SUS é o maior comprador de medicamentos do país não é dizer, necessariamente, que o governo realiza mais compras do que o

⁶⁹ Estima-se que o mercado farmacêutico ocupa a sétima posição mundial no *ranking* de consumo em geral, tanto na compra pública, quanto privada (VARRICHO, 2017, p. 183).

consumidor no varejo, ou que o custeio governamental de medicamentos está em um patamar elevado.

Além disso, observa-se uma correlação intrínseca entre o processo de compra pública e as PDPs. No entanto, se o processo de compra pública for considerado também por seus objetivos de inovação em tecnologia, outras variáveis precisam ser discutidas para se avaliar o real escopo do impacto da compra pública na indústria farmacêutica brasileira, pois a inovação, de forma direta ou indireta, contribui para a mudança na própria indústria. No mesmo sentido, quando se explica sobre as cinco etapas que constituem o processo de compra pública, temos a seguinte análise:

(i) identificação da necessidade; (ii) tradução da necessidade em especificações; (iii) publicação do processo seletivo (*tendering process*); (iv) avaliação das propostas e contratação; (v) execução, que envolve desenvolvimento, produção e entrega do produto acabado ao comprador. Para ser considerada no escopo de uma política de PPI, uma política pública deve envolver a intervenção ou modificação de no mínimo uma dessas etapas. Que aspectos das compras públicas regulares serão modificados pela introdução dos objetivos de inovação é uma questão em aberto, que varia de acordo com o desenho da política (...) a partir das experiências de implementação dos diversos países (PIMENTEL, 2018, p. 30).

Desta forma, não é simples especificar o impacto das compras públicas de medicamentos, seja em um viés puramente econômico, seja em um viés político-institucional ou de inovação e tecnologia.

Toda a burocracia e institucionalidade que circundam ao redor de compras públicas, no entanto, estão suavizadas com a dispensa de licitação permitida com a Lei de Inovação (Lei nº 10.974, de 2 de dezembro de 2004), que versa sobre incentivos à inovação e a pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, que conseguiu traspasar a falta de flexibilidade encontrada até então na Lei nº 8.666/93, que fora revogada pela nova Lei de Licitações, a Lei nº 14.133/2021. O novo diploma, no entanto, manteve as hipóteses de dispensa de licitação para os casos de enquadrados nas PDPs⁷⁰ em seu art. 75, permitindo que haja contratação direta.

⁷⁰ Art. 75. É dispensável a licitação: IV - para contratação que tenha por objeto: d) transferência de tecnologia ou licenciamento de direito de uso ou de exploração de criação protegida, nas contratações realizadas por instituição científica, tecnológica e de inovação (ICT) pública ou por agência de fomento, desde que demonstrada vantagem para a Administração; (BRASIL, 2021).

(BRASIL, 2014).

É possível afirmar, entretanto, que a compra pública de medicamentos é muito mais do que apenas o provimento de assistência básica farmacêutica à população, mas constitui um instrumento que impacta e é impactado pelas diversas esferas governamentais, pela legislação e pelas políticas de inovação, pesquisa, desenvolvimento e tecnologia.

Partindo-se da premissa de que o CEIS não pode ser analisado isoladamente, mas apenas através de uma perspectiva sistêmica, a compra pública de medicamentos também precisa ser vista sob o mesmo ângulo, pois existem diversos interesses, muitas vezes conflitantes, que arrefecem ou estimulam a compra pública de medicamentos. O caráter racional da compra pública deve ser levado em consideração, o que não significa dizer, no entanto, que as escolhas governamentais serão sempre acertadas. O sistema de saúde é demasiadamente complexo e exige uma alta capacitação de gestão.

O Estado possui um grande poder de compra e esse montante investido acaba por auxiliar na organização do setor produtivo, como em um círculo virtuoso. No Brasil, o SUS e a sua logística, como um sistema integralizado, torna a operacionalização da compra pública e a logística de distribuição muito mais fácil se comparada a outros países que possuem “sistemas” difusos para a distribuição de medicamentos direto pelo Estado.

Observado de outro ângulo, o CEIS também trata das indústrias nacionais privadas, o que torna a compra pública especialmente incentivadora do parque industrial. Brevemente, uma das fases que uma empresa privada se submete, do modo como se estrutura organicamente, é constituída pelas estratégias de *marketing* e comercialização de determinado fármaco, assim como as estratégias de logística para distribuição em farmácias⁷¹. Na compra pública, essa despesa é suavizada. E, além disso, a indústria produz na medida em que o SUS previamente demanda. Essa dinâmica melhora as margens de lucro da produção, ao passo que diminui as perdas. Nesse ínterim, o Estado também tem poder de barganha para adquirir medicamentos a preços menores, já que faz a compra em grandes blocos. Por essas razões, afirma-

⁷¹Evidentemente, não houve pretensão em esgotar todas as etapas envolvidas nas empresas farmacêuticas, apenas citamos como exemplo as fases que seriam diretamente impactadas pela compra pública.

se que um dos principais instrumentos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde é a compra pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória de ultrapassagem da condição de subdesenvolvimento de uma nação, assim como o Direito, varia no tempo e no espaço, cabendo a cada Estado achar seu próprio caminho para atingir seu respectivo *catching-up*.

No caso brasileiro, a ideologia constitucionalmente adotada pela Constituição Federal traçou os caminhos que levariam ao desenvolvimento. Nessa linha, como exaustivamente sublinhado, a Constituição, que desenhou um sistema universal de saúde, que atualmente é o maior do mundo em termo de usuários, não garantiria a saúde para todos sem pensar também em um sistema econômico que lhe possibilitasse sustentação. Daí a inferência sobre o lado econômico e social da saúde como fatores que não podem ser segmentados.

Partindo-se da dimensão da Constituição Econômica, essa pesquisa fez um estudo de caso sobre a política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo junto ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, investigando as possibilidades de impactos econômicos no parque industrial nacional. A questão que norteou a investigação foi a seguinte: em que medida as PDPs se revelaram, após sua implementação, uma política pública com reflexos econômicos?

Objetivamente, podemos afirmar que a hipótese apresentada na introdução do trabalho se confirmou. Não obstante, algumas observações merecem ser pontuadas.

Como vimos ao longo da dissertação, os países desenvolvidos são aqueles que dominam a tecnologia e a inovação, que são potencializados no setor industrial da saúde. Destarte, quanto mais sofisticação determinado produto apresenta, maiores são as chances de ter sido desenvolvido (sob o ponto de vista da inovação) em um país central. É o que ocorre atualmente com a indústria de mecânica de precisão, química fina, medicamentos de ponta, como os biológicos e etc.

Para um país em desenvolvimento que pretenda aprimorar seu parque industrial, é imprescindível a atuação do Estado por meio de políticas públicas de fomento, tendo em vista que os países desenvolvidos já possuem o domínio tecnológico e organizacional. Assim sendo, sem o aporte do Estado, não há competitividade possível que permita a inserção de empresas brasileiras em um mercado já dominado por grandes conglomerados. Além dessa questão, um país continental como o Brasil, também precisa de estratégias para abastecer as demandas internas de saúde, possuindo maior soberania e apresentando menor

dependência de importação do mercado exterior.

O desenho institucional do Complexo Econômico-Industrial da Saúde contempla ambos os fatores, e é o local próprio para o aprimoramento de novas pesquisas, processos e produtos. A estrutura produtiva de um país é um motor de crescimento econômico e, nesse caso, o CEIS, um motor de desenvolvimento. Além disso, o CEIS é um importante aliado junto as políticas públicas produtivas, e também atende a demandas internas sanitárias dos usuários do SUS.

Nesse contexto, o estudo de caso proposto analisou a transferência de tecnologia realizada através das PDPs, para a produção de fármacos em laboratórios públicos nacionais, pelo período de 10 anos, com contrapartida de exclusividade na compra do IFA objeto da parceria durante esse processo de transferência.

Inicialmente, cabe salientar o aspecto nebuloso para se promover uma análise mais concreta de dados. A despeito de se tratar de uma pesquisa qualitativa, que prescinde de dados para apresentação de solução, o Ministério da Saúde, ao contrário do disposto na Portaria de 2014, que se compromete com a transparência de todos os processos envolvendo as PDPs, publica pouquíssimas informações sobre seus andamentos. Logo, não estão indexados todos os dados referentes a todas as PDPs realizadas desde sua implementação.

Não obstante, especificamente a respeito do aumento da capacidade produtiva em relação aos fármacos, objeto principal e específico das PDPs, bem como o processo de transferência da tecnologia, podemos concluir que houve êxito na política pública. Apesar de não ter sido encontradas evidências que indiquem que as PDPs apresentaram iniciativas relevantes em prol de inovações tecnológicas, houve considerável modernização na estrutura de produção, bem como ampliação na variedade dos itens oferecidos no RENAME.

Consequentemente, os impactos econômicos também foram perceptíveis. O investimento nas PDPs, bem como na política pública que estudamos de forma tangencial, a PNM, geraram reflexos na economia, mormente por estimular, através da compra pública, o setor produtivo de fármacos, desencadeando em geração de empregos diretos e indiretos, o que ocasiona, também, em geração de tributos e em circulação de riquezas. Além disso, houve uma considerável queda de preços dos fármacos integrantes das PDPs.

À guisa de conclusão, para se promover saúde universal com dignidade, é preciso promover também as questões econômicas, haja vista que o econômico não

é um fim em si mesmo e está funcionalizado à pessoa humana. Longe de pretender esgotar o extenso tema do desenvolvimento e de sua ligação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, buscamos trazer à tona a importância de se pensar políticas públicas cada vez mais agregadoras para o bem-estar da população e que, juntas, possibilitem emprego, renda, circulação de riquezas, fortalecimento do SUS e da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALBAREDA, Alexandra; TORRES, Ricardo Lobato. Avaliação da economicidade e da vantajosidade nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00070320, 2021.

ÁLVARES, Laís Botelho Oliveira. Direito econômico e políticas públicas urgentes: um estudo de caso sobre estratégias econômicas aplicadas à crise do Coronavírus. In: Antônio Gasparetto Júnior. (Org.). **Medidas de emergência na administração pública**. 1ed. Nova Xavantina: Pantanal, 2020, p. 22-30.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BERCOVICI, Gilberto. **As origens do Direito Econômico: homenagem a Washington Peluso Albino de Souza**. Rev. Fac. Direito UFMG. Número Esp. em memória do prof. Washington Peluso Albino de Souza. Belo Horizonte, 2013a, pp. 253-263.

_____, Gilberto. **Complexo industrial de saúde, desenvolvimento e proteção constitucional ao mercado interno**. Revista de Direito Sanitário, Vol. 14, n° 2, jul./out. 2013b, pp. 9-42. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63990/66731>>. Acesso em 04 abr. de 2021.L

_____, Gilberto. **Constituição Econômica e desenvolvimento**. Rev. da FBDE, N° 1, Out-Mar. Belo Horizonte, 2008, pp. 161-180.

_____, Gilberto. **Política econômica e Direito Econômico**. Revista Faculdade Direito da Universidade de São Paulo -USP, v. 105, 2010, p. 389-406.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. **Cinquenta anos de pensamento na CEPAL: uma resenha**. In: BIELSCHOWSKY, R. (org.). Cinquenta anos de pensamento na CEPAL, v.2, p. 13-68. Rio de Janeiro: Record, 2000.

_____, Ricardo. **Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo**. Rio de Janeiro: Ipea/Inpes. Série PNPE, n°19, 1988.

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento. **Relatório Anual – 2011**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/relacoes-com-investidores/governanca-corporativa/relatorios-de-governanca/relatorio-anual-integrado/relatorio-anual-2011>>. Acesso em 07 de jul. 2021.

BOBBIO, Norberto **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____, Norberto; MATTEUCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 11 ed. Brasília: UnB, 2004.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Estratégia nacional de desenvolvimento**. Revista de Economia Política, Vol. 26, nº 2, pp. 203-230 abril-junho/2006.

_____, Luiz Carlos. **Ignacy Sachs e a nave espacial Terra**. Revista de Economia Política, Vol. 33, nº 2 (131), pp. 360-366, abril-junho, 2013.

_____, Luiz Carlos. **Modelos de Estado desenvolvimentista**. Texto para Discussão, n. 412. São Paulo: Escola de Economia da Fundação Getúlio Vargas, 2016.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. **Emenda Constitucional nº 85 de 26 de fevereiro de 2015**. Altera e adiciona dispositivos na Constituição Federal para atualizar o tratamento das atividades de ciência, tecnologia e inovação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc85.htm>. Acesso em: 22 mar. 2021.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 19 nov. 2019.

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 jun. 2021.

_____. **Lei nº 8.888, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 21 jun. 2021.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l982.htm>. Acesso em: 13 dez. 2020.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. **Lei nº 10.974, de 2 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre incentivos à inovação e a pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm>. Acesso em: 22 ago. 2021.

_____. **Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021.** Lei de licitações e contratos administrativos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm>. Acesso em: 21 jun. 2021.

_____. **Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007.** Concede licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao Efavirenz, para fins de uso público não-comercial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6108.htm#textoimpressao>. Acesso em: 21 jul. 2021.

_____. **Decreto 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/dnn/dnn11578.htm>. Acesso em 27 jul. 2021.

_____. **Decreto nº 7.807, de 17 de setembro 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7807.htm>. Acesso em: 27 jul. 2021.

_____. **Decreto 9.245 de 20 de dezembro de 2017.** Institui a política nacional de inovação tecnológica em saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9245.htm>. Acesso em: 28 jul. 2021.

_____. **Decreto nº 9.725, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em 27 jul. 2021.

_____. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 01 ago. 2021.

_____. **Portaria nº 506, de 21 de março de 2012.** Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506_21_03_2012.html>. Acesso em: 01 ago. 2021.

_____. **Portaria nº 837 de 18 de abril de 2012.** Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0837_18_04_2012.html>. Acesso em 07 jun. 2020.

_____. **Portaria nº 2.531, de 12 de novembro de 2014.** Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os 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. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2531_12_11_2014.html>. Acesso em: 25 set. 2020.

_____. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Portaria do Ministério da saúde sobre consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2020.

_____. **Portaria GM/MS nº 184, de 29 de janeiro de 2021.** Estabelece os procedimentos para a revisão de ofício das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo que foram objeto de redistribuição. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-184-de-29-de-janeiro-de-2021-301574312>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.658/DF.** Requerente: Partido Democrático Trabalhista. Requerido: Congresso Nacional. Relatora: Ministra Rosa Weber. Brasília, 15 fev. 2017e. Diário de Justiça Eletrônico. Disponível em: <[Http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5132872](http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5132872)>. Acesso em: 13 dez. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde 256º Reunião Ordinária Saúde, Inovação e Desenvolvimento.** Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/29/PDP/Medicamento-Vacina-e-Hemoderivados---Parcerias-Vigentes---Parcerias-Vigentes.pdf>>. 2020. Acesso em: 20 ago. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Avaliação- CGU.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2019.

CAETANO, Marcelo. **Direito Constitucional.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira: do boom ao caos econômico.** 1ª. ed. São Paulo: Todavia, 2018.

CASSEB, Norma Cristina Brasil. PEDROZA, Márcia Fraire. **Brasil: a hora da verdade na busca do desenvolvimento**. In LACERDA, Antônio Correia de (Org.). Desenvolvimento Brasileiro em Debate. São Paulo: Blucher, 2017.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. **Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la ‘invención del otro’**. En Edgardo Lander (comp.). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas (pp. 145- 161). Buenos Aires: Clacso, 2000.

CHANG, Ha-Joon. **Chutando a escada: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica**. Tradução Luz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

CHAVES, Gabriela Costa et al . A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, Fev. 2007.

CLARK, Giovani. Política econômica e Estado. **Scientia Iuris**, v. 11, p. 73-84, Londrina, 2007.

_____, Giovani. O pioneirismo da Faculdade de Direito da UFMG: a introdução do Direito Econômico no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Série Estudos Sociais e Políticos. 2012, v. 104. Pp.134-155.

CLARK, Giovani. CORRÊA, Leonardo Alves. NASCIMENTO, Samuel Pontes do. **Ideologia constitucional e pluralismo produtivo**. Revista da Faculdade de Direito da UFMG, Número Esp. em Memória do Prof. Washington Peluso. Belo Horizonte, 2013, pp. 265 a 299.

_____, Giovani. CORRÊA, Leonardo Alves. NASCIMENTO, Samuel Pontes do. **A Constituição econômica entre a efetivação e os bloqueios institucionais**. Revista da Faculdade De Direito da UFMG. Belo Horizonte, n. 71, jul.-dez. 2017, pp. 677-700.

_____, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves; NASCIMENTO, Samuel Pontes do. **Constituição Econômica Bloqueada: impasses e alternativas**. Teresina: EDUFPI, 2020.

CLARK, Giovani. COSTA, Wander Henrique de Almeida. O direito à saúde perante o Poder Judiciário. **Revista Direito e Democracia**. Canoas: 2011, v. 12. N. 1. Jan./jun. p.3-20.

COMPARATO, Fábio Konder. **Capitalismo e poder econômico**. Rev. Fac. Direito UFMG, Número Esp. Em Memória do Prof. Washington Peluso. Pp. 167-195, 2013.

_____, Fábio Konder. **O indispensável direito econômico**. Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 101, n. 923, p. 37-52, 2012.

CORRÊA, Leonardo Alves. **Direito e democracia econômica: uma interpretação à luz da obra de Karl Polanyi**. Teresina: Edufpi, 2019. L

CRUZ, Paulo Márcio. Soberania, Estado, Globalização e Crise. **Novos Estudos Jurídicos**. Ano VII, n. 15, dezembro, 2002a, p. 7-24.

_____, Paulo Márcio. **Política, poder, ideologia e Estado contemporâneo**. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2002b.

DALLARI, Dalmo de Abreu **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial das políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Forum, 2020.

FIOCRUZ. Carlos Augusto Grabois Gadelha. **Saúde, gasto social, ciência e tecnologia são os novos motores do século XXI**. Disponível Em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=Carlos-Gadelha-Saude-gasto-social-ciencia-e-tecnologia-sao-os-novos-motores-no-seculo-XXI>>. Acesso em: 29. Mai. 2021.

FIOCRUZ. **Parcerias para desenvolvimento produtivo (PDPS-MS)**: contexto atual, impactos no sistema de saúde e perspectivas para a política industrial e tecnológica na área de saúde. Marco Antônio Vargas; Águida Cristina Santos Almeida; Ana Luiza Coelho Guimarães. (Org.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

FORJAZ, Maria Cecília Spina. **Industrialização, Estado e sociedade no Brasil (1930-1945)**. Revista de Administração de Empresas, Vol. 24, n.3, jul-set, 1984, pp. 35-46.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1920.

_____, Celso. **Teoria e Política do Desenvolvimento Econômico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADELHA, C.A.G., GADELHA, P., NORONHA, J.C., and PEREIRA, T.R., eds. **Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, 227 p. ISBN: 978-65-5708-092-4. <https://doi.org/10.7476/9786557080924>.

_____, Carlos Augusto Gabois. COSTA, Laís Silveira. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. Rev. Saúde Pública, 2012, n. 46 pp.13-20.

_____, Carlos Augusto Gabois. **Desenvolvimento, Complexo Industrial da Saúde e Política Industrial**. Rev. Saúde Pública, 2006, Vol. 40, pp. 11-23.

_____, Carlos Augusto Gabois. **Política Industrial: Uma Visão Neo-Schumpeteriana Sistêmica e Estrutural**. Revista de Economia Política, vol. 21, nº. 4 (84), outubro-dezembro, 2001.

_____, Carlos Augusto Grabois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2003, Vol. 2, pp. 521-523.

_____, Carlos Augusto Grabois; TEMPORAO, José Gomes. **Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.** Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, Jun. 2018.

GALA, Paulo; CARVALHO, André Roncaglia de. **Brasil, uma economia que não aprende: novas perspectivas para entender nosso fracasso.** 1 ed. São Paulo: Edição do Autor, 2020.

GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito? **Cad. Saúde Pública.** N. 18. Rio de Janeiro, 2002, pp. 213-219.

GERSCHENKRON, Alexander. **O atraso econômico em perspectiva histórica e outros ensaios.** Rio de Janeiro: Contraponto Editora e Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2015.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988: Interpretação e crítica.** 14ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

_____, Eros Roberto. **Planejamento Econômico e Regra Jurídica.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1978.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Opinião: Perdas e Ganhos na Consulta Pública sobre as PDP.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/conhecimento-inovacao-tecnologia/perdas-e-ganhos-na-consulta-publica-sobre-as-pdp/5928/>>. 2014. Acesso em: 25 ago. 2021.

HASENCLEVER, L.; LOPES, R.; CHAVES, G. C.; REIS, R.; VIEIRA, M. F. O instituto de patentes Pipeline e o acesso a medicamentos: aspectos econômicos e jurídicos deletérios à economia da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 164-188, 2010.

HASENCLEVER, L; PARANHOS, J; CHAVES, G; DAMASCENO, C. Uma análise das políticas industriais e tecnológicas entre 2003-2014 e suas implicações para o Complexo Industrial da Saúde. In: HASENCLEVER, L (org.) **Desafios de operação e desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde**, p. 99-126. 1 ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. RAUEN, André Tortato. (Org.) **Políticas de inovação pelo lado da demanda no Brasil.** Brasília: IPEA, 2017. *E-book*.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030 – ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2019. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433. Acesso em: 20 jun. 2021.

JELLINEK, Georg. **Teoría General del Estado**. México: Editora Nacional, 1959.

MALDONADO, José. GADELHA, Carlos Augusto Gabois. COSTA, Laís Silveira. VARGAS, Marcos. A dinâmica inovativa do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais. **Rev Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 2012. ;46(Supl):29-36.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MAZZUCATO, Mariana. **O Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado**. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014. *E-Book*.

MENEZES, Daniel Francisco Nagao; FIGUEIREDO, Rafael Alves de. **A visão do Estado empreendedor como forma de estrutura político-econômica adequada à nova fase do capitalismo**. *Ius Gentium: Curitiba*, vol. 8, n. 1, jan/jun 2017, p. 266-287.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014.

NISHIJIMA, Marislei. Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 189-206, Jun. 2008.

OLIVEIRA, Eugléubia; LABRA, Maria; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

PERLINGIERI, Pietro. **O direito civil na legalidade constitucional**. 1 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

_____, Pietro. **Perfis do direito civil: introdução ao Direito Civil Constitucional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PIMENTEL, Vitor Paiva. **Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos no Brasil sob a ótica das compras públicas para inovação: 2009-2017**. Rio de Janeiro, 2018. xvii 231 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, 2018.

RESTREPO, Sylvia Fortes (et al). Gasto privado com medicamentos entre idosos e o comprometimento da renda familiar em municípios de médio porte no estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200042, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos fundamentais na Constituição de 1988**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCHAPIRO, Mário. **Ativismo Estatal e Industrialismo Defensivo: Instrumentos e Capacidades na Política Industrial Brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

_____, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. 3ª. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SILVEIRA, Emerson Sena da; SILVA, José Maria da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas e técnicas**. Petrópolis: Vozes, 2007.

SOUZA, Washington Peluso Albino de. **Direito econômico**. São Paulo: Saraiva, 1980.

_____, Washington Peluso Albino de. O princípio da “ambiguidade” na configuração legal da ordem econômica. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, n. 21, outubro de 1956.

_____, Washington Peluso Albino de. **Primeiras linhas de Direito Econômico**. 6 ed. São Paulo: LTr, 2005.

VARGAS, MA., GADELHA et al. Indústrias de base química e biotecnológica voltadas para a saúde no Brasil: panorama atual e perspectivas para 2030. *In* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento produtivo e complexo da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 5. pp. 31-78. ISBN 978-85-8110-019-7. *E-Book*.

VASCONCELOS, Daniela; CHAVES, Gabriela; AZEREDO, Thiago; SILVA, Rondineli. National Medicines Policy in retrospective: a review of (almost) 20 years of implementation. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 22, Rio de Janeiro, 2017. p. 2609-2614

VARRICHO, Pollyana de Carvalho. As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo da Saúde. In: IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. RAUEN, André Tortato. (Org.) **Políticas de inovação pelo lado da demanda no Brasil**. Brasília: IPEA, 2017.

VIEIRA, Valquíria Fernandes Marques. **Gastos privados com medicamentos em população adulta em Minas Gerais**. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva. Concentração Epidemiologia) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz: Belo Horizonte, 2015

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra o capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.