



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Nercilene Santos da Silva Monteiro

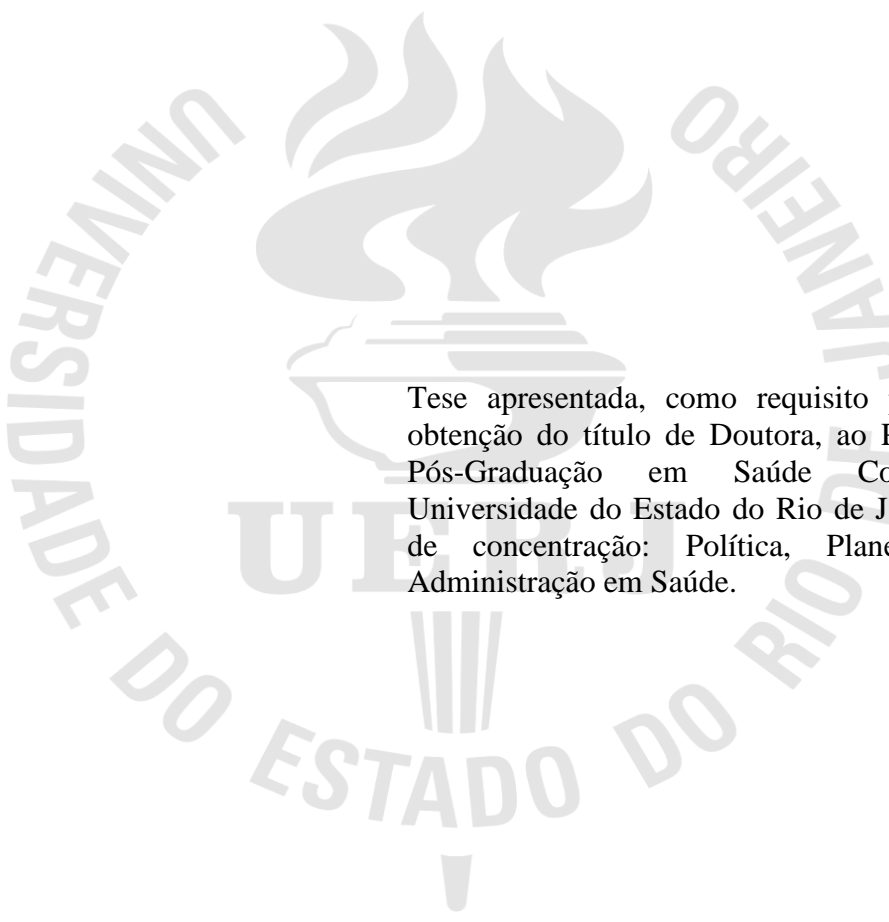
A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente

Rio de Janeiro

2022

Nercilene Santos da Silva Monteiro

A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M775	Monteiro, Nercilene Santos da Silva
	A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente / Nercilene Santos da Silva Monteiro – 2022. 283 f.
	Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
	Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Sistema Único de Saúde - Brasil - Teses. 2. Acesso universal aos serviços de saúde – Teses. 3. Capitalismo – Teses. 4. Política de saúde – Teses. 5. Estado - Teses I. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro III. Título.
	CDU 614.2(81)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nercilene Santos da Silva Monteiro

A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 07 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dra. Rosangela Caetano
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. José Manuel Santos de Varge Maldonado
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ

Prof. Dra. Juliane da Costa Furno
Instituto para Reforma das Relações entre Estado e Empresa

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Que saudade de você, papai! Dedico esse trabalho ao nosso amoroso convívio!

Dedico também a você, minha preta, minha mãe, obrigada por tudo!

Aos meus filhos Lucas, André e Tiago, compromisso e amor por vocês, até o fim!

Ao meu marido Fábio, meu amor desde a Copa do Mundo de 1994, pai dos meus meninos, dedico esse resultado, meu companheiro de vida!

AGRADECIMENTOS

Uma vez conversando com meu pai fiquei surpresa ao saber que durante sua mocidade seu sonho era ter uma carteira assinada para utilizar o serviço de saúde. Essa surpresa veio do fato de que minha geração não conheceu essa realidade e, por isso, meus primeiros agradecimentos vão para as pessoas que entenderam que nenhuma pessoa deveria ser destituída do direito de cuidar da sua saúde, pessoas que dedicaram a vida pela luta do acesso universal a saúde no Brasil, desde aqueles que começaram por identificar as condições de vida das pessoas nos cortiços dos centros urbanos, nas palafitas dos ribeirinhos, nas aldeias indígenas, nas choupanas do campo. Para vocês que já não estão mais nesse plano, que estão aposentados ou que resistem a se aposentar, meus sinceros agradecimentos pela mudança radical que cada um de vocês ajudou a concretizar. Depois, gostaria de agradecer a todos que decidiram continuar essa luta, onde me incluo. A cada profissional da saúde, a cada pesquisador, professor, gestor, estudante da área que mantém aceso o ideal da saúde coletiva, meu muito obrigada.

Atuo profissionalmente na Fundação Oswaldo Cruz desde 1988, ano mágico, que mudou minha vida, a vida da minha família e a vida de tantas famílias no Brasil redemocratizado e com a Constituição Federal cidadã e que inspirou em todos nós o sentimento da coletividade e da solidariedade. Na Fundação Oswaldo Cruz, dirigida por Sérgio Arouca, o sentimento era um só, trabalhar para que o Estado brasileiro, por meio das suas instituições, respondesse às demandas sociais e, assim, estabelecesse um novo relacionamento com a população. A trajetória profissional iniciada na Diretoria de Administração Geral da Fiocruz foi fundamental para cultivar o sentimento institucional, compreender as diversas perspectivas da saúde, que não se resume a assistência hospitalar, e moldar minha conduta sempre no espírito de aprender, aperfeiçoar, compartilhar. Aos meus primeiros colegas de trabalho, que tiveram a generosidade de me acolher e ensinar ainda no período de estágio, meus agradecimentos.

Depois de quase vinte anos de trabalho, fui convidada por uma pessoa que primeiro me conquistou na sala de aula durante o mestrado na Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, e depois, a professora de ciências políticas me conquistou para o projeto da Casa de Oswaldo Cruz (COC), unidade em que atuo desde 2006 e que me deu as melhores oportunidades da vida, forjando em mim novos valores como o apreço a diversidade, a construção coletiva, ao conhecimento científico e sua popularização. Estar nesta Unidade no período mais difícil das nossas vidas, foi um alento. A Covid-19 chegou em 2020,

portanto, durante a maior parte da elaboração dessa tese lutamos contra o vírus, contra o negacionismo, o revisionismo e os ataques à democracia. Enquanto isso, o SUS mostrava a que veio e foi por meio do sistema público que milhares de pessoas puderam realizar testes, recuperar sua saúde e tomar as doses da vacina.

Durante a pandemia, os laços foram ficando ainda mais fortes, sabíamos que precisávamos de apoio mútuo, e recebi esse apoio, por isso, agora que chega o momento de agradecer, eu penso em cada pessoa que me ajudou nessa jornada, desde os bibliotecários e arquivistas que tiveram a sensibilidade de digitalizar e enviar um número sem fim de material, aos colegas do curso do doutorado que dividiram as tarefas das disciplinas para não pesar mais do que o necessário para ninguém e os professores do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, que tiveram a generosidade de rever calendários e prover todos os meios para que os alunos não desistissem no meio do caminho. A vocês, meu muito obrigada, muito obrigada mestres, tutores, luzes em nossas vidas.

Na Casa de Oswaldo Cruz também pude contar ao longo de todos esses anos com total empatia, incentivo e colaboração da diretoria da Unidade, dos colegas, das equipes das atividades que coordeno. Se eu consegui trabalhar e estudar ao mesmo tempo, porque não pude me licenciar devido ao cargo que ocupo, foi porque tive o apoio de cada um de vocês, Paulo Elian, Marcos José, Liene, Magali, Diego, Luciana Garcez, Elaine, Wander, Vicente, Michelle, Ygor, e na pessoa de vocês agradeço a toda área de gestão da nossa querida COC. A você, Andrea Ramos, que está no lugar que Deus reserva aos melhores, agradeço por ter intermediado minha vinda e meu encontro com Nara Azevedo, professora que me trouxe e hoje, amiga querida. Minha amiga Paulinha, obrigada pela força de sempre, minha irmã.

Agradeço aos professores que participaram da banca e que me ofereceram ricas recomendações, que não sei se consegui atender totalmente, mas me comprometo a seguir na pesquisa, preenchendo lacunas e contribuindo por meio do grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado (SEM), composto por pessoas que somam sempre e as quais também agradeço. Agradeço ao meu orientador, o criador de tudo isso, por ter me aceitado como aluna e orientanda, por ter compartilhado seu valioso conhecimento, por ter me feito mudar de ideia tantas vezes. Muito obrigada PH, você é brilhante e seu brilho nos ilumina. Finalizo, agradecendo aos meus amores, meu marido e meus filhos, pela compreensão nas horas em que não pude estar com vocês... e Pai, ninguém mais precisa sonhar, no Brasil tem SUS!

O agregado e o operário

Sou matuto do Nordeste
criado dentro da mata
caboclo cabra da peste
poeta cabeça chata
por ser poeta roceiro
eu sempre fui companheiro
da dor, da mágoa e do pranto
por isto, por minha vez
vou falar para vocês
o que é que eu sou e o que canto.

Sou poeta agricultor
do interior do Ceará
a desdita, o pranto e a dor
canto aqui e canto acolá
sou amigo do operário
que ganha um pobre salário
e do mendigo indigente
e canto com emoção
o meu querido sertão
e a vida de sua gente.

Procurando resolver
um espinhoso problema
eu procuro defender
no meu modesto poema
que a santa verdade encerra
os camponeses sem terra
que o céu deste Brasil cobre
e as famílias da cidade
que sofrem necessidade
morando no bairro pobre.

Vão no mesmo itinerário
sofrendo a mesma opressão
nas cidades, o operário
e o camponês no sertão
embora um do outro ausente
o que um sente o outro sente
se queimam na mesma brasa
e vivem na mesma Guerra
os agregados sem-terra
e os operários sem casa.

Operário da cidade
se você sofre bastante
a mesma necessidade
sofre o seu irmão distante
levando vida grosseira
sem direito de carteira
seu fracasso continua
é grande martírio aquele
a sua sorte é a dele
e a sorte dele é a sua.

Disto eu já vivo ciente
se na cidade o operário
trabalha constantemente
por um pequeno salário
lá nos campos o agregado
se encontra subordinado
sob o jugo do patrão
padecendo vida amarga
tal qual burro de carga
debaixo da sujeição.

Camponeses meus irmãos
e operários da cidade
é preciso dar as mãos
cheios de fraternidade
em favor de cada um
formar um corpo comum
praciano e camponês
pois só com esta aliança
a estrela da bonança
brilhará para vocês.

Uns com os outros se entendendo
esclarecendo as razões
e todos juntos fazendo
suas reivindicações
por uma democracia
de direito e garantia
lutando de mais a mais
são estes os belos planos
pois nos direitos humanos
nós todos somos iguais

Patativa do Assaré

Poeta do nordeste do Brasil

RESUMO

MONTEIRO, Nercilene Santos da Silva. A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente. 2022. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Esta pesquisa apresenta as particularidades do capitalismo dependente que marca a América Latina e as repercussões da dependência econômica, tecnológica e política sobre o Sistema Único de Saúde. Apresenta o SUS como a maior inovação brasileira, destaca as dificuldades de sua implantação durante a hegemonia do neoliberalismo na região, e posteriormente, sob a vigência da austeridade fiscal. Busca demonstrar que questões tratadas como problemas naturais de consolidação da política de saúde pública são, na realidade, contingências da dependência histórica a qual o país se encontra submetido. A pesquisa exploratória inicia o percurso sobre a dependência a partir da construção intelectual de autores brasileiros que se dedicaram a demonstrar que a condição estrutural de capitalismo dependente gera contradições internas e dificulta o avanço das políticas industriais, comerciais e tecnológicas (ICT) de todos os países periféricos. Para tanto, foi adotada a Teoria Marxista da Dependência (TMD), abordagem inédita no campo da saúde coletiva e que tem potencial para ir além das explicações naturalizadas como falhas de mercado, das soluções que reforçam mecanismos de mercado no interior da política pública de saúde e das discussões fragmentadas sobre financiamento, dependência de insumos, dificuldade de integração em rede, dificuldade de provisão de pessoal, como se cada um desses problemas fosse uma questão isolada e não elementos intrínsecos aos limites e aos constrangimentos do Estado brasileiro para desenvolver política de desenvolvimento econômico e social. Retomando os estudos clássicos do IMS, o Estado ganha centralidade nessa pesquisa e por meio de linhas do tempo que cobrem o período de 1970 até os dias atuais foram apresentados processos que, em geral, são analisados separadamente e que dizem respeito ao desenvolvimento das ações de saúde pública, desenvolvimento do sistema de ciência e produção tecnológica em saúde e ao mesmo tempo, incentivos criados para a expansão do setor privado de saúde. Os conceitos e categorias analíticas da TMD permitem compreender os momentos em que o Estado cumpriu a função de “gestor da dependência” garantindo espaço de extração de valor e acumulação do capital para a burguesia nacional e estrangeira e momentos em que o Estado realizou intervenções no setor da saúde, buscando desenvolver a política pública de forma autônoma, visando reduzir a dependência externa e garantir as bases políticas e materiais para o projeto de saúde universal. Ao final, é reafirmado o papel do Estado, enquanto agente empreendedor de inovações de risco, executor de políticas e gerador de valor público para a sociedade e nas considerações que encerram a pesquisa, o tema foi retomado, o cumprimento dos objetivos e da questão da pesquisa foi avaliado, os limites e as proposições para estudos futuros foram apresentados. Espera-se ter contribuído para uma nova abordagem no campo, tendo a TMD como referência para discussão de problemas concretos do SUS à luz das categorias analíticas que a teoria oferece. Espera-se também que pesquisa contribua para difusão da TMD que, apesar de ser uma construção intelectual bastante acionada em outros países latinos, é ainda pouco aplicada no Brasil.

Palavras-chave: Teoria Marxista da Dependência e a saúde. Inovação em saúde. SUS. Valor público do SUS.

ABSTRACT

MONTEIRO, Nercilene Santos da Silva. The innovation of universal health in a dependent capitalist country. 2022. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This research presents the particularities of dependent capitalism that marks Latin America and the repercussions of economic, technological and political dependence on the Unified Health System. It presents the SUS as the greatest Brazilian innovation, highlights the difficulties of its implementation during the hegemony of neoliberalism in the region, and later, under the validity of fiscal austerity. It seeks to demonstrate that issues treated as natural problems for the consolidation of public health policy are, in fact, contingencies of the historical dependence to which the country is subjected. The exploratory research begins the journey on dependence from the intellectual construction of Brazilian authors who have dedicated themselves to demonstrating that the structural condition of dependent capitalism generates internal contradictions and makes it difficult to advance industrial, commercial and technological (ICT) policies in all peripheral countries. To this end, the Marxist Theory of Dependency (TMD) was adopted, an unprecedented approach in the field of collective health, which has the potential to go beyond naturalized explanations such as market failures, solutions that reinforce market mechanisms within the public policy of health and the fragmented discussions on financing, dependence on inputs, difficulty in integrating into a network, difficulty in providing personnel, as if each of these problems were an isolated issue and not intrinsic elements to the limits and constraints of the Brazilian State to develop health policy. Resuming the classic studies of the IMS, the State gains centrality in this research and through timelines that cover the period from 1970 to the present day, processes were presented that are generally analyzed separately and that concern the development of public health actions, development of the science and technological production system in health and, at the same time, incentives created for the expansion of the private health sector. The concepts and analytical categories of TMD allow us to understand the moments in which the State fulfilled the function of 'manager of dependency', guaranteeing space for the extraction of value and accumulation of capital for the national and foreign bourgeoisie and moments in which the State carried out interventions in the sector of health, seeking to develop public policy autonomously, aiming to reduce external dependence and guarantee the political and material bases for the universal health project. In the end, the role of the State is reaffirmed, as an entrepreneurial agent of risky innovations, policy executor and public value generator for society and in the considerations that close the research, the theme was resumed, the fulfillment of the objectives and the question of research was evaluated, limits and propositions for future studies were presented. It is hoped to have contributed to a new approach in the field, having the TMD as a reference for the discussion of concrete problems of the SUS in the light of the analytical categories that the theory offers. It is also expected that research will contribute to the dissemination of TMD which, despite being an intellectual construction that is quite active in other Latin countries, is still little applied in Brazil.

Keywords: Marxist Dependency Theory and health. Health innovation. SUS. Public value of SUS.

RESUMEN

MONTEIRO, Nercilene Santos da Silva. La innovación de la salud universal en un país capitalista dependiente. 2022. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Esta investigación presenta las particularidades del capitalismo dependiente que marca a América Latina y las repercusiones de la dependencia económica, tecnológica y política en el Sistema Único de Salud. Presenta al SUS como la mayor innovación brasileña, destaca las dificultades de su implementación durante la hegemonía del neoliberalismo en la región y, posteriormente, bajo la vigencia de la austeridad fiscal. Busca demostrar que los temas tratados como problemas naturales para la consolidación de la política pública de salud son, en realidad, contingencias de la dependencia histórica a la que está sometido el país. La investigación exploratoria inicia el recorrido sobre la dependencia a partir de la construcción intelectual de autores brasileños que se han dedicado a demostrar que la condición estructural del capitalismo dependiente genera contradicciones internas y dificulta el avance de políticas industriales, comerciales y tecnológicas (TIC) en todos los países periféricos. Para ello, se adoptó la Teoría Marxista de la Dependencia (TMD), un enfoque inédito en el campo de la salud colectiva, que tiene el potencial de ir más allá de las explicaciones naturalizadas como fallas del mercado, de las soluciones que refuerzan mecanismos de mercado dentro de la política pública de salud y de las discusiones fragmentadas sobre financiamiento, dependencia de insumos, dificultad del sistema para integrarse en una red, dificultad de provisión de personal, como si cada uno de estos problemas fueran cuestiones aisladas y no elementos intrínsecos a los límites y limitaciones del Estado brasileño para implementar las políticas de salud, de desarrollo económico y social. Retomando los estudios clásicos del IMS, el Estado gana centralidad en esta investigación, y a través de líneas de tiempo que abarcan desde 1970 hasta la actualidad, se presentaron procesos que generalmente se analizan por separado y que conciernen al desarrollo de acciones de salud pública, al desarrollo del sistema de producción de ciencia y tecnología en salud y, al mismo tiempo, a los incentivos creados para la expansión del sector privado de la salud. Los conceptos y categorías analíticas de la TMD permiten comprender los momentos en que el Estado cumplió la función de 'gestor de la dependencia', garantizando espacio para la extracción de valor y acumulación de capital para la burguesía nacional y extranjera, y momentos en que el Estado realizó intervenciones en el sector de la salud buscando desarrollar la política pública de manera autónoma, con el objetivo de reducir la dependencia externa y garantizar las bases políticas y materiales del proyecto de salud universal. Finalmente, se reafirma el papel del Estado como agente emprendedor de innovaciones de riesgo, ejecutor de políticas y generador de valor público para la sociedad, y, en las consideraciones que cierran la investigación, se retoma la temática, se evalúa el cumplimiento de los objetivos y de la pregunta de investigación, y se presentan límites y propuestas para futuros estudios. Se espera haber contribuido para un nuevo abordaje en el campo de la salud colectiva, teniendo a la TMD como referencia para la discusión de problemas concretos del SUS a la luz de las categorías analíticas que ofrece esta teoría. También se espera que la investigación contribuya a la difusión de la TMD, que, a pesar de ser una construcción intelectual bastante activa en otros países latinoamericanos, aún es poco aplicada en Brasil.

Palabras clave: Teoría Marxista de la Dependencia y salud. Innovación en salud. SUS. Valor público del SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Centro e as Periferias Econômicas.....	30
Figura 2 - Independência e abolição da escravidão na América Latina	34
Figura 3 - Formas de transferências de valor com intercâmbio desigual	50
Figura 4 - Formas de Cisão do Ciclo de Capital.....	53
Figura 5 - Tipologia dos países dependentes na América Latina	58
Figura 6 - Mandatos Interrompidos na América do Sul	61
Figura 7 - Ecossistema do SUS	105
Figura 8 - Instituições de Ciência e Tecnologia no Brasil.....	108
Figura 9 - Complexo Econômico Industrial da Saúde 4.0.....	115
Figura 10 - Projetos políticos em disputa (1970-1980).....	129
Figura 11 - Projetos políticos em disputa (1980-1990).....	140
Figura 12 - Projetos políticos em disputa (1990-2000).....	151
Figura 13 - Recebimento por patentes depositadas no Brasil.....	166
Figura 14 - Projetos políticos em disputa (2000-2010).....	175
Figura 15 - Marcos legais para o sistema de inovação	177
Figura 16 - Projetos políticos em disputa (2010-2021).....	191
Figura 17 - Elementos de análise nos contratos de terceirização	207
Figura 18 - Expectativas dos interessados no setor saúde	227
Figura 19 - Pessoas que utilizam internet no Brasil (%)	231

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Grupos do Fundo Público.....	46
Quadro 2 - Laboratórios Públicos Oficiais	109
Quadro 3 - Distinção entre Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.....	223

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIA	<i>American International Association for Economic and Social Development</i> (EUA)
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPF	Boas Práticas de Fabricação (ANVISA)
CACEX	Carteira de Comércio Exterior
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEME	Central de Medicamentos Essenciais
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (ONU)
CHESF	Companhia Hidroelétrica do São Francisco
CNA	Companhia Nacional de Álcalis
CODETEC	Companhia de Desenvolvimento Tecnológico
CNA	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secreta Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH	Federação Brasileira de Hospital
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FINAME	Fundo de Financiamento para Aquisição de Máquinas e Equipamentos Industriais (BNDES)
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNM	Fábrica Nacional de Motores
GIH	Guia de Internações Hospitalares
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i> (Alemanha)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBESP	Instituto Brasileiro de Economia, Sociologia e Política.
ICT	Indústria, Comércio e Tecnologia
IEC	Instituto Evandro Chagas
IMS	Instituto Medicina Social Hesio Cordeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IoT	Internet das coisas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
ISI	Industrialização por substituição de importações
ISSB	Instituto do Serviço Social Brasileiro
LOF	Laboratórios Farmacêuticos Oficiais
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MOPS	Movimento Popular pela Saúde
NHS	<i>National Health Service</i> (Inglaterra)

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAM	Posto de Assistência Médica (INAMPS)
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PASNI	Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PIS	Programa de Integração Social
PNCTI	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNI	Programa Nacional de Imunização
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFARMA	Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva
Farmacêutica	
RBPPM	Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento de Urgência
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUMOC	Superintendência de Moeda e Crédito
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TD	Teoria da Dependência
TDA	Teoria da Dependência Associada
TMD	Teoria Marxista da Dependência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1 O CENTRO E AS PERIFERIAS DO SISTEMA CAPITALISTA	25
1.1 Os antecedentes da Teoria da Dependência	31
1.1.1 <u>Comissão Econômica para a América Latina</u>	37
1.1.2 <u>Instituto Superior de Estudos Brasileiros</u>	40
1.1.3 <u>Teoria da Dependência Associada</u>	43
1.2 Teoria Marxista da Dependência	46
1.3 As tipologias dos Estados Latino-Americanos	55
1.4 A inovação brasileira na periferia do sistema capitalista	66
2 OBJETIVOS E MÉTODO DE PESQUISA	75
2.1 Objetivo geral	75
2.2 Objetivos Específicos	75
2.3 Métodos	75
3 ACESSO A SAÚDE NOS PAÍSES CAPITALISTAS	82
3.1 Antecedentes da Saúde universal no ocidente	83
3.2 Antecedentes da política universal de saúde no Brasil	92
3.3 Saúde universal na periferia do sistema capitalista	102
3.3.1 <u>As características do Sistema Único de Saúde</u>	102
3.3.2 <u>Inovações tecnológicas no SUS</u>	106
4 A DEPENDÊNCIA E AS REPERCUSSÕES OBJETIVAS SOBRE O SUS	118
4.1 Projetos políticos em disputa na sociedade brasileira (1970-2020)	126
4.1.1 <u>A formação da Medicina Social e produção industrial para saúde</u>	128
4.1.2 <u>A Penetração do capital no setor de saúde</u>	132

4.1.3 <u>A desnacionalização do setor farmacêutico no Brasil</u>	136
4.1.4 <u>A organização dos movimentos populares pela saúde comunitária</u>	138
4.2 Mecanismos de transferência de valor e o SUS	145
4.2.1 <u>Implementação do Sistema Único de Saúde no governo neoliberal</u>	146
4.2.2 <u>A Epidemia do HIV e a produção pública brasileira</u>	152
4.2.3 <u>A aplicação da Teoria da Dependência Associada no Brasil</u>	156
4.3 Ampliação da acumulação privada no âmbito do SUS	169
4.3.1 <u>Redução do papel do Estado e ampliação da privatização dos serviços</u>	171
4.3.2 <u>Investimentos em políticas sociais e no sistema nacional de inovação</u>	176
4.3.3 <u>Investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a saúde</u>	183
4.3.4 <u>Expansão do SUS e ampliação da privatização</u>	192
5 O ESTADO EMPREENDEDOR DA SAÚDE UNIVERSAL	215
5.1 O valor público do Sistema Único de Saúde	221
5.2 Mecanismos de proteção do valor público do SUS	227
5.3 Projetos inovativos de interesse público	233
CONSIDERAÇÕES FINAIS	241
REFERÊNCIAS	253
Apêndice A: Autores Brasileiros da Teoria da Dependência	276
Apêndice B: Impostos que financiam o SUS	277
Apêndice C: Conferências Nacionais de Saúde	278
Apêndice D: Quadro comparativo de gastos com perfis profissionais	280
Anexo E: Breve contextualização do neoliberalismo	281

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasceu do interesse em refletir sobre um conjunto de inovações realizadas no Brasil pelo setor público de saúde. A ideia inicial era identificar se as inovações selecionadas contribuíam para melhorar a qualidade da prestação do serviço e a experiência do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Embutida nessa proposta, estava a hipótese de que se tais inovações tivessem maior centralidade na autonomia do usuário, seria possível alcançar maior qualidade e uma colaboração ativa e consciente dos beneficiários e, por conseguinte, maior coesão social em defesa do SUS. Havia também o pressuposto de que todas as inovações realmente estavam disponíveis para todos, que bastaria boa vontade para aplicá-las.

Nas primeiras reuniões de orientação surgiram questões sobre a natureza dessas inovações e sobre a capacidade concreta do Estado em implantá-las. Foi importante a aproximação com a disciplina dedicada a sociologia da ciência para desmistificar a ideia da inovação como um processo linear ou acontecimento abrupto resultante de uma mente notável (FLECK, 2010), assim como foi fundamental pensar no protagonista que investe e socializa a inovação no Brasil - o Estado -, em seu papel de empreender e assumir os riscos que o mercado rejeita (MAZZUCATO, 2014).

Ao discutir o Estado brasileiro e as particularidades do capitalismo dependente que marca a América Latina, a pesquisa tomou outra verve, outra inspiração, voltando-se à reflexão sobre o desenvolvimento de políticas de legítima defesa da sociedade perante as consequências de um modelo econômico global excludente, cada vez mais parecido com o “moinho satânico” do qual falou Karl Polanyi (2000), tornando-se ainda mais brutal nas nações, que embora sejam formalmente e politicamente independentes, mantêm uma relação historicamente subordinada aos países do centro econômico do sistema capitalista.

Muitos foram os frutos do doutorado no Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS), mas destaco essa tomada de consciência como ganho principal, pois discutir uma política da envergadura do SUS sem entender as condições estruturais que um Estado capitalista dependente está submetido, resulta em análises reducionistas e conclusões parciais. Por outro lado, ficar presos a essas condições para justificar a falta de ações concretas para aperfeiçoar o SUS é desconsiderar que, mesmo submetido, o Brasil foi capaz de implantar o primeiro sistema de saúde universal dentre as nações capitalistas da América do Sul, tornando-se referência quando o assunto é ‘saúde para todos’.

Na perspectiva da universalização de direitos, o Sistema Único de Saúde é a política pública mais próxima dos regimes de *Welfare State* implantados pelos países desenvolvidos. No entanto, o Brasil não dispõe das mesmas condições políticas e econômicas desses países e mesmo diante da inegável superioridade das políticas universais para conquista da cidadania plena (ESPING-ANDERSEN, 1991), dos ganhos expressivos na expectativa média de vida da população brasileira (MARTINS et al., 2021) e da contribuição para o desenvolvimento da ciência e tecnologia do país (GADELHA, 2013), o fato do SUS ter sido implantado como política pública de Estado durante um período de forte crise nas taxas de lucro no contexto externo, hiperinflação e crise da dívida no contexto interno (PIRES, CARNUT, MENDES, 2021) sempre serviram de argumentos para os neoliberais obstaculizarem seu desenvolvimento de acordo com os ideais almejados pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Esses obstáculos têm sido abordados, de forma geral, pela perspectiva do fortalecimento do SUS, problematizando questões relativas ao financiamento, à provisão de pessoal, ao modelo de atenção e formatos de prestação dos serviços, à absorção de tecnologias e outras questões e debilidades com as quais as instituições que operam o sistema público de saúde precisam lidar. Claro que todas essas perspectivas são importantes para aperfeiçoar a política, mas se não houver compreensão sobre a natureza dessas debilidades, continuaremos discutindo questões que estão relacionadas a dependência estrutural do país, como se fossem problemas inerentes a consolidação do SUS.

Passados mais de trinta anos, o Sistema Único de Saúde cumpriu seu objetivo de universalizar o acesso aos bens e serviços de saúde, mas convive com o mercado privado de saúde que funciona ativamente no Brasil desde 1970 e vem sendo incentivado desde então, enquanto o SUS padece com medidas fiscais que reduzem a capacidade do Estado, ameaçando o projeto de saúde universal. No coronário dessas ameaças, está disputa entre o Estado liberal e o Estado social, que, mesmo diante de tragédias humanitárias, como a pandemia da Covid-19, se intensificou e novas questões passaram a compor a narrativa dos defensores do Estado mínimo.

Diante desse cenário, esta pesquisa se justifica por buscar abordar questões estruturais do Estado e do seu papel no desenvolvimento da política de saúde universal, que necessariamente inclui a disponibilidade de bens e serviços. Visa colaborar com macro análises das políticas de seguridade social, saúde e assistência que marcaram a produção acadêmica do IMS no período dos anos de 1980 até 2000, mas que tem cedido lugar para

análises micro setoriais e para discussões sobre programas e projetos específicos. Esses estudos são importantes para o aperfeiçoamento do SUS, mas como aponta Eduardo Levcovitz (2018) o esforço intelectual de pensar Estado tem se tornado ausente na academia e precisa ser retomado, sobretudo, diante da nova conjuntura de austeridade e do quadro sanitário que transformou a saúde em uma questão geopolítica.

A pesquisa aborda a inovação da política universal na periferia do sistema capitalista e as repercussões da dependência sobre o SUS. Embora a inovação não seja o elemento central da tese, seu conceito está utilizado no sentido de iluminar a política universal como resultado de um processo longo e evolutivo de lutas sociais que reúne e desenvolve competências, estruturas e valores que romperam completamente com o padrão anterior de assistência à saúde no Brasil.

A questão de pesquisa e que consiste no objetivo geral dessa tese diz respeito a identificar como o capitalismo dependente se expressa no interior do sistema público de saúde? A hipótese é de que o SUS esteja se configurando como esfera de circulação de bens e serviços para acumulação de capital privado nacional e estrangeiro por meio de medidas adotadas no interior do Estado, que vem servindo ao mercado e acabará por inviabilizar o direito à saúde universal no Brasil.

Para cumprir esse objetivo foram traçados três objetivos específicos dedicados a identificar as formas de atuação do Estado dependente brasileiro que asseguraram os interesses da burguesia interna e estrangeira durante o desenvolvimento da política pública de saúde e identificar as formas com que as categorias de transferência de valor e da superexploração de trabalho funcionam no setor de saúde e por último, apresentar os aspectos que facilitam o papel do Estado como empreendedor e executor de políticas que atendem interesses e necessidades da população no campo da saúde pública.

A tese está estruturada em seis capítulos. No primeiro capítulo, está apresentada a Teoria Marxista da Dependência (TMD), escolhida como referencial teórico por sua abordagem potente e genuína sobre o capitalismo dependente que marca a América Latina. Faz parte desse capítulo a formação do centro e da periferia do sistema econômico, os antecedentes da TMD, seus conceitos, categorias analíticas e tipologias dos países da região, a partir da elaboração dos autores brasileiros Theotônio dos Santos, Ruy Mauro Marini e Vânia Bambirra. Embora esta não seja uma pesquisa historiográfica, neste capítulo, recupera-se alguns momentos do conflito histórico entre o Estado liberal e o Estado social no Brasil por

considerar que essa é uma questão central para o entendimento do quadro em que economia e política interagiram para salvaguardar os interesses estrangeiros ao mesmo tempo que medidas de desenvolvimento interno estavam em curso.

O capítulo dois apresenta o objetivo geral, os objetivos específicos e o método adotado para realização da pesquisa que assume o design exploratório, dado que durante o levantamento bibliográfico da produção acadêmica sobre o SUS - que é bastante vasta e plural, foi observada a carência de um referencial teórico que dê as bases necessárias para discutir como as características do capitalismo dependente limitam, estruturalmente, o Sistema Único de Saúde.

No capítulo três, foi apresentada a trajetória de luta que configurou a saúde enquanto direito, o processo de desenvolvimento da saúde universal sob responsabilidade do Estado iniciado na extinta União das Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS), a implantação do *Welfare State* após a segunda guerra mundial como símbolo da social-democracia e os movimentos de luta pela saúde universal no Brasil. Nesse capítulo, foi abordado o sistema de inovação brasileiro, os laboratórios públicos do setor de saúde e dados de produtividade do SUS que demonstram a potência do sistema, não só enquanto política pública, mas também como espaço de desenvolvimento da ciência e da tecnologia no país.

No capítulo quatro são apresentadas as ações do Estado, contextualizando três movimentos que aconteceram a partir da década de 1970 até a atualidade, que demonstram com clareza os projetos políticos em disputa na sociedade brasileira. O objetivo desse capítulo é aproximar elementos que em geral são apreciados separadamente quanto ao desenvolvimento da política de saúde pública, da política de ciência e tecnologia para o setor de saúde e políticas de expansão para o setor privado de saúde, identificando as formas de atuação do Estado dependente brasileiro que asseguraram os interesses da burguesia interna e estrangeira, sobretudo quando o país ampliou a cobertura assistencial em 1970, entrou na rota do desenvolvimento da ciência e tecnologia em 1980 e implantou o SUS em 1990.

O propósito é colaborar com outras perspectivas, para além da dependência representada pelos déficits na balança comercial, muito bem explorados nos estudos a respeito do Complexo Econômico Industrial da Saúde, identificando neste capítulo, ainda que de modo exploratório, as formas com que a dependência se expressa no âmbito do SUS.

No capítulo cinco a discussão se volta ao papel do Estado, enquanto agente empreendedor de inovações de risco, executor de políticas e gerador de valor público para a

sociedade (MAZZUCATO, 2014, 2020). Neste capítulo, foi recuperada a questão da teoria do valor tratada brevemente no referencial teórico, buscando relacionar o Estado e a esfera de atividades produtivas, de modo a afirmá-lo como agente único e capaz de executar políticas universais. Por fim, estão as considerações finais, indicando os limites da pesquisa e as proposições para estudos futuros que aprofundem a Teoria Marxista da Dependência no campo da saúde coletiva.

É inviável pensar no SUS do futuro sem considerar as formas de dependência que vem ameaçando o projeto de saúde universal desde seu nascedouro. Assim, a relevância deste estudo se dá pela adoção do referencial teórico - Teoria Marxista da Dependência, até então não aplicada no campo da saúde coletiva. Espera-se, ao final, ter contribuído para uma nova abordagem no campo, tendo a TMD como base de referência para discussão de problemas concretos do SUS à luz das categorias analíticas que a teoria oferece. Espera-se também que pesquisa contribua para difusão da TMD que, apesar de ser uma construção intelectual bastante acionada em outros países latinos, é ainda pouco debatida no Brasil.

1 O CENTRO E AS PERIFERIAS DO SISTEMA CAPITALISTA

A formação da sociedade capitalista foi apresentada de maneira primorosa por Karl Polanyi (2000) em sua obra “A Grande Transformação. As Origens de Nossa Época”, detalhando o processo de mudança da sociedade rural e artesã para sociedade urbana e industrial durante o século XIX. Esse complexo processo de transição do capitalismo mercantil para o capitalismo liberal se deu sob quatro pilares pactuados entre as nações mais avançadas nos processos de industrialização, sendo eles: o equilíbrio de poder entre as grandes potências, o padrão ouro como base para o sistema econômico-financeiro, o mercado autorregulável e o Estado liberal. Também foi instaurada a haute finance como instituição “neutra” com poderes arbitrais para resolução de eventuais conflitos entre os “sócios”. Esses pilares garantiram cem anos de paz no ocidente (1815-1914) e a acumulação de riquezas para a Europa.

Polanyi aponta que esse processo prometia segurança para o homem simples e progresso para a burguesia. No entanto, à medida que o capitalismo avançava, regiões eram espoliadas e enormes contingentes ficaram excluídos do benefício que o progresso propiciava. Para o autor, a tentativa utópica do liberalismo de estabelecer um sistema de mercado autorregulável permitiu que um pequeno grupo de nações alcançasse hegemonia sobre outras, que tiveram suas condições de produção material limitadas pelo avanço brutal das primeiras. Ele aponta que somente na sociedade do século XIX assistiu-se um motivo raramente reconhecido para mover a vida cotidiana: o lucro. O sistema de mercado derivou unicamente deste princípio e, em apenas uma geração, a humanidade estava submetida ao princípio que transformou todas as esferas da vida em mercadorias fictícias – terra, dinheiro, trabalho (2000, p. 97). Para Polanyi a influência do capitalismo é comparável apenas ao fervor religioso.

Mas, se no século XIX algumas nações viveram os anos de prosperidade e progresso decorrentes da produção sem precedentes de bens, a conta chegou no século XX. Grandes rupturas e duas guerras envolveram todos os países do centro do econômico. Os resultados dessas rupturas foram a queda do padrão ouro em 1931 e o deslocamento de poder do Reino Unido para sua ex-colônia, os Estados Unidos da América, restando, portanto, os dois últimos pilares pactuados - o mercado autorregulável e o Estado liberal. Sobre esse último, os planos quinquenais da URSS nos anos de 1920 e as ideias de Keynes, favorável à intervenção estatal na economia nos anos de 1930, fizeram emergir uma conjuntura totalmente nova e que

evidenciava que o sistema capitalista não só precisava da intervenção do Estado, como era dependente dele. Por fim, o avanço das “firmas” formando grandes monopólios e oligopólios e as estratégias de dominação tecnológica mostrou a fragilidade do livre mercado.

Na nova ordem mundial surgida após a Segunda Guerra Mundial, os papéis foram reconfigurados na conferência de Bretton Woods, realizada em 1944, na qual ficou estabelecida a hegemonia estadunidense. Participaram 44 países, inclusive o Brasil, discutindo o novo sistema para regular a política econômica internacional e sustentar o capitalismo como modelo econômico global. A conferência foi dirigida por duas delegações, tendo Henry Morgenthau e Harry White representando os Estados Unidos e John Keynes representando a delegação inglesa (CADTM, 2020). Ficou estabelecido que os Estados controlariam o capital financeiro, foram criados o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional e foi decidido que o dólar substituiria a libra como padrão de moeda internacional, devendo permanecer ligado ao valor do ouro em base fixa, cabendo aos países manter sua taxa de câmbio congelado ao dólar com margem de manobra de cerca de 1% (IPEA, 2009).

Os soviéticos participaram dessa Conferência, mas não ratificaram o acordo e denunciaram, em 1947, que a distribuição do direito de voto havia priorizado apenas os 11 países mais industrializados com predomínio dos EUA, subordinando todas as demais nações à política do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), nascidos sob a coordenação dos estadunidenses e dos europeus ocidentais (CADTM, 2020).

Esse domínio político e econômico dos EUA foi reforçado por estratégias corporativas muito fortes. Giovanni Arrighi observou que, enquanto os ingleses optaram por desenvolver empresas específicas para realizar o processo de produção, para obter os insumos e para comercializar seus produtos nos cinco continentes, os estadunidenses verticalizaram os processos e investiram na profissionalização da tecnoestrutura, criando e aperfeiçoando racionalidades administrativas e de planejamento que garantiam vantagens competitivas comerciais. Essa inovação organizacional derrotou o modelo alemão de fábrica única e modelo inglês de especialização (2000, p. 291).

Arrighi apontou que o agente principal e dominante da superação do modelo inglês não foi o capital financeiro ou suas variantes, mas o capitalismo de corporações com unidades dotadas de integração vertical e administração burocrática. Uma vez que essas empresas se consolidaram, passaram a desfrutar de vantagens decisivas na economia mundial (ARRIGUI, 2000, p. 303). De acordo com o autor, as bases internacionais para que o quarto ciclo

sistêmico de acumulação¹ ocorresse e os EUA assumissem o lugar da Inglaterra como potência hegemônica após a segunda guerra até os dias atuais, teve como componente o regime de comércio da chamada Pax Americana, que possibilitou a expansão e modernização da estrutura asiática por seu modelo organizacional de cooperação em ciência e tecnologia (C&T) com o Japão, Taiwan, Coreia do Sul e Índia. Dentre os países asiáticos, a China também adotou a estratégia de C&T, porém dirigida estrategicamente por um Estado forte.

Na América Latina, a expectativa dos países era a de que a entrada definitiva na industrialização - epicentro do sistema capitalista -, impulsionaria a economia interna e assim, entre 1930 e 1950 – períodos em que os países centrais se envolveram em duas guerras mundiais – a América Latina contou com mais autonomia e forte estímulo estatal para seu desenvolvimento, e conseguiu avanços na formação, ampliação e diversificação do parque produtivo. Mas esse avanço não foi consistente, devido às condições estruturais às quais os países da região estão submetidos.

Para compreender este fenômeno, foram desenvolvidos estudos sobre a América Latina que buscavam buscar explicações fora das teorias dos europeus e dos estadunidenses sobre o desenvolvimentismo. Tratava-se de entender as características e as razões de os países continuarem subdesenvolvidos em 1960. Theotônio dos Santos (1998) foi um desses estudiosos e inicia pela contextualização da crise econômica que teve início na quebra da bolsa de 1929, quando os países latino-americanos se soltaram das amarras e conseguiram orientar suas políticas para produção interna, associando produção e consumo com a finalidade de substituir os produtos importados por produtos nacionais. Neste período, todos os países adotaram medidas protetivas, mas quando o ciclo protecionista arrefeceu após a segunda guerra mundial, iniciou-se a integração da economia mundial sobre o domínio dos EUA. Segundo o autor, os estadunidenses tinham a seu favor uma enorme economia, um Estado poderoso e o sistema de instituições formado em Bretton Woods (1998, p. 17). Por

¹ Os ciclos sistêmicos de acumulação, segundo Arrighi, são fases de expansão da economia mundial capitalista em que se alternam momentos de estabilidade e momentos de turbulência e nesses momentos os recursos de poder da economia hegemônica são superados por uma nova via de expansão com capacidade de crescimento superior a via anterior. O autor descreve os principais ciclos e a superação das hegemonias, sendo: as cidades-estados italianas do século XV (Gênova, Veneza, Florença e Milão) superadas pela Holanda, depois a Inglaterra superando a Holanda no século XVIII e sendo superada pelos EUA no século XIX.

isso, conseguiram suspender² o mercado em vários lugares do mundo, enterrando indústrias locais e assumindo a produção por meio de filiais espalhadas por países com potencial de ampliação do mercado consumidor.

A construção de Theotônio adensa a análise das implicações dessa estratégia sobre América Latina. Na região, a ideologia da modernização como proposta de melhoria de vida e progresso para as nações se apresentou como uma forma de intervenção, desta vez não militar e não colonial, mas por meio de projetos de filantropia científica e educacional financiados pelos EUA para manter sua hegemonia e fazer valer seus interesses na região. Nessa mesma linha, os estudos realizados por Claiton Marcio da Silva (2009) sobre a atuação da American International Association for Economic and Social Development (AIA) – que funcionou entre 1946 e 1968 no Brasil – revelam que os projetos tinham o propósito de difundir programas de assistência técnica de origem estadunidense, crédito supervisionado e visavam manter a influência e os interesses dos Estados Unidos na América Latina, sobretudo no Brasil, Venezuela, Chile e Argentina.

Joaquim Miguel Couto (2007), ao fazer uma revisão da obra de Celso Furtado, destacou os estudos sobre a dominação cultural exercida pelas economias centrais. Segundo Furtado, o progresso tecnológico é um dos meios de criação de novas necessidades, novos valores e, portanto, nova cultura. Ao falar em transferência de tecnologia, Furtado alertou que na realidade trata-se de desarticular o sistema de valores existentes para substituí-lo por outro e foi exatamente o que aconteceu a partir da década de 1950, quando a presença das empresas transnacionais na periferia do sistema econômico modificou padrões de produção e consumo. Além do progresso técnico, a força da indústria cultural audiovisual, musical e literária contribuíram para difusão dos elementos simbólicos que reforçaram o modo capitalista como padrão de produção e consumo a ser seguido, desconsiderando as reais condições dos países reproduzirem esse padrão.

As obras de Karl Polanyi, Giovanni Arrighi e Eric Hobsbawm demonstram que os países que formam o centro econômico hegemônico acumularam riquezas e ganharam competitividade por meio de medidas de protecionismo para suas indústrias nascentes,

² Segundo Arrighi, a suspensão do mercado acontece quando a unidade de planejamento faz contratos que especificam preços e quantidades à longo prazo, eliminando as incertezas do mercado. Os principais agentes de suspensão de mercado são os governos empenhados em desenvolver meios de gestão do Estado e de guerras.

bloqueando seu mercado interno à entrada de concorrentes, provendo isenções e subvenções e até utilizando mecanismos antiéticos como espionagem industrial. Depois de alcançado o domínio das fontes de abastecimento, da tecnologia e do mercado consumidor, essas práticas passaram a ser condenadas, conformando o que Chang (2004), parafraseando Friedrich List (1789-1846), denomina de “chutar a escada” para dificultar o desenvolvimento dos demais.

A figura a seguir é o desenho simplificado de relações interestatais muito complexas entre países que não dispõem do mesmo lugar no sistema econômico global. Nela, podemos observar que há um grupo de países que formam o centro da economia mundial. Esses países foram os que dominaram primeiro a ciência e a tecnologia utilizando os meios protecionistas descritos por Arrighi, Hobsbawm, Polanyi e Chang; apresentam os maiores valores em Produto Interno Bruto – PIB e têm grande poder político de decisão global, integrando, por exemplo, o grupo permanente do Conselho de Segurança da ONU³, que decide sobre conflitos e intervenções militares. Esses países que dominam o sistema político e financeiro global submetem os demais países a um desenvolvimento constrangido por medidas que concentram o poder no centro.

³ O Conselho de Segurança da ONU foi criado após a segunda guerra mundial para manter a paz e a segurança global e é formado por 15 membros, dos quais 5 são permanentes: EUA, Rússia, França, Reino Unido e China.

Figura 1 - O Centro e as Periferias Econômicas



Fonte: Adaptado de *University of British Columbia. Dependency Theory* (2012).

Essa divisão entre o Centro e as Periferias do sistema de poder se baseia nas seguintes pactuações: 1) rígida divisão internacional do trabalho, que concentra atividades de maior valor agregado nas economias centrais, delegando às economias periféricas as atividades de extração, agropecuária e processamento final de produtos; 2) cooperação entre integrantes das elites econômicas de diferentes países para preservação dessa divisão; 3) predomínio do capitalismo global pautado no modelo liberal para atuação em defesa dos interesses dos países centrais, das empresas transacionais, do sistema financeiro e, portanto, das elites que se beneficiam desse sistema. As relações entre essas elites estão representadas pelos pontilhados e significam cooperação irrestrita, mesmo que isto implique atrasos para seu próprio país. Os números presentes na figura indicam que há três conjuntos de nações vinculados aos interesses predominam no centro econômico.

O primeiro conjunto é formado por países do centro da periferia que em algum momento da história tiveram hegemonia como é o caso da Holanda ou tiveram um desenvolvimento acentuado por determinações e combinações com o centro, como é o caso do Japão. O segundo conjunto representa países que tiveram suas economias integradas ao centro hegemônico e que, portanto, tem o desenvolvimento submetido não só ao centro, como também a periferia do centro. O terceiro e último conjunto se refere aos países que operam submetidos aos interesses de todos os demais. A indicação da China e Índia em paralelo com uma seta significa que o padrão de produção científico, tecnológico e econômico desses países tem apresentado dinamismos que os qualificam para ocupar posições no centro e na periferia do centro, respectivamente.

Esse sistema de poder se replica dentro das periferias, alinhando os interesses das elites internas as quais Bamberger (2015) chamou de “dominados dominadores”, que atuam permanentemente pela preservação dessa divisão por meio da influência econômica e política interna.

1.1 Os antecedentes da Teoria da Dependência

Os estudos sobre a dependência têm suas raízes nas análises críticas ao sistema capitalista e ao imperialismo produzidos por Karl Marx. Seus ensaios pioneiros sobre a lei geral de acumulação, a reprodução ampliada e o processo de concentração do capital nos países mais avançados estão no centro do que se tornou, posteriormente, a noção de centro e periferia e da questão da desigualdade no processo de transferência de valor da periferia para o centro.

Muitos autores adotaram esses elementos em sua produção intelectual, e dentre eles, Vladimir Ilyich Ulianov (1870-1924), mas conhecido como Lenin⁴, foi quem aprofundou os estudos sobre a dominação de uma nação sobre outra, mesmo fora de períodos de guerra, criando a Teoria do Imperialismo (Lenin, 1916, p.44). Segundo Lenin, a aspiração pela hegemonia faz com que as nações tomem territórios, mesmo que seja apenas para enfraquecer nações adversárias, anexam nações agrárias, além de adotarem outros meios para impor o poder sobre outras nações, mesmo que sejam formalmente independentes.

⁴ Lenin ou Lenine era o pseudônimo de Vladimir.

A morte prematura de Lenin, aos 54 anos, impediu de acompanhar a ascensão do nazismo, a substituição da hegemonia inglesa pelos estadunidenses e toda construção material e imaterial que o centro econômico viria implementar para desencorajar o ideal socialista durante a Guerra Fria. Lenin também não pôde refletir sobre os distintos capitalismo que surgiriam após a inserção de regiões em um modelo econômico pré-moldado, mas antecipou que quanto mais o capitalismo se desenvolvesse, mais encarniçada seria a luta para adquirir colônias e manter sub-colônias (BAMBIRRA, 2015, p. 66).

Os autores do sistema-mundo⁵, como André Gunder Frank (1929-2005) e Immanuel Wallerstein (1930-2019), perceberam que o histórico de formação social dos países tinha implicação direta sobre o desenvolvimento das economias internas e, por essa razão, os países colonizados e subdesenvolvidos não poderiam ser avaliados pelas mesmas lentes que os países da Europa e os EUA. Frank (1966) ressaltava que a ignorância sobre o desenvolvimento capitalista na América Latina se expressava pela inadequação das teorias, pois elas não eram suficientes para explicar o subdesenvolvimento persistente, independentemente dos governos que ocuparam o poder. Wallerstein (2007) questionava o modelo de pensamento único e eurocêntrico, apresentando a tese de que a estrutura das relações internacionais se baseava em três elementos: o centro, a periferia e a semiperiferia.

Os autores demonstraram que não era possível compreender o desenvolvimento da América Latina sem considerar seu histórico colonial, as lutas pela independência, o sistema escravocrata e a luta pela abolição da escravidão, porque enquanto a Europa enriquecia, a A.L lutava para romper laços de dominação externa e interna, inspirada ainda pela Revolução Francesa e pela independência das colônias americanas.

Nas Américas, o movimento pela independência se inicia por Simon Bolívar, militar crioulo (filhos de europeus nascidos na A.L), rico, republicano, democrata e contra a escravidão, que planejou libertar a América Latina dos domínios da Espanha iniciando sua empreitada pela Venezuela, expandindo seus ideais de liberdade para outros territórios, como a Colômbia, Peru e Bolívia.

⁵ São considerados autores do sistema mundo Fernand Braudel, Immanuel Wallerstein, Giovanni Arrighi, Karl Polanyi, Eric Hobsbawm, André Gunder Frank. Theotônio dos Santos iniciou uma incursão sobre o sistema-mundo, sem deixar de considerar as questões da TMD, que para ele seria um antecedente do sistema-mundo.

Na região, o Brasil colonial era uma das mais importantes fontes de matéria prima para os países centrais. Como sinaliza o historiador José Jobson de A. Arruda (2008), o algodão padrão exportação, produzido por mão-de-obra escrava no Maranhão e em Pernambuco sustentava ao mesmo tempo o desenvolvimento da indústria têxtil na Inglaterra, na França e em Portugal. Com uma elite alinhada aos interesses dos países centrais, a independência do Brasil não se deu por vias revolucionárias, manteve o regime monarquista e o poder das oligarquias que foram as maiores responsáveis pelo Brasil ter sido o último país das Américas a abolir a escravidão (1888), como aponta a figura 2 que retrata a data da independência formal dos países latino-americanos e a data da abolição da escravidão nesses países.

Figura 2 - Independência e abolição da escravidão na América Latina



Fonte: Adaptado de Geledés – Instituto da Mulher Negra (2015)

A república foi instaurada no ano seguinte à abolição da escravidão (1889) e o país permaneceu comandado por militares até 1894. Em seguida, o Brasil foi governado por políticos liberais e durante esse período ocorreu a instalação de manufaturas voltadas ao consumo interno, mas foi após a quebra da bolsa de valores em 1929, quando as nações

centrais adotaram medidas antiliberais e soltaram um pouco os laços das ex-colônias, que o Brasil, sob o comando de Getúlio Vargas, iniciou o nacional-desenvolvimentismo, com repercussões sociais e econômicas profundas para o país.

O Brasil, México, Uruguai e a Argentina constituíram alternativas nacionalistas centradas na industrialização por substituição de importações, com forte intervenção do Estado. O desenvolvimentismo da década de 1950 era considerado como prática política para acelerar a industrialização, equilibrar forças e promover a coalização, ou, como diriam os mais críticos, a cooptação das classes sociais. No entanto, o equilíbrio de forças não aconteceu. A realidade histórica demonstraria que o desenvolvimentismo não era a bala de prata contra o ‘atraso’, havia outras questões a serem colocadas em debate e foram os teóricos da dependência que se dedicaram a essa tarefa.

Segundo Theotônio, o desenvolvimentismo se consolidou como referência teórico-política, sendo radicalizada por meio da obra de Walt William Rostow (1961), que definiu todas as sociedades pré-capitalistas como tradicionais e indicava estágios necessários para o desenvolvimento a partir de momentos de “decolagem” como os ocorridos na Inglaterra com a revolução industrial e nos EUA no pós-Segunda Guerra Mundial. Theotônio explica que os teóricos do desenvolvimento modelaram um tipo ideal weberiano e a partir desse tipo criaram categorias para classificar as sociedades segundo seu grau de modernização. O autor chama atenção para o fato de que apesar de propagarem a neutralidade do modelo, a inspiração europeia e estadunidense para definir o padrão de “modernidade” era evidente e que isto se radicalizou quando o modelo de Rostow definiu um padrão de desenvolvimento que desconsiderou os mais de 6.000 anos de história da civilização e de suas distintas formações econômicas e culturais, definindo todas as sociedades pré-capitalistas como tradicionais, o que Theotônio chamou de ‘barbarismo histórico’ que provocara protestos de historiadores sérios (SANTOS, 1998, p.11).

Essa Teoria do Desenvolvimento encampada por Rostow⁶ e seus seguidores tinha como propósito definir normas de comportamento convencionadas como “modernidade”, introduzindo novos valores nas sociedades ocidentais com o objetivo de extrair a

⁶ Theotônio salienta que Rostow defendia a necessidade do Estado desenvolvimentista fosse um Estado forte e que seus trabalhos como consultor da CIA se tornaram as referências para as políticas de golpes de Estado modernizadores praticados nas décadas de 60 e 70, a partir do golpe brasileiro de 1964 (1998, p.11).

produtividade máxima, gerar poupança e a acumular riquezas para o centro econômico.

Theotônio aponta que os teóricos não consideravam a situação das nações colonizadas, dos povos escravizados e da exploração predatória que abriu um fosso enorme entre as distintas realidades e que formaram, portanto, distintos tipos de capitalismo. Era preciso uma nova teoria para iluminar essas questões e explicar a realidade do subdesenvolvimento persistente na economia latina, e esse caminho foi trilhado na Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), fazendo a crítica da teoria liberal das vantagens comparativas e do etapismo como mecanismo planejado do desenvolvimento.

Ricardo Bielschowsky (2000), destaca que o ponto de partida para se compreender a contribuição da CEPAL sobre teorias econômicas deve ser o reconhecimento do corpo analítico específico aplicável as condições históricas da periferia latino-americana. A construção teórica dos seus primeiros 50 anos manteve o enfoque histórico-estruturalista, analisando as condições que o processo produtivo se modificava sobre uma estrutura econômica e institucional subdesenvolvida, herdada do período exportador.

Na construção teórica cepalina, a oposição entre o centro e a periferia foi fundamental para ilustrar que o padrão de consumo e difusão de tecnologias adequadas ao centro não era reproduzível nas periferias, que não dispunham nem de recursos e nem dos mesmos níveis de renda. Além disso, essa construção interpelava o argumento de Walt W. Rostow (1961), segundo o qual o subdesenvolvimento nas periferias seria uma etapa do desenvolvimento. Os autores latino-americanos defenderam o argumento de que não era possível comparar o subdesenvolvimento da A.L. com a história das economias centrais, porque as condições não foram as mesmas, não cabendo esperar sequências e resultados iguais. O capitalismo na periferia, era, portanto, particular, resultado da inserção de multinacionais modernas em uma estrutura arcaica, como disse Celso Furtado, um dos cepalinos mais prestigiados.

A Teoria Cepalina era inovadora, robusta em termos de evidências e fornecia uma proposta muito adequada aos planos de governos do continente latino na década de 1950. Segundo Bielschowsky (2000), a Teoria Cepalina preencheu o vazio teórico sobre a realidade da região e se instalou positivamente na comunidade acadêmica adepta ao keynesianismo, porém com uma versão regional do desenvolvimentismo. Segundo o autor, embora os registros do Banco Mundial fossem cuidadosos, a perspectiva desenvolvimentista da CEPAL era vista com simpatia pelo menos até os anos de 1970 (2000, p. 25).

1.1.1 Comissão Econômica para a América Latina

A CEPAL foi criada em fevereiro de 1948 para pensar na realidade econômica e social dos países latino-americanos⁷. Desenvolveu um pensamento que desafiou a construção teórica desenvolvimentista e seus modelos ideais, sendo as primeiras reflexões formuladas por Raul Prebisch (1901-1986) -, economista argentino que apresentou uma consistente corrente teórica sobre o sistema econômico mundial e apontou contradições severas na teoria das vantagens comparativas⁸.

A partir da chave teórica centro-periferia, Prebisch defendia a necessidade de a América Latina adotar a industrialização para substituir a importação e, assim, organizar um mercado interno menos dependente. Com a contribuição de Celso Furtado, Aníbal Pinto e outros intelectuais, a essa dimensão foi acrescida a perspectiva sobre a formação histórica dos países latinos e caribenhos, constituindo-se a escola do pensamento histórico-estruturalista cepalina (CEPAL, 2020).

Raul Prebisch produziu três documentos (CEPAL, 1951, 1962, 1973) que constituíram a matriz analítica de referência sobre as relações interestatais que envolviam as economias periféricas e as implicações do desequilíbrio nas contas externas, inflação e desemprego. Nesses documentos, Prebisch chamava atenção para as condições herdadas do período colonial, como baixa especialização produtiva e heterogeneidade tecnológica. Também fez parte dessa matriz a proposta de intervenção estatal na industrialização para avançar em setores que o mercado não resolveria espontaneamente.

A existência da CEPAL como escola de pensamento latino-americano foi fundamental para produções intelectuais baseadas na realidade da região. Os cepalinos estudaram a balança comercial entre 1925-1949 e conseguiram comprovar a desigualdade do comércio entre os países da periferia e do centro do sistema, identificando que enquanto os

⁷ Em 1984 a CEPAL incorporou os países caribenhos em sua produção intelectual.

⁸ A teoria das vantagens está relacionada ao comércio internacional e sua primeira vertente foi elaborada por Adam Smith (1723 -1790) que criou a Teoria das Vantagens Absolutas, segundo a qual cada país deveria se especializar na produção e exportação daquilo que tivesse melhor desempenho em termos do menor número de horas de trabalho empregadas. Em seguida, David Ricardo (1772- 1823) elaborou a Teoria das Vantagens Comparativas indicando que cada país deveria manter o equilíbrio de sua balança comercial, produzindo o que lhe garantisse a maior vantagem absoluta ou a menor desvantagem comparativa em relação ao tempo de M.O. envolvidos.

produtos básicos (agropecuária e extração mineral) tinham os preços deteriorados no médio e longo prazo, os produtos industrializados dos países centrais não perdiam valor, mesmo em momentos de crise e ainda tinham seus preços majorados ao longo do tempo. Esse levantamento também esclareceu o porquê do subdesenvolvimento na região, demonstrando com clareza que, ao contrário de promover o equilíbrio nas relações comerciais, a Teoria das Vantagens Comparativas resultava no atraso e no subdesenvolvimento, fazendo emergir assim diferentes tipos de capitalismo.

A contribuição de Prebisch constituiu a base da Escola Cepalina, fornecendo um caminho para que outros pesquisadores pudessem aprofundar a reflexão sobre economia política e sobre a realidade da América Latina. Esse caminho foi sistematizado por Couto (2007) da seguinte maneira:

- Ciclo econômico e repúdio às teorias do equilíbrio geral: antecedente de sua concepção centro-periferia. Prebisch concluiu que os movimentos de renda que se contraíam e se dilatavam não estavam limitados a esfera interna dos países e que havia uma realidade cíclica na qual ocorria uma sucessão de desequilíbrios, sendo, portanto, contraditória a visão de equilíbrio geral. Criticava a visão estadunidense da Escola de Chicago, que pregava que o livre funcionamento dos mercados corrigiria os problemas, sem que fosse necessária política compensatória. Inspirado por Keynes e por Schumpeter, aprofundava sua compreensão sobre ciclos econômicos e o papel empreendedor do Estado no processo de desenvolvimento.
- Sistema centro-periferia e industrialização na América Latina: já atuando na CEPAL, desenvolveu estudos sobre o desequilíbrio da balança de exportação, indicando o baixo coeficiente de importações dos EUA. Na Conferência ocorrida em Havana em 1949, emitiu um documento com dados e uma tese geral que conclamava a América Latina a engajar-se no esforço da industrialização para substituir o alto número de importações. Questionou o sistema de Divisão Internacional do Trabalho, que trazia como consequência maior deterioração dos preços dos produtos primários, enquanto os preços dos produtos manufaturados se mantinham estáveis mesmo em período de crise. A manutenção dos preços era explicada devido a força sindical dos trabalhadores do centro, que não perdiam remuneração nas fases de declínio. A renda do trabalhador passou a ser uma

preocupação e em 1951 Prebisch desenvolveu o conceito de elasticidade-renda da demanda. Segundo essa proposição quando a renda cresce, diminui a demanda por bens primários e aumenta por bens manufaturados.

- Mercado comum Latino-Americano e a insuficiência do sistema: Prebisch entendia que era possível alcançar estabilidade monetária com crescimento, porque para ele os fatores que causavam a inflação não eram causados por oscilações monetárias e sim por fatores estruturais como o alto custo de produtos importados. Denunciava que inflação era sempre argumento para retirar renda de novos grupos econômicos atuantes nas economias periféricas. Para ele, era um erro a teoria de “crescer para depois distribuir”. Neste período, o autor passou a se preocupar muito com as disparidades de renda nos países latino-americanos, passando a defender a reforma agrária em 1961.
- Insuficiência do sistema: acumulação de capital e a redistribuição de renda somente seriam possíveis por meio de uma grande participação do Estado sobre a poupança, sobre a terra e a iniciativa individual, dado que havia incapacidade de o sistema capitalista absorver deliberadamente a população ativa e a população desocupada devido ao tipo de progresso tecnológico implementado. A preocupação com o desemprego estrutural tornou-se constante na produção do economista.
- Comércio internacional, desequilíbrio externo e desenvolvimento econômico: neste período Prebisch formulou uma nova política comercial para corrigir o déficit virtual do comércio e evitar o estrangulamento externo. Ele afirmava que a industrialização deveria alcançar bens de maior complexidade, atingir novos mercados e incluir capacidade interna para fretes marítimos e seguro, sendo esses dois últimos componentes os maiores responsáveis pelo déficit virtual na balança de pagamentos.
- Teoria da transformação - síntese entre o liberalismo e o socialismo: Prebisch encerrou sua produção na Revista da Cepal revendo suas ideias e trabalhando na proposta de uma síntese entre o socialismo em um modelo de sociedade que preservaria o sistema democrático, o Estado assumiria a regulação da acumulação e da distribuição do capital, tendo como padrão o liberalismo com garantias do que produzir e do que consumir.

Os cepalinos argumentavam que o processo de industrialização não reduziria a vulnerabilidade externa, porque, se por um lado, esse processo aliviava importações, por outro impunha complexas exigências decorrentes da nova estrutura produtiva e do aumento da concentração do nível de renda.

Prebisch e Furtado compartilhavam da mesma opinião a respeito dos obstáculos para o novo estágio de difusão do progresso técnico e da tendência de estagnação estar relacionada a insuficiência dinâmica. Para eles, esses obstáculos eram resultado de duas condições da estrutura econômica da região - especialização e heterogeneidade tecnológica (COUTO, 2007, p.33) e apontavam a tendência de piora na balança de pagamento, na inflação e no desemprego.

Bielschowsky explica que a questão da insuficiência dinâmica argumentada por Prebisch estava relacionada ao fato de que a periferia adotava tecnologias importadas do centro “em condições totalmente distintas, e seu emprego implicava sobreutilização do recurso escasso, capital, em detrimento do recurso abundante, trabalho” (2000, p.40). Furtado vai derivar daí o conceito da “insuficiência dinâmica da demanda”, concluindo que o progresso aumentou a capacidade produtiva, no entanto, o padrão produtivo pouco empregador diminuiu a renda e, portanto, a capacidade de crescimento do mercado interno. Com isso, havia tendência de redução da taxa de lucro, falta de mercado consumidor para novos itens e, conseqüentemente, redução do crescimento e tendência à estagnação da economia.

No entanto, a tese sobre a tendência ao “estagnacionismo” foi invalidada com o crescimento do Brasil e de toda América Latina na metade de 1960, dando lugar a outros argumentos mais densos: a tese sobre a heterogeneidade estrutural e a tese sobre a dependência. Bresser-Pereira (2010) chama a atenção para o fato de que foi no Brasil que o pensamento sobre a dependência encontrou mais acolhida, sendo o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) o espaço acadêmico central. Segundo Bresser, o debate envolvia dois grupos, um mais preocupado com as questões do desenvolvimento econômico e outro mais preocupado com a luta por direitos sociais.

1.1.2 Instituto Superior de Estudos Brasileiros

No segundo governo de Vargas (1951-1954), os planos para exploração do petróleo e para o desenvolvimento energético deram uma nova dimensão à política nacional e neste momento profissionais da burocracia, políticos, intelectuais, estudantes, militares, imprensa e

sindicatos foram incorporados ao debate. Em torno das ideias do nacional-desenvolvimentismo reuniu-se um grupo chamado “grupo de Itatiaia” e em 1953 esse grupo criou o Instituto Brasileiro de Economia, Sociologia e Política (IBESP), precursor do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) criado em 1955. O ISEB se tornou uma escola de pensamento muito relevante e foi vinculado ao Ministério da Educação e Cultura. Seu objetivo era ampliar o pensamento nacional-desenvolvimentista com cursos de formação para membros dos três poderes, sindicatos, associações de classe, partidos políticos entre outros (ABREU, 2020).

Os pensadores do ISEB consideravam que o desenvolvimento do Brasil, dentro do sistema capitalista, deveria ser pensando como uma condição de superação da estrutura colonial e que a industrialização seria um meio para transpor as velhas oligarquias e conformar uma classe burguesa e um proletariado identificado com um projeto de nação, mas havia duas correntes. Uma delas representada por Eugênio Gudin (1886-1986), economista liberal contrário a intervenções do Estado, defensor do agronegócio e favorável a entrada de capital estrangeiro no setor industrial. A outra corrente era representada por Roberto Simonsen (1889-1948) que defendia o planejamento e investimentos estatais para acelerar a produção nacional.

Segundo Bresser-Pereira (2010), a CEPAL e o ISEB desenvolveram uma visão crítica semelhante quanto ao liberalismo e a teoria vantagem comparativa. Também concordavam que a revolução de 1930 – quando a burguesia industrial, o Estado e a classe trabalhadora viabilizaram, sem oposição dos latifundiários, o projeto de desenvolvimento autônomo de Getúlio Vargas – poderia ser considerada como a revolução burguesa e que, portanto, o Brasil já teria rompido as amarras da subordinação promovida pelo pacto entre as elites.

Bresser-Pereira (2010) aponta ainda que o nacionalismo da CEPAL e do ISEB não implicava rejeição ao estrangeiro, assim como não se identificava com a concepção europeia de Estado-nação, porque não havia por parte desses grupos inspirações patriotas, mas uma concepção de que o Estado deveria proteger o trabalho, o capital e o conhecimento nacional, ao invés de submeter-se às potências estrangeiras.

As visões concorrentes de Gudin e Simonsen conviveram no ISEB até 1958, quando se instalou a polêmica sobre a exploração privada do setor de petróleo. Este ponto desencadeou crises de sucessão, desligamentos, mudanças no formato de colegiado e nas

prioridades do Instituto, acabando por enfraquecê-lo até ser extinto pelos militares em 13 de abril de 1964 (ABREU, 2020) no contexto do golpe militar.

A facilidade com que o golpe militar ocorreu não só no Brasil, mas também em outros países latinos entre 1960 e 1970, fez com que intelectuais que faziam interpretações no âmbito da dependência iniciassem críticas ao pensamento da CEPAL e do ISEB afirmando que teria sido uma ilusão acreditar na existência de uma burguesia nacional latino-americana capaz de liderar um movimento autônomo característico das revoluções burguesas, porque as elites locais permaneciam desinteressadas em romper com laços da subserviência que as beneficiava (BRESSER, 2010), surgindo um pensamento dissonante no Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo (USP).

Theotônio dos Santos (1998) detalha a origem da divergência e essa contextualização é fundamental para essa tese. Para ele, ainda na década de 1950, a CEPAL iniciou estudos sobre as particularidades do desenvolvimentismo baseado na substituição de importações de produtos de consumo para elite em 1930, depois bens duráveis e por fim maquinarias. Esse processo foi totalmente coordenado pelo Estado e os investimentos para modernizar o setor industrial foram obtidos por meio de manobras do Governo Vargas, que estatizou o comércio exterior, o que significa que o Estado controlava as divisas, pagando aos exportadores com moeda nacional e utilizando os excedentes para investimento na indústria. Isto gerava insatisfação dos agroexportadores que chegaram a denunciar essa medida como “confisco cambial”.

Para a CEPAL, essa prática explicava os limites revolucionários da burguesia industrial e o porquê não era possível abrir confronto com oligarquias agroexportadoras. Como aponta Theotônio dos Santos, o mercado interno não era amplo o suficiente para absorver a produção, dado que não havia uma distribuição de renda que incluísse o trabalhador rural no mercado de consumo, criando limites estruturais para o desenvolvimento econômico.

Ao longo dos anos de 1950 os intelectuais da CEPAL e do ISEB desenvolveram uma visão coesa sobre a industrialização na América Latina, apoiando a intervenção do Estado no desenvolvimento, mas após os golpes militares, a estratégia nacional desenvolvimentista passou a ser alvo de duras críticas por uma parte de pensadores brasileiros que integravam o que Bresser denominou de “Escola de Sociologia de São Paulo” (2010, p.21). Enquanto a CEPAL e o ISEB defendiam o crescimento econômico ligado a ideia de construção de nação,

a escola de Sociologia da São Paulo criticava o nacionalismo e as posições desenvolvimentistas de Vargas, poupando apenas Prebisch e Furtado -, que também defendiam a ação do Estado para o desenvolvimento industrial.

Segundo Bresser, essa escola pretendia se afirmar como pensamento puro, acadêmico e fundador da sociologia científica brasileira, mas seus principais intelectuais acabaram se dedicando, assim como os intelectuais do ISEB e da CEPAL, a influenciar as políticas públicas (BRESSER, 2010, p.7). Bresser aponta que predominava nas preocupações desse grupo a luta de classes e que não estavam interessados em críticas anti-imperialistas, assim como desacreditavam de pactos nacionais (op. cit. p.8).

Essas ideias conquistaram protagonismo e foram bem-sucedidas quanto a afirmação do desenvolvimento associado, enfraquecendo a concepção de nação na América Latina e os partidos de esquerda durante 20 anos (BRESSER, 2010, p. 19).

1.1.3 Teoria da Dependência Associada

A base da Teoria da Dependência Associada foi formulada em 1969 por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, com contribuições posteriores de José Serra⁹. Para essa teoria as relações de produção das economias periféricas deveriam ocorrer de forma alinhada e subjacente as economias centrais, em uma perspectiva conformada de país, que, atrasado tecnologicamente e com uma burguesia interna subserviente, não teria outro caminho a não ser aproveitar possíveis oportunidades originadas do desenvolvimento do centro.

Para seus idealizadores, a América Latina seria incapaz de se emancipar porque havia grande dependência de importação de bens de capital e de matérias primas, resultando também em dependência financeira externa (CARDOSO e FALETTO, 2004). O argumento central era o de que haveria distintos modos e possibilidades para uma nação se desenvolver se estivesse vinculada ao setor exportador internacional com produto de alto consumo (BRESSER, 2010).

A Teoria Marxista da Dependência surge no mesmo período, no entanto, apresentou uma perspectiva distinta da Teoria da Dependência Associada, defendendo que a configuração do subdesenvolvimento latino seria mantida porque fazia parte do processo do

⁹ José Serra foi Ministro da Saúde de FHC no segundo mandato presidencial.

desenvolvimento do centro econômico, ou seja, fazia críticas contundentes ao processo de desenvolvimento subordinado. Para Marini a cada avanço industrial da América Latina, mais se afirmaria a dependência frente aos países imperialistas. Mas ao invés de travar o bom debate intelectual, os fundadores da TDA se dedicaram a desqualificar a TMD, escolhendo a produção de Ruy Mauro Marini como alvo principal. Ainda no final dos anos de 1980, com uma sucessão enorme de problemas sociais e uma ditadura cada vez mais truculenta, FHC achou que o mais importante seria combater Marini.

Trindade e Bandeira (2020) detalham três produções de FHC que buscaram desqualificar TMD. A primeira em 1972 sob o título “Nota sobre o estado atual dos estudos sobre a dependência”, a segunda em 1975 “Novas teses equivocadas” e por fim “As desventuras da Dialética da Dependência” em 1978. Para todas as questões, Marini elaborou respostas que foram ignoradas e silenciadas, como se observa no prefácio da 5ª edição de seu livro “Subdesarrollo e revolución” (1974) e no artigo que detalha “As razões do neodesenvolvimentismo” (1978).

A polêmica se estabeleceu em torno da categoria da superexploração do trabalho elaborada por Marini, não à toa, talvez porque essa seja a categoria central para explicar abusos da burguesia comete contra o proletariado e que ocorrem em todo sistema econômico, mas de forma permanente e mais brutal nos países periféricos. FHC acusava Marini de “reproduzir o fenômeno já desenvolvido por Prebisch e pela CEPAL no final dos anos 1940” (TRINDADE, BANDEIRA, 2020).

No entanto, a formulação de Ruy Mauro Marini sobre a superexploração do trabalho não se restringia a mais valia absoluta e a intensificação do trabalho como era tratada na Cepal como explica Santos (2019), mas dizia respeito a combinação dos mecanismos que remuneram a força de trabalho abaixo do valor, reduzindo a capacidade de reprodução social do trabalhador, e transferindo parte do fundo de consumo do trabalhador para a acumulação. Isto corre, independentemente do momento histórico, sendo uma situação estrutural na periferia do sistema capitalista. A superexploração inclui também a mais valia relativa, enfeixando trabalhadores mais qualificados e que utilizam tecnologias, mesmo as importadas do centro, e que não reproduzem nas periferias as mesmas condições de produção e de reprodução social que ocorre nos países centrais.

As ideias sobre a dependência tiveram ampla aceitação no Brasil e a Teoria da Dependência Associada circulou livremente durante a ditadura militar se tornando o

pensamento dominante, o que contribuiu para dar sentido e acelerar a política econômica neoliberal que tomava conta da América latina durante o período da redemocratização. A TDA foi, digamos assim, o calçado perfeito para os pés do neoliberalismo que estavam sendo fincados no Brasil dos anos de 1990.

Na América Latina o neoliberalismo foi difundido após o Consenso de Washington (1989)¹⁰ e no caso do Brasil, o ponto principal passou a ser a regulação do fundo público a partir de 1990, justamente quando o país precisava desenvolver novas estruturas públicas para materializar os direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988.

É neste ponto que a Teoria da Dependência se encontra com as políticas sociais, pois se na vigência do liberalismo a questão era a não intervenção do Estado, na era do neoliberalismo a questão passou a ser a substituição das funções do Estado e a apropriação privada do fundo público.

Bresser Pereira (1987) aponta que o fundo deve financiar as despesas relativas a produção de serviços e bens com valor de uso, que são as que terão maior efeito na repartição da renda. O autor aponta que o fundo público é utilizado principalmente para despesas classificadas em investimento (obras, aquisições de máquinas, entre outros) e custeio (compra de medicamentos, pagamento de prestadores de serviço, entre outros), e que essa classificação tem relação com a análise macroeconômica keynesiana, que embora seja útil, não facilita a compreensão sobre o caráter produtivo ou improdutivo da área em que o recurso está sendo aplicado, propondo então uma outra classificação.

O quadro n.1 organiza a proposição de Bresser Pereira e leva em conta o critério de distribuição ou de acumulação e os objetivos que pretende alcançar na sociedade:

¹⁰ Dez determinações do Consenso de Washington: 1. disciplina fiscal; 2. priorização dos gastos públicos; 3. reforma tributária; 4. liberalização financeira; 5. regime cambial; 6. liberalização comercial; 7. investimento direto estrangeiro; 8. privatização; 9. desregulação; e 10. propriedade intelectual” (BATISTA, 1994, apud RODRIGUES, JURGENFELD, 2019).

Quadro 1 - Grupos do Fundo Público

Grupo de Gastos	Objetivo	Fonte de Receita	Instituições/ serviços
Administração e segurança	Defesa da propriedade privada e defesa da soberania	Arrecadação de impostos	Justiça, Fazenda, forças militares e policiais
Consumo social básico	Atender interesses coletivos	Arrecadação de impostos	Educação, saúde, assistência social
Consumo social de luxo	Atender interesses de grupos de poder	Arrecadação de impostos, deduções de impostos	Educação superior, urbanização, segurança, cultura, esporte
Acumulação Estatal	Investimento em setores de desenvolvimento	Arrecadações de impostos, venda de títulos e empréstimos	Instituições de fomento, C&T, universidades, bancos públicos.
Acumulação Privada	Desenvolver setores econômicos, gerar empregos.	Crédito subsidiado, isenções fiscais, subsídios para folha de pagamento, câmbio, entre outros incentivos.	Mercado

Fonte: Adaptado de Bresser-Pereira, 1982.

1.2 Teoria Marxista da Dependência

A Teoria Marxista da Dependência (TMD) trata de conhecimento produzido originalmente sobre o tipo de capitalismo que se desenvolveu nos países que integram a América-Latina a partir da inserção da região no capitalismo industrial na década de 1950. Leva em consideração o contexto histórico social, as políticas de desenvolvimento internas, as influências das relações internacionais sobre essas políticas e as consequências sobre o desenvolvimento econômico, tecnológico e social da região.

Mathias S. Luce (2018) aponta que a TMD se ocupa de entender a vinculação entre o modo de produção capitalista, as leis tendenciais, as formações sociais e outros elementos que marcam a América Latina (2018, p.204). É uma teoria elaborada a partir de questões densamente exploradas por pensadores latino-americanos baseadas na realidade da região, sendo Ruy Mauro Marini, Vânia Bambirra e Theotônio dos Santos os maiores expoentes. Conceitualmente podemos indicar que a dependência é a

[...] relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência. A consequência da

dependência não pode ser, portanto, nada mais do que maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvida [...] (MARINI, 2000, p. 4).

Luce (2018) alerta que a TMD não deve ser confundida ou fundida com a teoria do sistema-mundo, ressaltando que, apesar de ambas se caracterizarem como construções críticas, elas não partem dos mesmos pressupostos. Para ele, a TMD parte da teoria de valor de Marx e adota a perspectiva específica sobre a realidade de uma região, enquanto os autores do sistema mundo estão preocupados com os grandes ciclos econômicos.

Apesar de Bresser-Pereira (2010) declarar que considera que a Teoria da Dependência não é uma teoria e sim uma interpretação sociológica e política da América Latina, todos os elementos que compõem um paradigma do conhecimento estão presentes na TMD. Segundo Ludwik Fleck (2010), para se constituir como uma teoria, o conhecimento precisa explicar fenômenos, ser resultado intelectual de uma comunidade de pensamento organizada em determinado campo do conhecimento e estar suficientemente difundida. Essa comunidade deve se caracterizar pelo processo formativo em que a educação é obtida e as experiências práticas moldam ou modificam o conhecimento. A Teoria da Dependência se apresenta válida em todos esses aspectos, não sendo um conhecimento marginal, complementar, ou simplesmente antagônico à Teoria do Desenvolvimento.

De acordo com Theotônio dos Santos (1998), a Teoria da Dependência resultou da crítica ao desenvolvimentismo, apontando os limites da industrialização em economias com o sistema produtivo de bens complexos já dominados por multinacionais e do modelo de substituição de importações defendido pela Cepal. O autor apresentou as correntes com distintas perspectivas elaboradas pelos experts¹¹ a respeito da dependência. Uma primeira categorização separa a comunidade de pensamento dependentista em dois grupos: os estruturalistas: Celso Furtado, Raul Prebisch e Fernando Henrique Cardoso; e neomarxistas: Theotônio dos Santos, Ruy Mauro Marini e Vânia Bambirra. O autor apresenta também a categorização feita por André Gunder Frank que distinguiu a comunidade dependentista em modernizantes e/ou estruturalistas: Raul Prebisch e Celso Furtado; estruturalistas e/ou

¹¹ Segundo Fleck, uma vez que a teoria tenha sido formulada por experts, passa a ser difundida pelos exotéricos - pessoas próximas aos formuladores que atuam publicando e disseminando a teoria para os esotéricos. A difusão, de forma mais ampla, fica a cargo dos esotéricos - que são leigos esclarecidos que se encarregam de traduzir conhecimentos complexos para a compressão de um número maior de pessoas.

reformistas: Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto; marxistas/neomarxistas: Gunder Frank, Theotônio dos Santos, Vânia Bambirra e Ruy Mauro Marini.

Para esse trabalho interessa a produção dos autores brasileiros que apresentaram uma contribuição relevante e anteciparam as tendências acerca da nova dependência, por meio de sua produção intelectual e militância política, conforme as minibiografias que constam no Apêndice A deste trabalho, em especial a produção de Theotônio dos Santos, Vânia Bambirra e Ruy Mauro Marini.

Marini, ao analisar os motivos pelos quais o desenvolvimento, pela via da industrialização, não produziu o resultado esperado, argumentou que a integração da América Latina se deu sob condições econômicas, políticas e tecnológicas claramente definidas para não ameaçar os monopólios dominados pelos países centrais. O autor destacou que, no final da década de 1960, a reorganização do mercado mundial sob a hegemonia dos EUA pretendeu integrar sistemas de produção, e não desenvolver regiões. Segundo Marini, uma das razões para integração da América Latina ao centro econômico foi a necessidade de escoar a imensa produção acumulada nos EUA, o que incluía vender máquinas novas, mas também se livrar das máquinas que se tornavam obsoletas rapidamente em razão do progresso técnico nas economias centrais (MARINI, 1974, p. 6).

O que podemos observar a partir da construção de Marini sobre sistemas produtivos é que a integração desses sistemas atendeu principalmente a estratégia monopolista das empresas multinacionais já instaladas em diversos países do mundo. Essas empresas acumulavam muito capital e precisavam direcioná-los para novos investimentos, além de precisarem também escoar suas máquinas que, dada a velocidade do progresso técnico, ficavam obsoletas antes de terem seu investimento amortizado (MARINI, 1974).

O autor explicou que esse modelo desnacionalizou a produção, rompeu com o ciclo produção e consumo e fez o divórcio entre a burguesia e as massas populares, intensificando o processo de superexploração da força de trabalho.

El mecanismo de la asociación de capitales es la forma que consagra esta integración, la cual no solamente desnacionaliza definitivamente la burguesía local, sino que, unida como va a la acentuación del ahorro de mano de obra que caracteriza al sector secundario latinoamericano, consolida la práctica abusiva de precios (que se fijan según el costo de producción de las empresas tecnológicamente más atrasadas) como medio de compensar la reducción concomitante del mercado. El desarrollo capitalista integrado acrecienta, pues, el divorcio entre la burguesía y las masas populares, intensificando la superexplotación a que éstas están sometidas y negándoles lo que representa su reivindicación más elemental: el derecho al trabajo. (MARINI, 1974, p. 8)

Esse “chute na escada” (CHANG, 2008) brasileira foi muito bem captado quando Marini cravou a ideia da integração de sistemas de produção. Na obra “A dialética da dependência”, Marini esmiuçou o fenômeno e desenvolveu as leis tendenciais que conduzem e mantém o processo do capitalismo dependente na América latina, descrevendo categorias¹² que formam um quadro conceitual, ou seja, os argumentos centrais da TMD que são: a transferência de valor, a ruptura do ciclo de capital e a superexploração da força de trabalho.

Sobre a transferência de valor, Marini (2000) explica que existem duas formas de os países realizarem as trocas, uma que atende as leis de mercado e outra que fraudas essas mesmas leis.

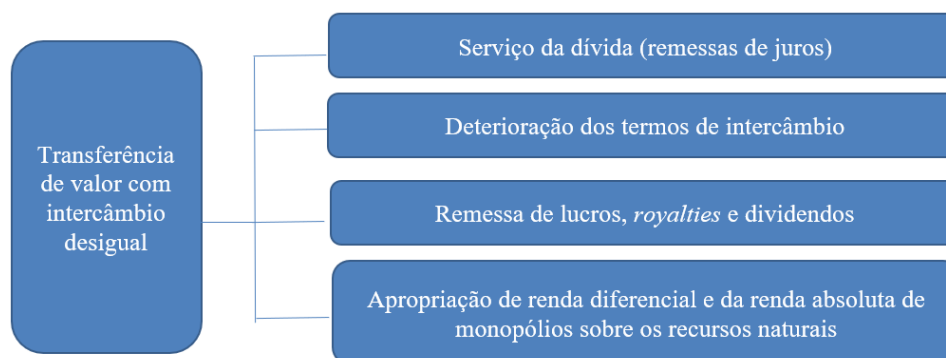
Teoricamente, o intercâmbio de mercadorias expressa a troca de equivalentes, cujo valor se determina pela quantidade de trabalho socialmente necessário que as mercadorias incorporam. Na prática, observam-se diferentes mecanismos que permitem realizar transferências de valor, passando por cima das leis de troca, e que se expressam na forma como fixam os preços de mercado e os preços de produção das mercadorias.

Convém distinguir os mecanismos que operam no interior de uma mesma esfera de produção (tratando de produtos manufaturados ou de matérias primas) e os que atuam no marco de distintas esferas que se inter-relacionam. No primeiro caso, as transferências correspondem a aplicações específicas das leis de troca, no segundo adotam mais abertamente o caráter de transgressão delas. (MARINI, 2000, p. 9)

A transferência de valor dos países dependentes para os países centrais ocorre de diversas formas, conforme demonstra a figura a seguir:

¹² As categorias de análise são componentes em torno do quais é possível organizar e analisar dados que reforçam ou refutam uma argumentação (adaptado de LUCE, 2018).

Figura 3 - Formas de transferências de valor com intercâmbio desigual



Fonte: Luce, 2018, p.50

As transferências ocorrem no comércio internacional e devem obedecer às leis de troca, no entanto, o desequilíbrio dessas leis são justificados pela eficiência em produtividade nos países centrais. Sobre isso, Mathias Luce (2018) faz duas excelentes perguntas. A primeira delas é se os preços caem nas economias que apresentam maior produtividade e melhor desempenho em mais-valia relativa, uma vez que, juntos, esses dois componentes barateiam os preços de mercado, então por que os preços caem mais nos países de baixa produtividade?

Marini explica que quanto maior for a produtividade, menores serão os custos de produção e menor será o preço diante dos concorrentes, mas isto não quer dizer que os preços de mercado baixarão e sim que se resultará em lucro extraordinário para o capitalista. Ele explica que a concorrência entre os países desenvolvidos se dá sob uma base fixa de preços, portanto, é uma espécie de concorrência artificial, porque o resultado não é a redução de preços para o consumidor e sim maior acumulação privada. De todo modo, Marini observa que a concorrência nesse patamar, ou seja, entre os países industrializados que produzem bens similares, a lei de troca está respeitada. Já essa mesma concorrência levada a países que não produzem as mesmas coisas, ou não produzem com a mesma eficiência, favorece o falseamento das leis de valor, permitindo que ocorram vendas por preço superior ao seu valor, resultando em uma troca desigual. As transferências nessas condições conduzem a intercâmbios desiguais e causam contradições internas e um dos resultados dessas contradições é que a burguesia interna vai compensar suas perdas no comércio internacional, explorando mais os trabalhadores.

A superexploração da força de trabalho é uma categoria de análise identificada no capitalismo subdesenvolvido na América Latina e indica que é um dos elementos para reduzir as perdas externas decorrentes do intercâmbio desigual e se expressa pelo pagamento da força de trabalho abaixo do seu valor, pelo prolongamento e intensidade da jornada de trabalho.

Marini também esclarece um ponto interessante sobre a crença de que quanto maior produtividade, maior são as remunerações.

Essencialmente, trata-se de dissipar a confusão que se costuma estabelecer entre o conceito de mais-valia relativa e o de produtividade. De fato, se bem constitui a condição por excelência da mais-valia relativa, uma maior capacidade produtiva do trabalho não assegura por si só um aumento da mais-valia relativa. Ao aumentar a produtividade, o trabalhador só cria mais produtos no mesmo tempo, mas não mais valor; é justamente esse fato o que leva o capitalista individual a procurar o aumento de produtividade, já que isso permite reduzir o valor individual de sua mercadoria, em relação ao valor que as condições gerais de produção lhe atribuem, obtendo assim uma mais-valia superior à de seus competidores, ou seja, uma mais-valia extraordinária.

[...]

Se o procedimento técnico que permitiu o aumento de produtividade se generaliza para as demais empresas e, por isso, torna uniforme a taxa de produtividade, isso tampouco acarreta no aumento da taxa de mais-valia: será elevada apenas a massa de produtos, sem fazer variar seu valor, ou, o que é o mesmo, o valor social da unidade de produto será reduzido em termos proporcionais ao aumento da produtividade do trabalho. A consequência seria, então, não o incremento da mais-valia, mas na verdade a sua diminuição.

Isso se deve ao fato de que a determinação da taxa de mais-valia não passa pela produtividade do trabalho em si, mas pelo grau de exploração da força de trabalho [...]. (MARINI, 2000, p. 6).

A segunda pergunta é: por que a América Latina se manteve estimulada a exportar produtos dos quais não tinha especialização (produtividade e domínio tecnológico) nos moldes da Divisão Internacional do Trabalho? A resposta a essa questão também está na produção de Marini sobre as funções que a América Latina assumiu, primeiro como fornecedora de produtos básicos, depois como lócus de extração da mais-valia relativa e em alguns casos, da mais-valia extraordinária.

Como vimos, as empresas multinacionais já estavam instaladas na região e a aceleração da industrialização fortaleceu justamente suas bases locais com investimentos, isenções e subsídios oferecidos pelo Estado. Marini descreve que a inserção da América Latina correspondeu a passagem de mais-valia relativa para a mais-valia extraordinária, das periferias para o centro.

Os teóricos da TMD se dedicaram a compreender outras formas de transferência de valor, como as remessas de lucros, royalties e dividendos. Luce (2018) explica que esse

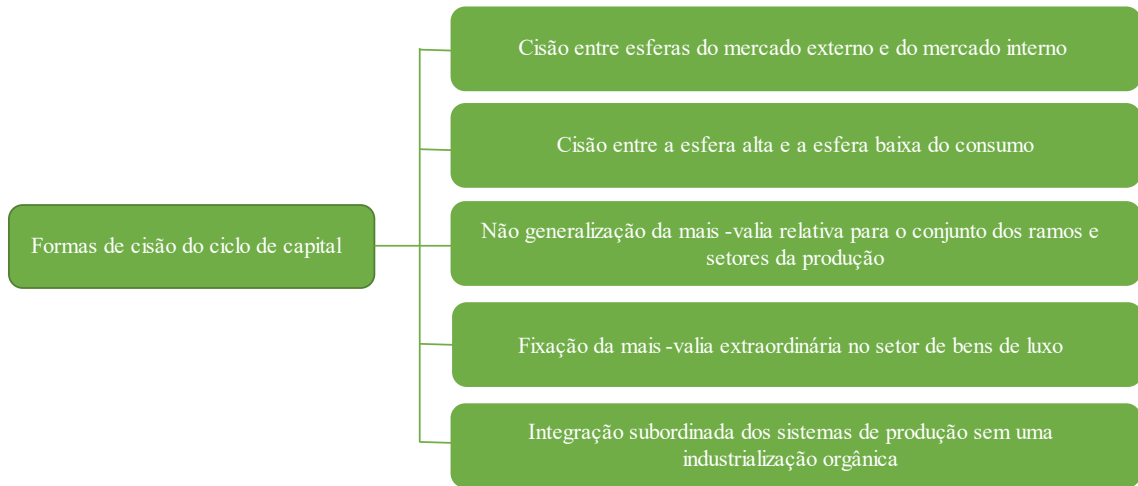
interesse se iniciou em 1970 porque essas eram as principais formas de transferência de valor da América Latina para os países centrais.

Segundo o autor, o serviço da dívida expressa a dependência financeira, enquanto a deterioração dos termos de intercâmbio expressa a dependência comercial. As remessas de lucros, royalties e dividendos expressam a dependência tecnológica e esse é um dos aspectos mais relevantes para o setor de saúde. Por fim, a apropriação de renda diferencial e absoluta¹³ de monopólios sobre os recursos naturais é citada como uma forma de transferência de valor de regiões abundantes como a América Latina para as economias centrais.

Sobre as formas com que a cisão do ciclo de capital se manifesta nas economias dependentes, Luce reforça que essa é uma das contradições do capitalismo quando a América Latina se industrializa sem o correspondente aumento de renda interna. Neste caso, as esferas de circulação não são similares ao capitalismo clássico porque com trabalhadores com baixa capacidade de consumo, ocorre a terceira categoria que é a cisão entre o que o país produz e o que a massa populacional têm condições de consumir. A cisão entre produção e consumo e produção e circulação, se expressa das seguintes formas:

¹³ Renda diferencial e renda absoluta decorre de recursos minerais que são obtidas pelo capital quando este utiliza terra agriculturável, mananciais, jazidas minerais.

Figura 4 - Formas de Cisão do Ciclo de Capital



Fonte: Luce, 2018, p.133 (adaptado)

No sistema econômico em que as relações são baseadas no domínio do mercado por potências hegemônicas, os países periféricos transferem os excedentes sob diversas formas, mas a geração desse excedente não deriva da produção de bens em níveis avançados, mas por meio da superexploração da força de trabalho em circunstâncias que são particulares ao sistema capitalista, porém comuns a todos os países subordinados. Uma das características é um mercado com mão-de-obra barata e destituída de direitos laborais, combinado com uma tecnologia capital-intensiva para extração da mais valia relativa com uma brutal exploração da força de trabalho em consequência das compensações por causa do intercâmbio desigual.

Marisa Silva Amaral e Marcelo Dias Carcanholo (2009) apontam que essa dinâmica do intercâmbio desigual não permite a criação de estruturas com capacidade de romper com os mecanismos de transferência de valor. Como vemos, as estruturas acabam funcionando para reforçar esses mecanismos produzindo uma distribuição desigual de riqueza, a cisão do ciclo de produção e consumo e a superexploração dos trabalhadores.

A separação entre a produção e o consumo significa a quebra de um arco essencial na economia, porque as classes mais altas passam a buscar no mercado externo os bens suntuosos, de luxo e mais avançados tecnologicamente. Assim, o mercado interno se torna inexpressivo e as compensações pela concorrência em desvantagem recaem sob o mercado de interno derivando dessa situação a terceira categoria, que é superexploração do trabalhador

para compensar a perda da mais valia. A acumulação capitalista da burguesia interna nesses termos é obtida com a intensificação do trabalho e prolongamento das jornadas para que o trabalhador produza mais valor em um mesmo espaço de tempo, sem que isso resulte aumento de sua remuneração.

O aumento da intensidade do trabalho aparece, nessa perspectiva, como um aumento da mais-valia, obtido através de uma maior exploração do trabalhador e não do incremento de sua capacidade produtiva. O mesmo se poderia dizer da prolongação da jornada de trabalho, isto é, do aumento da mais-valia absoluta na sua forma clássica; diferentemente do primeiro, trata-se aqui de aumentar simplesmente o tempo de trabalho excedente, que é aquele em que o operário continua produzindo depois de criar um valor equivalente ao dos meios de subsistência para seu próprio consumo. Deve-se assinalar, finalmente, um terceiro procedimento, que consiste em reduzir o consumo do operário mais além do seu limite normal, pelo qual **‘o fundo necessário de consumo do operário se converte de fato, dentro de certos limites, em um fundo de acumulação de capital’** [grifos no original], implicando assim em um modo específico de aumentar o tempo de trabalho excedente. (MARINI, 1973, p. 10)

A TMD inovou na forma de olhar criticamente para o problema do subdesenvolvimento da América Latina. Não está desvinculada das leis gerais do capitalismo, como sinaliza Luce (2018). A teoria explica as contratendências e o falseamento das leis de equilíbrio de mercado. Uma das bases para o equilíbrio do sistema de mercado é a taxa de lucro para que as vantagens competitivas não corroam um sistema produtivo em relação a outro, e a TMD confirmou que no capitalismo dependente há uma tendência negativa da lei do valor para os países da periferia.

A lei do valor é muito importante para compreensão da TMD e mesmo que não se faça aqui um debate profundo sobre essa lei que originalmente foi formulada por Adam Smith durante a transição para o capitalismo mercantil para o capitalismo industrial, é bem importante compreendê-la, porque não são raras as tentativas de considerar o ‘valor de troca’ para tornar os sistemas de saúde mercadorias consumíveis, ao invés do ‘valor de uso’ defendido nos sistemas universais que consideram o acesso a saúde como direito de cidadania.

Apesar de parecer assunto discrepante da tese, a questão da teoria do valor nos leva a discussão sobre a fronteira de produção, que é um tema importante para o debate sobre o papel do Estado nas sociedades contemporâneas e está melhor discutido no capítulo cinco.

1.3 As tipologias dos Estados Latino-Americanos

Enquanto Theotônio se dedicou a estudar o fenômeno da dependência do ponto de vista global e Marini elucidou as categorias da TMD e o subimperialismo¹⁴, Vânia Bambirra buscou desenvolver elementos para auxiliar na compreensão das especificidades do desenvolvimento capitalista, que não seguiu um mesmo padrão entre os países latino-americanos. Além disso, Bambirra formulou uma crítica profunda sobre as teorias que predominavam no final da década de 1970.

A autora dedicou especial atenção para a Teoria da Dependência Associada (TDA) desenvolvida por FHC e Faletto, apontando uma série de incongruências. Do seu ponto de vista a TDA não considerou determinados nexos sociais e econômicos fundamentais para compreensão do desenvolvimento da América Latina. Dentre eles, ela destaca a crítica ao recorte temporal utilizado, uma vez que ao adotar o período colonial para categorizar as economias dos países¹⁵, deixou-se de considerar as mudanças estruturais ocorridas nas economias periféricas a partir da segunda guerra mundial.

É notório que todos os autores que se dedicaram a analisar o capitalismo tomaram a metade do século XIX e o início do século XX como marco temporal, porque foi nesse período que duas transformações modificaram completamente a sociedade: a mudança do capitalismo mercantil para o capitalismo industrial e a substituição da hegemonia da Inglaterra pelos EUA. Então, ao tomar como referência o pacto colonial e reafirmar que as colônias de povoamento tiveram maior possibilidade de integração nacional e de formação de um mercado interno do que as colônias de exploração, uma série de contradições e complexidades foram desconsideradas, inclusive e principalmente o fato de que um conjunto de países já vinha desenvolvendo políticas industriais que sustentavam o mercado interno e participavam do mercado externo, independente dos países centrais.

¹⁴ Para Marini a integração imperialista dos sistemas de produção teria uma dupla função na divisão internacional do trabalho, a primeira preservaria a dependência dos países periféricos em relação aos países do centro econômico, e segunda teria provocado uma hierarquização entre os países latinos, que associados ao centro, passaram a explorar países vizinhos, gerando assim subimperialismo (MARINI, 2012b, p. 65)

¹⁵ A TDA classifica os países latinos em dois grupos, aqueles que conseguiram alcançar o controle nacional do processo produtivo e as economias de enclave dedicadas a exportação sem integração com o mercado interno.

Bambirra aponta o caso do Chile que funcionava como base agrícola das metrópoles no sistema de economia de enclave, mas ressalta que antes de 1945 o país já havia desenvolvido uma base industrial controlada por empresários nacionais. O mesmo ocorria com o México, que era uma base de exploração de recursos naturais, mas também obteve controle nacional para começar a industrialização no final do século XIX. A autora explica que as relações de produção não são apenas herança da época das colônias e que a evolução dessas relações são elementos explicativos relevantes. Ela discorda, por exemplo, de que as economias chamadas de enclaves tiveram o efeito paralisador na região, pois os excedentes agrícolas gerados nesses países permitiram a aplicação em infraestrutura de ferrovias, criando as condições para dinamizar a produção manufatureira para o mercado interno em um movimento independente das potências econômicas.

Na tipologia organizada por Bambirra, e representada na figura 5 a seguir, a chave de análise é o desenvolvimento industrial pré-1945. O argumento dela é que um grupo de países latino-americanos conseguiu organizar seu mercado interno e realizar o ânimo da burguesia sem contar com capital estrangeiro para seus primeiros impulsos industriais.

Bambirra explica que na Argentina, México, Brasil, Chile, Uruguai e Colômbia já havia indústria, na Argentina e no México, por exemplo, entre 1900-1905 o setor industrial respondia por 18 e 14% do PIB (2015, p.56) com destaque para o fato de que o México dispunha de equipamentos avançados na indústria têxtil e de siderurgia desenvolvida. No Chile, com o aumento da indústria manufatureira interna, a importação de bens de consumo caiu de 89% para 48,5% entre 1870 e 1907. No Uruguai, em 1875 a indústria nacional tinha monopólio do consumo interno de calçados, vinhos, entre outros, empregando mais 10% da população ativa do país. O Brasil, em 1886, já produzia em escala industrial, em 1904 havia 338 indústrias suprindo 78% das demandas internas, subindo para 85,63% em 1915 (2015, p. 58). Na Colômbia, a industrialização se iniciou em 1920, portanto, todos esses países desenvolveram o setor industrial antes da primeira guerra mundial, antes da integração dos sistemas produtivos e antes da entrada de capital estrangeiro, formando o que ela chama de países tipo A.

O Peru, Venezuela, Equador, Costa Rica, Guatemala, Bolívia, El Salvador, Panamá, Nicarágua, Honduras e República Dominicana formam o tipo B, pois iniciaram a industrialização sob o controle do capital internacional e, portanto, sob as condições do capitalismo de monopólio. Cuba constituiu a exceção porque apesar de iniciar a

industrialização após a segunda guerra, o processo se deu por vias revolucionárias e não submetidas ao interesse externo. Paraguai, Haiti e o Panamá, cujos dados não foram suficientes para distinção precisa, conforme informa a autora, figuram como tipo C, sendo países com estrutura agroexportadora sem diversificação industrial.

Figura 5 - Tipologia dos países dependentes na América Latina



Fonte: Adaptado de Bambirra (2015)

Bambirra aponta que a penetração do capital internacional dos EUA no setor de manufatura do conjunto de países do tipo B implicou no desenvolvimento a partir dos interesses desse capital e que a burguesia industrial desses países se afastou dos ideais de

emancipação. Isto também aconteceu nos países do Tipo A, no entanto, nesses países foi possível uma maior acumulação de capital formando uma burguesia nacional. O que ela deseja reforçar é que foram as intervenções do Estado pela emancipação e não a solução estadunidense para tirar a América Latina do “atraso”, que iniciou a modernização dos países do tipo A.

Vânia Bambirra afirma que na América Latina não ocorreu uma revolução burguesa nos moldes da revolução francesa, no entanto, o processo ocorrido pode ser caracterizado como um momento em que a burguesia industrial se projetou como classe e reivindicou o controle do poder, apresentando e executando um projeto próprio de desenvolvimento econômico. A autora cita que o varguismo a partir da Revolução de 1930 teve como embrião revolucionário o tenentismo dos anos de 1920:

É necessário ter presente que o caráter de um processo revolucionário se define não apenas pelas classes que o realizam, mas também pelas tarefas que cumprem, pelos inimigos que enfrentam e pela classe que termina por deter hegemonicamente o poder (BAMBIRRA, 2015, p. 90).

A autora prossegue sua reflexão, afirmando que nesses termos é mais relevante identificar se as tarefas foram cumpridas pelos movimentos, ou seja, se os interesses daquelas classes foram atendidos, e para ela não há dúvida que o governo de Cárdenas no México, de Vargas no Brasil, de Alessandri no Chile, de Batlle y Ordóñez no Uruguai e de Peron na Argentina expressaram o que ela chama de “auge e consolidação dos interesses das respectivas burguesias industriais nacionais” (2015, p.91). Sobre essa questão, Maria da Conceição Tavares tem uma perspectiva um pouco diferente:

Nossas “transições democráticas interrompidas” nunca alteraram a marcha da batida do capitalismo brasileiro, dando a impressão sistemática de que os ideais reformistas ou revolucionários estão “fora de lugar”, quando sempre estiveram no lugar: o de manter em movimento o “moinho satânico” do capital em suas várias formas. Para manter o movimento do dinheiro e assegurar a propriedade do território a ser ocupado por formas mercantis sempre renovadas de acumulação patrimonial, o Estado brasileiro – que a pretexto da crise sempre retoma o seu caráter imperial – é chamado a intervir com o propósito de manter a segurança e o domínio das nossas classes proprietárias ou tentar validar o estoque de capital acumulado.

As nossas reformas burguesas sempre tiveram como limites dois medos seculares das nossas elites ilustradas: o medo do Império e o medo do povo.

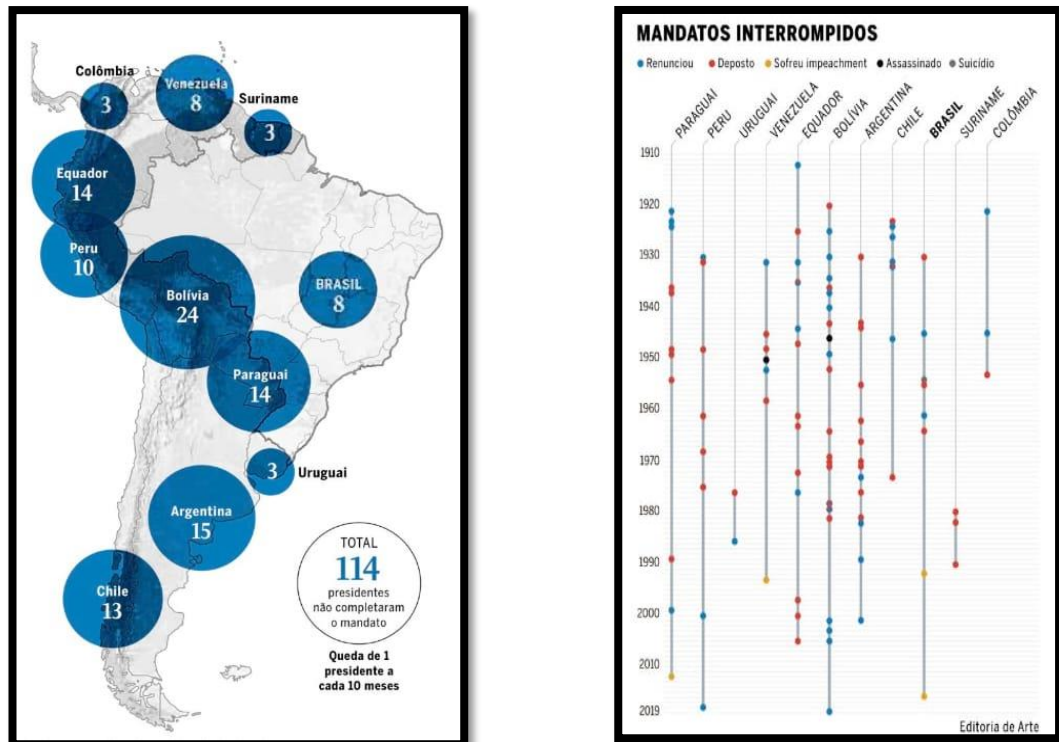
As nossas repúblicas (velha e nova) e a nossa “revolução burguesa de 30” nunca incluíram o povo num “pacto democrático”. Não porque fossem tardias ou resultassem da herança colonial, mas porque todas as tentativas reformistas democráticas tendiam sistematicamente a extravasar os limites de tolerância do pacto oligárquico de dominação interna, fosse ele estabelecido pelas armas, fosse pelo famoso “pacto de compromisso” das burguesias regionais e das elites políticas. (TAVARES, 2019, pp. 265 e 266)

Assim, a burguesia dos países do Tipo A acabou se alinhando como sócios minoritários das empresas multinacionais devido à brutalidade com que as tentativas de autonomia foram bloqueadas por interesses externos. Segundo Carlos Serrano Ferreira e Wilson Vieira (2017), a história da América Latina seguiu os passos dos EUA em sua luta anticolonial, mas, ironicamente, os EUA se articularam com as elites latinas, que, juntas, atuaram para impedir projetos de soberania e desenvolvimento nacional que emancipassem a região. O primeiro deles teria sido o alinhamento das burguesias escravagistas do eixo “sul” da América Latina com a burguesia da América do Norte. Depois, ao serem integrados em um sistema econômico com limites externos bem determinados, a burguesia não teve organicidade suficiente para confrontar os interesses das grandes corporações verticalizadas com força para se impor, subjugar e eliminar outros sistemas produtivos, preferindo criar limites e confrontos internos.

Para Tavares, a revolução burguesa continua incompleta porque o autoritarismo ligado ao dinheiro e a terra sempre serviu de base para extinguir as lutas como ocorreu depois da revolução de 1930 e em 1963 quando as reformas de base¹⁶ foram colocadas por Jango. Tavares explica que, após a segunda guerra, os EUA não se preocuparam com a Divisão Internacional do Trabalho, tampouco com o papel que a periferia teria na nova ordem mundial. Entre os anos de 1960 e 1980, praticamente toda a região sofreu com instabilidades e rupturas democráticas, sendo possível observar na figura n. 6 que um presidente eleito caiu a cada dez meses na América Latina. Especialmente a partir dos anos de 1980, o neoliberalismo avançou na região como projeto político, quando parte dessas nações reconquistavam a democracia.

¹⁶ As reformas de base reuniam um conjunto de medidas reformistas que incluiu o sistema bancário, fiscal, urbana, administrativa, agrária e universitária, sendo a reforma agrária a mais importante e que visava garantir a posse de terra para os trabalhadores rurais, eliminando os conflitos no campo. (CPDOC/As reformas de base).

Figura 6 - Mandatos Interrompidos na América do Sul



Fonte: O Globo, 17.11.2019.

O fato desses países serem política, econômica e tecnologicamente dependentes ao longo da história facilitou esses golpes, e a associação entre os interesses internos e externos colocou em marcha os elementos do neoliberalismo, especialmente no Chile e na Argentina, e no Brasil o avanço aconteceu depois de reconquistada a democracia.

De um modo geral, Paul Pierson (2001) aponta que a política neoliberal avançou na Europa principalmente em direção aos regimes de *Welfare State*, mas não foi capaz de implementar mudanças estruturais porque grandes grupos que dependiam e que se beneficiavam dos serviços, demonstraram resistência. No Brasil, a redemocratização gerou uma grande expectativa de mudança e de conquista da cidadania plena, mas a eleição de um político alinhado com a burguesia interna e externa frustrou essas expectativas, porque ao invés de viabilizar os meios pelos quais os direitos constitucionais seriam materializados, Fernando Collor de Melo os obstaculizou com o argumento de debelar a crise financeira no país. Pierson alerta que os defensores do neoliberalismo usam essas crises econômicas para constranger e submeter os Estados a regimes fiscais rígidos, recomendando sempre a redução da despesa primária e discricionária - onde estão concentrados os recursos para as políticas sociais.

Mazzucato aponta que com narrativas muito bem planejadas entre a elite, a imprensa tradicional e o sistema judiciário, a “ideologia da crise” é manobrada para que os problemas causados no setor privado sejam transferidos para o âmbito do Estado, enfatizando que não foram poucas as vezes em que os prejuízos, irresponsabilidades e ineficiência do setor privado recaíram sobre os ombros da sociedade através de grandes compensações do Estado, em operações que Mazzucato chama de “socialização dos riscos e privatização dos benefícios” (2014, p. 56).

A autora ressalta que os Estados mais fracos, podemos acrescentar os “Estados dependentes”, são os que se submetem à retórica de cortes para solucionar problemas que, em geral, foram criados pelo próprio mercado. Essa fraqueza está relacionada às características e funções assumidas pelos Estados dependentes e, embora os autores da TMD não tenham organizado uma produção específica sobre isto, Maíra Bichir (2018) recuperou elementos em publicações produzidas por Marini, em distintos momentos, que permitem conformar elementos centrais dos Estados dependentes.

Uma primeira característica é a necessidade de o Estado capitalista dependente assegurar condições de acumulação de capital tanto para o capital multinacional, que ocupa um lugar privilegiado e dominante no interior da estrutura econômico-social, quanto para a burguesia interna. Isso implica constante arranjo e rearranjo das regras de exploração de setores econômicos que assegurem espaço para cada um desses dois segmentos da burguesia, estrangeira e nacional.

Marini aponta que a burguesia latina – cujas raízes e valores foram forjados a partir do capitalismo centrista – é reflexo da sociedade e apresenta muitas contradições, inclusive a própria ideia de cidadania. Esse conceito é entendido pelo autor como um dos instrumentos do exercício de poder político das classes dominantes:

[...] a burguesia teve que realizar uma tarefa titânica, até transformar igualdade em subordinação igual de todos à lei; à liberdade, na livre disposição da própria força de trabalho; e progresso, em perspectiva promoção social individual. A pedra de toque dessa construção ideológica, no plano de dominação, foi o conceito de cidadania – ou propriedade individual de direitos políticos pela qual a burguesia escondeu as classes e fez de cada um, um participante isolado na vida do estado. O indivíduo foi confrontado assim, sem qualquer defesa, ao Estado, fonte e guardião da ordem estabelecida e que cumpre sua função através do monopólio da força (MARINI, 1987 apud BICHIR, 2018).

Nessa proposição, Marini está ressaltando que ao Estado cumpre o papel de bloquear a percepção da classe trabalhadora enquanto uma unidade social, a fim de reproduzir o direito burguês expresso no conceito da cidadania, de modo que o Estado utiliza simultaneamente a

coerção e a ideologia para exercer seu poder, fenômeno que acontece em todos os países, inclusive os de economia central, mas se torna praticamente estrutural nos países periféricos.

Marini se mantém fiel a linhagem marxista-leninista quanto reflexão sobre o aspecto coercitivo do Estado e avança para desenvolver a ideia de sistema de dominação, considerando como aparelhos ideológicos desse sistema a escola, os sindicatos, os partidos, as igrejas, os meios de comunicação em massa, a família etc. Marini enfatiza que é importante distinguir esse conjunto em que a classe dominante ancora seu poder da expressão institucional desse poder que é o Estado (MARINI, 1976b, pp. 92-93 apud BICHIR, 2018).

Podemos encontrar na obra de Florestan Fernandes (2009) o desdobramento sobre a afirmação de Marini quanto às características do Estado burguês. Florestan, ao escrever sobre as classes sociais e a dependência, demarcou que as classes sociais cumprem funções e que, no caso da Europa e dos EUA, essas funções incluíram a conquista da escuta e dos meios institucionais de controlar protestos, manipular controles sociais reativos, regular a participação social nos fluxos de renda e nas estruturas de poder. Já na América Latina, as classes sociais falharam por preservarem privilégios para poucos, por isso o Estado acabou assumindo como prioridades pautas de uma minoria abastada. Florestan caracteriza como autocrático o caráter das classes burguesas por tomarem decisões do alto que excluem a classe trabalhadora e aponta que na morfologia das classes dos países dependentes, a origem colonial consolidou traços senhoriais que a modernidade não conseguiu superar.

Em termos gerais, Florestan aponta que o desafio latino-americano não é produzir riqueza, mas retê-la e distribuí-la aos moldes do capitalismo moderno. No entanto, como a integração da América Latina ao mercado mundial se deu numa posição peculiar, a consequência é que nenhum dos países da região conseguiu conquistar uma economia homogênea e autossustentada, situação em que a dominação externa foi implementada pelas grandes corporações, produzindo uma especialização geral dessas nações como fornecedores dos excedentes econômicos e agentes de acumulação de capital para os países do centro.

Desse modo, não teria ocorrido na América Latina o mesmo tipo de transição que ocorreu nos países do centro capitalista. Para Florestan, a transição da economia colonial para economia nacional, ou da escravidão e do capitalismo comercial para o capitalismo industrial, ao invés de modernizar a sociedade latina, produziu três realidades: concentração de renda, de prestígio e de poder; coexistência entre estruturas modernas e estruturas arcaicas como base para exploração externa e interna (que alguns chamam de colonialismo interno) com exclusão

de uma ampla parcela da população.

Este fenômeno, comandado pelas grandes empresas corporativas, é chamado por Florestan de “novo imperialismo”, surgido no pós-segunda guerra, quando o antigo imperialismo marcado pela concorrência entre os países avançados se modificou para o novo imperialismo representada pela luta pela sobrevivência do próprio capitalismo. Para o desenvolvimento da América Latina, esse processo é danoso porque enquanto as nações avançadas possuem recursos materiais e humanos para balancear as consequências negativas das grandes corporações, na A.L. a industrialização precedente, da qual Bamberger falava, foi adaptada para as funções dessas corporações. Florestan argumenta que em face disso, “as bases para o crescimento econômico autônomo e a integração nacional da economia, conquistados tão arduamente, foram postas a serviço dessas empresas” (2009, p.31).

Bichir (2018) destacou ainda duas formulações sobre os Estados latino-americanos na produção de Marini: o subimperialismo e o Estado de contra insurgência. A autora indica que para Marini o subimperialismo foi um fenômeno surgido a partir da integração dos sistemas produtivos latinos às economias centrais e que teve sua fase mais aguda na década de 1960, quando ocorreu intensa penetração de capital estrangeiro no setor industrial e, ao mesmo tempo, uma cisão entre a produção e o consumo, dado que a população não possuía o nível de renda para o consumo que a nova estrutura demandava.

Marini não faz uma abordagem ampla sobre o fenômeno, se baseando principalmente na experiência brasileira, quando o Estado viabilizou a política de subsídios e, por meio de empresas estatais, teria assegurado campo de investimento no Exterior, crédito e garantias governamentais para operações privadas fora do Brasil. Marini cita também o fato de o Brasil ter se envolvido em operações que visaram movimentos contrarrevolucionários.

Já a formulação acerca do Estado de contra insurgência – que pela perspectiva de Bichir é a principal contribuição de Marini sobre os Estados dependentes – trata de um conceito elaborado no final dos anos de 1970, portanto durante o período dos golpes militares no Brasil, Argentina, Chile, Peru, Uruguai, Bolívia, Nicarágua, justamente a respeito de ações coordenadas pelo Estado contra movimentos revolucionários. Marini aponta que este conceito não é restrito a ditaduras militares, incluindo regimes civis, como foi o caso da Venezuela.

Embora o Estado não tenha sido elemento principal de análise dos autores da TMD, as características centrais estão presentes na produção e permitem associá-las as ações práticas da política interna, podendo ser assim sumarizadas:

- O Estado é a força concentrada da sociedade, a síntese de suas estruturas e de suas relações de poder;
- O poder político na sociedade é exercido pela burguesia por meio do Estado através das leis, normas, burocracia, sistema judiciário, polícias e forças armadas;
- Por meio desse poder político, o Estado burguês latino-americano, herdeiro do Estado oligárquico, implantou medidas modernizantes sem alterar sua estrutura arcaica, gerando contradições políticas e sociais;
- Dentre essas contradições, foi implantada a democracia viável que mantém o status quo de nação dependente;
- Em razão dessa manutenção, mesmo sendo nações formalmente independentes, esses Estados precisam assegurar condições de acumulação para o capital multinacional, que ocupa um lugar privilegiado e dominante no interior da estrutura econômico-social e para a burguesia interna, que ocupa um papel subordinado, secundário, mas não desprezível nessa estrutura;
- Essas condições incluem a obrigação de o Estado capitalista dependente organizar e manter em funcionamento os mecanismos de transferência de valor para os países centrais;
- Os Estados capitalistas dependentes têm de manter condições econômicas e sociais favoráveis para a superexploração da força de trabalho, o que funciona como um mecanismo de compensação da transferência de valor para o centro.

Essas funções e características dos Estados capitalistas dependentes colidem com as funções sociais que o Estado provedor precisa cumprir.

Por mais que o neoliberalismo tenha atacado as medidas keynesianas avocando para iniciativa privada méritos e virtudes e para o Estado “uma imagem de espelho do Estado como o obstáculo primeiro do desenvolvimento” (EVANS, 1993), o fato concreto é que durante o longo processo de desenvolvimento do capitalismo, as lutas sociais impuseram ao Estado em um conjunto de responsabilidades crescentes que visam assegurar a serviços públicos (RODRIGUES, 2003) dos quais a população não está disposta a abrir mão.

Peter Evans aponta que, gostando ou não, é o Estado que tem capacidade de realizar as mudanças estruturais, portanto a resposta não está em seu “desmantelamento, mas sim na sua reconstrução” (EVANS, 1993, p. 2).

1.4 A inovação brasileira na periferia do sistema capitalista

Nesta pesquisa, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma inovação radical decorrente de lutas sociais que provocaram ondas de mudança até culminar na política primeira política de saúde universal da América Latina. Sua radicalidade está no rompimento definitivo com o padrão anterior da assistência à saúde no país. O SUS representou um movimento contra hegemônico na periferia do sistema capitalista e afetou vários setores, em especial, as organizações de ciência e tecnologia e as universidades, que passaram a desenvolver novas linhas de pesquisa, novos produtos tecnológicos e próprio Estado brasileiro, que passou a se responsabilizar por novos serviços públicos. Sob o lema “Saúde é democracia”, o paradigma da saúde universal foi constituído em 1988.

No setor de saúde, o tema da inovação apareceu como agenda política durante a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde realizada em 1994. No evento, que integrou o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e do Desporto e o Ministério da Ciência e Tecnologia, a discussão se deu em torno de um modelo de desenvolvimento capaz de enfrentar as disparidades sociais entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, levando em conta o esgotamento do modelo econômico baseado na substituição de importações.

As possibilidades de superação desse modelo, no entanto, partiram do pensamento contraditório que afirmava também o esgotamento do Estado intervencionista e provedor, ao mesmo tempo em que se constatava que o neoliberalismo não havia garantido as bases para um projeto de superação de iniquidades (BRASIL, 1994, p. 19).

O diagnóstico apontava as instituições públicas como as principais geradoras de conhecimento por meio das pesquisas realizadas nas universidades e nas instituições de ciências, problematizando o fraco relacionamento dessas organizações com o setor produtivo. Foi indicada a necessidade de formular políticas industriais coerentes com as “peculiaridades da economia brasileira”, contemplando um sistema nacional de inovação em que caberia ao Estado a regulação, indução, articulação e o compartilhamento de riscos de empreendimentos que deveriam ser realizados por meio de cooperação entre empresas e universidades (BRASIL, 1994).

A inovação é citada como objetivo para o financiamento de pesquisas, para programas de pós-graduação e para investimentos no setor produtivo, adotando como linha central o reconhecimento da saúde como demanda social permanente a ser atendida pelo

Estado e alavanca para o desenvolvimento científico e tecnológico, visando superar a dependência e consolidar a base material necessária a sustentação ao SUS. Muitas intervenções foram realizadas e estão apresentadas no capítulo 4, sendo o objetivo aqui traçar um breve panorama sobre os conceitos que envolvem o termo ‘inovação’, sobretudo a partir da perspectiva que tem predominado na área da economia da saúde, desenvolvida no âmbito dos estudos a respeito do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS).

A maior parte dos estudos que envolvem o CEIS adota como referência a teoria do economista Joseph Schumpeter (1883-1950), que defende que o equilíbrio da economia se altera consideravelmente quando alguma inovação modifica as condições existentes. Essas modificações podem ampliar meios de produção, gerando ganhos quantitativos ou crescimento econômico quando mudanças qualitativas são introduzidas por meio de inovações empreendidas pelas empresas (TIGRE, 1952).

Para Schumpeter, a mudança tecnológica constitui o motor do desenvolvimento e seria o elemento capaz de revolucionar a estrutura econômica por meio do processo de criação destruidora, gerando novos hábitos de consumo. Schumpeter estava preocupado em analisar como o capitalismo criava e destruía estruturas e não em analisar a maneira pela qual o capitalismo administrava tais estruturas, como era a preocupação predominante nos economistas de sua época (SCHUMPETER, 1961). O economista traçou o conceito de “destruição criativa”, que significa que a inovação cria um padrão novo que destrói ou diminui o valor do padrão anterior, gerando um novo produto, serviço ou método inédito, a criação de um novo mercado, a descoberta de uma nova fonte de matéria prima, ou a ruptura de um monopólio. Para ele, o investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico são as chaves para os resultados positivos nas economias das nações.

Tão logo está em condições de enfrentar as despesas, a primeira coisa que uma firma moderna faz é fundar um departamento de pesquisas, cujos funcionários sabem que o pão de cada dia depende do êxito que obtiverem na descoberta de novas invenções. Essa prática, evidentemente, não sugere qualquer aversão ao progresso tecnológico (SCHUMPETER, 1961, p. 125).

Defensor do capitalismo, Schumpeter apontava o progresso como resultado da estratégia permanente de inovar, entendendo que a existência ou o desaparecimento das empresas dependia dessa estratégia, que uma vez cumprida com êxito geraria posições vantajosas para a empresa e benefícios para toda sociedade que passaria a usufruir de bens e serviços, até então não existentes.

Paulo Bastos Tigre (1952) concorda com Schumpeter sobre a inovação surgir como ondas ou ciclos cumulativos, mas entende que a inovação ocorreu principalmente devido a fatores que influenciaram a transição da economia industrial para economia da informação e do conhecimento, como o esgotamento dos recursos naturais que teria aberto caminhos para bens e serviços eco eficientes. Para esses autores interessa apenas as inovações passíveis de serem comercializadas, portanto, toda a história de descobertas e aprimoramentos entre a humanidade e natureza, assim como os modos de vida não capitalistas e seus saberes são descartados de suas análises.

Os conceitos sobre inovação no sistema capitalista foram detalhados por autores conhecidos como “neoschumpeterianos”, como Christopher Freeman (1995), que tratou de categorizar as inovações a fim de constituir elementos para análises qualitativas que visassem medir seus impactos sociais e econômicos. O autor descreve quatro grupos de mudanças de paradigma: mudanças radicais, incrementais, mudanças no sistema tecnológico e mudança no paradigma tecno-econômico. Já Richard R. Nelson e Sidney G. Winter (2005) pensam a inovação como um processo de desequilíbrio que combina diferentes níveis de tecnologias que se modificam ao longo do tempo. Eles consideram que os países menos desenvolvidos participam do progresso tecnológico à medida que as inovações são adotadas pelos países centrais, assumindo uma perspectiva semelhante a Teoria do Desenvolvimento Associado (TDA).

Giovanni Dosi (2005) assumiu a preocupação com as forças que tensionam e movimentam a inovação com um trabalho fundamental escrito nos anos de 1980, portanto na efervescência de mudanças de paradigmas trazidos pela microeletrônica. Formulou os conceitos de paradigma tecnológico e trajetórias tecnológicas, por meio dos quais explica os fatores sociais, econômicos e institucionais em que um novo conhecimento pode ser introduzido no sistema produtivo, possibilitando que surjam as inovações radicais.

No entanto, Dosi não atribui um caráter determinístico para as inovações, como Schumpeter o faz ao definir o investimento em P&D como elemento chave. Além disso, Dosi foi o primeiro a considerar que um novo padrão tecnológico é obtido a partir das características do padrão anterior. Essas novas características vão definir novas trajetórias tecnológicas com outras opções em um universo de alternativa factíveis, porém limitado. Aponta, também, a inovação como um instrumento de concorrência e um elemento variável para o desenvolvimento econômico e social.

Os conceitos sobre inovação têm sido expandidos, incluindo novos direcionadores e se dissociando dos conceitos lineares e fechados, surgindo proposições como as inovações por co-criação ou inovações abertas, que são aquelas que decorrem do relacionamento entre o criador e o usuário/consumidor e as inovações derivadas de espaços deixados por produtos tecnologicamente superiores, chamadas inovações disruptivas.

Além dessas, há as inovações sociais, que surgem a partir do engajamento de usuários com sua rede de serviços e as tecnologias sociais – que são inovações de baixo custo, adotadas para resolução de problemas coletivos. Nessa perspectiva, as inovações deixam de ser atribuídas somente aos empresários empreendedores e passam também a ser consideradas como possibilidade de movimentos organizados e ações político-sociais.

Uma outra abordagem sobre a inovação são os sistemas em rede. Nessas abordagens não são os produtos, os serviços, o investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) ou as patentes que oferecem os dados fundamentais para os estudos, mas as interações, as relações, as ligações existentes entre as instituições envolvidas no desenvolvimento de tecnologias, sendo elemento de análise os sistemas locais de inovação e os sistemas nacionais de inovação. Segundo essa proposição de Sistema Nacional de Inovação, o progresso técnico resulta de um conjunto complexo entre agentes que produzem, distribuem e aplicam vários tipos de conhecimento.

Bengt-Ake Lundvall (1992) e Christopher Freeman (1995) apontam que o sistema nacional de inovação opera elementos e relações de uma rede de organizações do setor público e privado de uma nação, que interagem para produzir, difundir e usar conhecimentos novos e economicamente úteis.

José Eduardo Cassiolato e Helena M. M. Lastres denominam os sistemas de inovação como um “conjunto de instituições distintas que contribuem para o desenvolvimento da capacidade de inovação e aprendizado de um país, região, setor ou localidade” (2005, p.37). Para os autores, a ideia básica de um sistema de inovação é que o desempenho inovativo depende não apenas do desempenho de empresas e organizações de ensino e pesquisa, mas também de como elas interagem entre si e com vários outros atores, inclusive com as políticas, de modo a afetar o desenvolvimento e o progresso tecnológico.

Henry Etzkowitz e Loet Leydesdorff (2000) assumem uma perspectiva sobre a inovação distinta de Schumpeter. Esses autores desenvolveram o conceito da “tripla hélice”, atribuindo papel destacado para as universidades e para o Estado na geração e disseminação

de mudanças relevantes para sociedade. Na tripla hélice estão a universidade, o Estado e a indústria.

Na direção dessa teoria, porém sem mencioná-la, Eduardo da Motta e Albuquerque e Cassiolato (2002) apontam que o setor de saúde é sensível aos arranjos institucionais e que o papel do setor público é decisivo na moldagem da capacidade desse setor mais do que em qualquer outro. Nesta perspectiva, quando uma política pública assume a dimensão de um sistema universal, como é o caso do SUS, ocorre a alteração dos arranjos institucionais e da agenda do setor, e esta foi uma imensa inovação na política de saúde no Brasil e influencia debates ao redor do mundo.

Esse aspecto é comprovado pelos estudos de Nilson Rosário da Costa, que descreve como o movimento pela Reforma Sanitária conformou uma mudança no equilíbrio de poder e na cultura organizacional instalada no setor de saúde de tal ordem que houve uma alteração completa nos arranjos institucionais e na agenda do setor, principalmente porque as lideranças do movimento ignoraram completamente uma proposta de inovação “dentro dos limites” (COSTA, 1996, p.6).

O SUS surgiu no âmbito da redemocratização do Brasil, quando a sociedade discutia um novo pacto social. A saúde, ao ser alçada ao conjunto dos direitos fundamentais no art. 196 da Constituição Federal de 1988, definiu uma nova forma de relacionamento entre o Estado e a sociedade e a cidadania ganhou nova conformação no país. Tratava-se da definitiva transição do modelo de “seguro saúde” para um sistema de “seguridade social”, denominado na Europa de *Welfare State*.

Os princípios sobre os quais se assentou o Sistema Único de Saúde permitem fundamentá-lo como uma mudança de paradigma econômico e social, a partir dos conceitos de Tigre (1952). O autor indica que as inovações alteram o tecido social e econômico no qual estão inseridas e se configuram como mudanças de “influência pervasiva e duradoura” (1952, p. 88), mas que dependem de mutações institucionais para sua concretização.

Esses aspectos se apresentam desde a implantação do SUS, quando observadas que as mudanças determinadas pela sua criação alteraram desde os marcos legais do sistema de direitos no Brasil, até a forma organizativa dos serviços de saúde operarem. Seu modelo de atenção, programas nacionais como Estratégia Saúde da Família, o trabalho de território com os Agentes de Saúde da Família são características muito inovadoras quando se trata de um sistema de saúde público com as dimensões que tem o Brasil.

Além disso, a participação social e o planejamento coletivo, a partir do Conselho Nacional de Saúde, atribuem ao SUS o caráter de construção social organizadora de uma estrutura relevante e que possibilita a prestação de serviços espalhada por todo Brasil, conforme detalhamento no 3.3. desta pesquisa.

Assim, apesar de a teoria Schumpeteriana apontar a inovação como um atributo inerente as empresas empreendedoras, podemos afirmar que burguesia não é a única fonte de mudança, não é a única classe capaz de promover inovações fundamentais para vida em sociedade, ao contrário, um conjunto enorme de inovações derivaram do relacionamento entre homem e natureza ao longo dos séculos, assim como muitas inovações do século XIX e XX decorrem do esforço coletivo, expresso por ações do Estado, como aponta Mariana Mazzucato (2014).

Por último, três questões sobre a inovação no setor de saúde merecem destaque. A primeira é o fato de os objetivos para transformação da ciência e da tecnologia no setor de saúde estarem quase que, exclusivamente, orientadas para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, na chamada “inovação produtiva” (GUIMARÃES et al., 2019, p. 883), limitando a verificação e o investimento em um conjunto de elementos fundamentais para estruturação do SUS, como é o caso do sistema educacional, por exemplo, pois em nenhum lugar do mundo, a ciência e a tecnologia puderam prescindir de um investimento orientado junto a estrutura educacional (SUZIGAN, FURTADO, 2006).

Se por um lado, a morfologia do CEIS auxilia em estudos sob o recorte industrial, por outro, o predomínio das análises sobre o segmento produtivo faz com que outros atributos fundamentais da política pública se tornem invisíveis e além da educação, pode-se citar outros elementos, como a gestão do sistema de saúde, a integração em rede e o mercado de trabalho do setor.

Além disso, o foco no sistema produtivo, com destaque aos modelos concorrenciais e as estratégias competitivas para justificar os investimentos no setor produtivo, quase sempre se descolam do sentido principal que é a sustentação material do SUS, e essa pode ser uma das razões pelas quais até hoje a Atenção Básica – nível de maior contato da população com o SUS – não tenha sido considerada o principal componente a ser atendido por essa base material. Os serviços de referência e a vigilância sanitária também não aparecem. A parte de serviços, na morfologia original, indica somente os prestadores de serviço, quase que fazendo uma redução da política de saúde ao atendimento assistencial hospitalar, perspectiva que a

reforma sanitária brasileira tanto combateu.

Outro aspecto que a atual configuração morfológica do CEIS não considera é a transmutação do capital produtivo para o capital financeiro, elemento que se fazia presente nas análises de Maria Cecília Donnangelo (1979), Hesio de Albuquerque Cordeiro (1980, 1984) e Cid Manso Vianna (2004). Esses autores se dedicaram a debater a influência da dinâmica capitalista sobre as práticas médicas, o empresariado da saúde e o complexo financeiro por traz das transformações dos serviços de saúde e da definição de ‘necessidades de saúde’, às vezes contraditórios e até danosos a saúde das pessoas.

O terceiro aspecto a ser ressaltado é o referencial teórico que tem servido de guia para as análises do CEIS e, conseqüentemente, para as conclusões que desdobram em políticas e ações de impacto no setor de saúde. Os estudos sobre o CEIS têm se tornado o principal insumo para produção de políticas públicas de desenvolvimento industrial para saúde pública, decorrendo daí a importância do complexo e de sua construção analítica para o futuro do SUS.

Esses estudos se inspiraram na ideia de complexos econômicos, que vigora nas análises dos países desenvolvidos, levando em conta sobretudo a sociedade de conhecimento e os padrões de inovação concorrenciais. Marisa Velloso Fernandes Conde e Tania Cremonini Araújo-Jorge em 2003 escreveram sobre o papel crucial que o conhecimento desempenha na economia dos países avançados, mas problematizam o fato de que esse padrão internacional de competição tenha se tornado o foco principal dos estudos, diagnósticos e prognósticos para o Brasil, país de economia periférica.

As pesquisadoras exortavam a comunidade acadêmica a uma compreensão mais abrangente de inovação, inclusive revalorizando as trajetórias institucionais bem-sucedidas do Estado. Elas sustentam que as capacidades tecnológicas acumuladas nas instituições públicas de pesquisa foram decisivas para os resultados da política de genéricos e para a AIDS, ressaltando que foram “políticas que se apoiaram na preeminência do valor público e na busca de maior equidade distributiva, sem deixar de lado a eficiência econômica” (2003, p 739).

Em texto, ainda a ser publicado, Fatima Andreazzi (2022) reflete criticamente a respeito da construção teórica adotada pelo CEIS, fazendo um percurso sobre concepções que Marx e Schumpeter apresentaram a respeito do desenvolvimento produtivo no sistema capitalista e suas conseqüências sociais e econômicas. Marx, antes de Schumpeter, apresentou a discussão sobre o papel do desenvolvimento das forças produtivas e

transformação das relações econômico-sociais, situando a inovação como um processo social e coletivo e não empresarial e individual, como faz Schumpeter. A teoria do desenvolvimento das forças produtivas de Marx também comportou o desequilíbrio, indicando que é esse desenvolvimento que provoca mudanças que, mais cedo ou mais tarde, revolucionam toda a estrutura da sociedade.

Andreazzi ressalta que, para Marx, são as classes sociais que fomentam o emprego da ciência e da técnica para ampliar a taxa de mais-valia, enquanto para Schumpeter o empresário inovador investe no progresso científico e depois recebe sua recompensa em forma de lucro, como se esse retorno não derivasse da exploração do trabalho. Para Andreazzi essas são algumas das contradições inconciliáveis na produção dos dois autores e reconhecê-las contribui para a perspectiva do CEIS 4.0¹⁷ preparando as instituições para os desafios do futuro, que são ainda maiores devido ao fluxo crescente dos intangíveis, como a importância dos serviços de informação já captada pelos autores (figura nº 9), assim como outros componentes que extraem valor dos países periféricos para o centro econômico, que vem aumentando a dependência ao invés de reduzi-la como é o propósito dos investimentos no CEIS.

Para começar, é fundamental considerar que não haverá círculo virtuoso entre a inovação e o desenvolvimento econômico articulando a lógica social e a lógica econômica, apenas internalizando a produção de “partes dos componentes” que tornam a balança de pagamento negativa no setor de saúde, porque, como é notório, os objetivos da Big Pharma não estão voltados a resolução dos problemas de saúde da população. Andreazzi aponta que, sem aprofundar o papel do imperialismo, a lógica desse “círculo virtuoso” ampliará as assimetrias.

Nessa reflexão, a autora inclui a crítica a políticas de Estado que geraram empréstimos subsidiados, financiamentos a longo prazo, desregulação do capital estrangeiro e uso de estatais que geraram alavancas de crescimento para uma fração da burguesia, que no momento de desvantagem comercial, vende o controle das empresas nacionais ou se integra a cadeias produtivas das multinacionais, de forma subordinada.

¹⁷ A atualização da morfologia do CEIS está apresentada na figura n. 9, p. 111.

Depois, o próprio conceito de Schumpeter sobre empresários empreendedores e sobre a destruição criativa gerar inovações não tem sido verificado nas estratégias globais das grandes corporações. Andreazzi se baseia nos estudos que apontam oligopólios farmacêuticos maximizando o lucro ao reduzir o investimento na busca de medicamentos com novos valores terapêuticos para priorizar pequenas modificações de moléculas existentes, com poucos benefícios adicionais.

Por meio desse expediente, novas patentes são concedidas e isto implica preços mais caros e custos adicionais para países que adotam essas substâncias. Para Marx, os meios empregados para essa destruição incluem o processo de destruição de forças produtivas humanas e materiais e é por meio desse expediente que o capital avança em seus momentos de crises.

Finalmente, cabe reconhecer que, para compreensão dos fenômenos por sua totalidade, o recorte morfológico que o CEIS defende desde os anos 2000, poderia beneficiar os estudos do campo da saúde, ampliando suas lentes de análise para além do setor industrial. Também seria importante calibrar o discurso sobre a inovação em saúde, passando a enfatizar o SUS como a principal inovação a ser prestigiada e difundida. Seus elementos de sustentação, incluindo o setor produtivo, devem ser debatidos a partir de teorias críticas, porque não há “falhas de mercado a serem corrigidas”, há “uma desvantajosa divisão internacional do trabalho”, a ser superada pelos países da América Latina.

2 OBJETIVOS E MÉTODO DE PESQUISA

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da pesquisa é identificar como o capitalismo dependente se expressa no interior do sistema público de saúde, adotando a Teoria Marxista da Dependência como referencial teórico para iluminar as contradições, constrangimentos e desafios colocados para a política universal em face da dependência estrutural e histórica do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as formas de atuação do Estado dependente brasileiro que asseguraram os interesses da burguesia interna e estrangeira durante o desenvolvimento da política pública de saúde;
- Identificar as formas com que as categorias de transferência de valor e da superexploração de trabalho funcionam no setor de saúde;
- Apresentar aspectos que facilitam o papel do Estado como empreendedor e executor de políticas de organização eficaz da prestação de serviços de saúde que atendam aos interesses e necessidades da população no campo da saúde pública.

2.3 Métodos

O referencial teórico demonstrou as imensas dificuldades dos países latinos desde a integração de suas economias aos sistemas produtivos dominados pelos países centrais e com um rígido sistema de divisão internacional do trabalho que dificulta o desenvolvimento de políticas internas e externas, comprometendo especialmente o potencial de ação dos Estados - agente principal da inovação no Brasil.

Mas, também, foi ressaltado que, mesmo submetido, o Brasil foi capaz de avançar em medidas de proteção social, implantando o sistema de saúde universal, mesmo no período de expansão do neoliberalismo sobre a América Latina.

Esta tese trata de um setor específico da vida social, a saúde, mas esse setor não está descolado das políticas de desenvolvimento do país, ao contrário, a depender das prioridades do Estado, o brasileiro terá melhor ou pior condição de vida e de acesso aos bens e serviços necessários para recuperar e/ou preservar sua saúde. Por isso, durante o desenvolvimento

desse estudo, foram recuperados aspectos históricos que entrelaçam as políticas públicas de saúde e as políticas econômicas, que, a meu ver, são indissociáveis. Também foram descritos momentos de rupturas que resultaram em graves crises econômicas e sociais, que, se por um lado serviram de argumentos para recuos nas políticas de desenvolvimento, por outro fizeram emergir lutas sociais e conquistas em defesa da sociedade.

Os ideais da universalidade e da integralidade propagados pelo SUS permanecem desafiados, devido ao paradoxo de limitar a ação do Estado quando a sociedade necessita cada vez mais de ações coletivas e amplas que somente o Estado é capaz de executar. Por isso, a escolha por uma abordagem macropolítica da pesquisa com centralidade ao Estado é a justificativa da pesquisa e na relevância foi destacada a adoção da Teoria Marxista da Dependência como referencial, até então, inédito no campo da saúde coletiva.

O estudo sobre os desafios presentes no desenvolvimento da política pública de saúde, ao assumir essa abordagem teórica, inicia um caminho ainda não percorrido, o que Alberto M. Bento e Maria Regina D. Ferreira (1982) indicam como pesquisa do tipo exploratória. Esses autores consideram que as pesquisas sociais consistem em ação de leitura e interpretação da realidade e podem oferecer contribuições a partir de quatro categorias de informações, remetendo a um sistema de degraus cumulativos com informações sugestivas, preditivas, decisivas e sistêmicas, apontando que as pesquisas exploratórias são as que contribuem para o primeiro degrau desse sistema, gerando informações sugestivas que darão maior familiaridade e uma nova compreensão sobre o fenômeno. Os autores reforçam que as pesquisas exploratórias têm por objetivo sugerir perguntas e não indicar conclusões, formulando hipóteses, ao invés de começar por elas.

Para eles, a principal contribuição desse tipo de pesquisa é identificar a natureza dos problemas com maior precisão (BENTO e FERREIRA, 1982, p.10) e, a partir disso, novos degraus podem ser escalados. Donaldo de Souza Dias e Mônica Ferreira da Silva (2009) salientam que para consistência das pesquisas exploratórias é essencial uma compilação com textos dos principais autores, identificando as contribuições mais relevantes e as lacunas que não foram exploradas. A priori, o resultado não será necessariamente um conjunto de conclusões, mas informações sugestivas que busquem melhor entendimento e que indiquem aspectos relevantes, caminhos e hipóteses para estudos futuros.

Antônio Carlos Gil (2008) chama atenção sobre não existir uma fórmula a ser seguida nas pesquisas sociais, ressaltando que o desenvolvimento dependerá da capacidade,

do estilo e dos cuidados que o pesquisador deve adotar para chegar a resultados válidos. Sobre a natureza dos resultados, ele alerta que os achados devem ser considerados sempre como uma visão parcial e transitória da realidade, dado que o pesquisador não consegue olhar os fenômenos sociais, complexos como são, sob todos os ângulos. Jaime Osório (2004) e Cecília Minayo (2007) seguem a mesma perspectiva e afirmam que as pesquisas sociais não estão obrigadas a apresentar respostas definitivas, pois diferente das leis imutáveis da natureza, os fenômenos sociais se modificam conforme a dinâmica histórica da sociedade.

Isto não quer dizer que pesquisas desta natureza estejam isentas dos rigores científicos, ao contrário, a validação de suas conclusões deve ser precedida da seleção e da análise cuidadosa das fontes de informação, de modo a evitar que o esforço da pesquisa resulte em especulações ou apenas confirme conclusões que seriam alcançadas pelo senso comum. Sobre as fontes utilizadas nesse estudo, foram todas referenciadas ao longo do texto e na lista das referências, mas há um conjunto de informações disponibilizadas que são fruto da minha vivência profissional na Fundação Oswaldo Cruz, atuando em cargos gerenciais que possibilitaram o contato direto com questões, decisões, desenvolvimento de políticas e suas consequências.

Voltando a questão dos resultados, Osório (2004) aponta que o estudo de fenômenos sociais implica conhecer trajetórias e por isso reforça a importância de recuperar contextos históricos de modo que aspectos relevantes para a pesquisa não permaneçam encobertos, assim como é fundamental fazer as conexões internas, como nos ensinou Marx ao refutar conhecimentos que se descolam da realidade e que utilizam construções teóricas que não distinguem aparência e essência.

A partir dessas orientações sobre o método, foi desenvolvida a seguinte pergunta para guiar a pesquisa: “como o capitalismo dependente se expressa no interior do sistema público de saúde brasileiro?” e a pesquisa do tipo exploratória permitirá ampliar o conhecimento a respeito de fenômenos ou teorias com pouca informação acumulada e organizada sobre o setor de saúde, como é o caso do uso da TMD no campo da saúde coletiva.

Este referencial teórico permitiu, inclusive, pensar em uma hipótese plausível, assim como foi feito o esforço de apresentar alguns resultados, ainda que preliminares. Portanto, a característica exploratória está relacionada ao campo em que o referencial está sendo aplicado e visa contribuir para o imenso acervo de conhecimento da área da saúde coletiva a partir dessa nova abordagem.

A adoção da TMD como referencial teórico é uma iniciativa pioneira no setor de saúde, se tratando de uma construção intelectual genuinamente desenvolvida por autores latino-americanos que conseguiram captar e demonstrar que a condição estrutural de capitalismo dependente é geradora de contradições internas que dificultam o avanço das políticas industriais, comerciais e tecnológicas (ICT). A TMD tem potencial para ir além das explicações naturalizadas como falhas de mercado, das soluções que reforçam mecanismos de mercado no interior da política pública de saúde e das discussões fragmentadas sobre financiamento, dependência de insumos, dificuldade de integração em rede, dificuldade de provisão de pessoal, como se cada um desses problemas fosse uma questão isolada e não intrínseca a capacidade concreta do Estado consolidar uma política que já ultrapassou seus trinta anos. O propósito com o uso da TMD é ampliar as possibilidades de aplicação desse referencial crítica, contribuindo com perspectivas que permitam discutir o desenvolvimento de políticas públicas intensivas em ciência e tecnologia do setor de saúde sob a ótica da dependência estrutural.

Foi priorizado o referencial teórico de Ruy Mauro Marini, Vânia Bambirra e Theotônio dos Santos, intelectuais que desenvolveram conceitos e categorias que explicam a subordinação e dominação decorrentes da divisão internacional de trabalho estabelecida pelos países centrais. Esses brasileiros provaram o fel dessa terra no período da ditadura militar, foram exilados e silenciados por seus ideais, mas conseguiram, mesmo sob as piores condições possíveis, estabelecer as conexões necessárias para que hoje seja possível refletir sobre o capitalismo dependente e suas consequências para América Latina.

O primeiro capítulo apresenta também a produção de Mathias Luce (2018), autor que tem se dedicado a recuperar a TMD, atualizando as análises para o contexto atual de hegemonia do capital financeiro e das grandes corporações transnacionais, contribuindo para difusão e aperfeiçoamento das linhas centrais dessa importante referência crítica ao capitalismo que se desenvolveu na América Latina. Para além dessas referências, foi elaborado o levantamento bibliográfico a fim de recuperar produções acadêmicas e bibliográficas que utilizaram a TMD em pesquisas relativas as políticas sociais. O levantamento foi realizado entre os meses de abril e junho de 2020 nas bases de dados do Portal de Periódicos da Capes e no Google Acadêmico, tendo essa última plataforma apresentado maior capacidade de recuperação na busca livre.

O recorte temporal foi de 10 anos (2010 a 2020) e foi utilizado inicialmente o termo “teoria marxista da dependência”. Foram recuperados 47 registros no Portal da Capes e 1.160 no Google Acadêmico. Em seguida a pesquisa foi refinada adotando-se “teoria marxista da dependência” AND “política social”, reduzindo a amostra para 3 publicações no portal da Capes e 234 no Google Acadêmico. Quando adicionada a palavra “saúde”, ambas as plataformas recuperam apenas uma publicação relativa ao estudo sobre a reforma psiquiátrica à luz da TMD, demonstrando que a produção acadêmica na área da saúde tem um amplo espaço para explorar esse referencial e assim alcançar novas perspectivas sobre o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil.

Por outro lado, a recuperação de uma grande produção utilizando a TMD como base teórica em estudos de economia política revela a potência da teoria, especialmente após o ano de 2016, quando se avolumou um número maior de achados.

Do ponto de vista da operacionalização da pesquisa, os objetivos estão conectados e considerados nos capítulos três, quatro e cinco. No capítulo três foi descrita a trajetória da saúde universal no sistema capitalista sob o ponto de vista da luta de classes e da conquista de direitos durante a Revolução Russa de 1917, passando pela experiência de Dawson em 1920 até o relatório de Beveridge (1944) e seus desdobramentos após a segunda guerra mundial. Recuperar esse histórico é importante porque o SUS segue a linhagem do modelo de Semashko e de Beveridge, que eliminaram a distinção por classe social para o acesso aos bens e serviços de saúde, assim como o modelo de financiamento coletivo e de política de Estado, portanto essas duas referências são fundamentais para interpretação do Sistema Único de Saúde definido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, mesmo que, no caso brasileiro, a Constituição Federal tenha admitido a exploração privada do setor em seu art. 199.

A partir do capítulo quatro, foram apresentadas linhas do tempo integrando os marcos do processo de desenvolvimento da política de saúde pública, do desenvolvimento de políticas de ciência e tecnologia para o setor de saúde e, ao mesmo tempo, do desenvolvimento de políticas de interesse do setor privado de saúde. Para composição das linhas do tempo foram realizadas pesquisas documentais em arquivos públicos, base de dados, e documentos institucionais.

Os critérios para inclusão ou exclusão dos dados que compuseram as linhas foram exatamente o impacto que a ação do Estado provocou na política pública da saúde, contextualizando tais ações com os deslocamentos provocados no setor de ciência e

tecnologia, e no setor privado de saúde, como foi o caso da política relativa a AIDS que impactou na política de produção interna, na interpelação dos direitos de propriedade intelectual e na produção e circulação de medicamentos genéricos no Brasil. O encadeamento desses fatos tem o objetivo de possibilitar uma análise integrada, visando romper as barreiras que Osório (2004) chama de conhecimento de superfície, em que relações de um mesmo processo estão escondidas ou até mesmo distorcidas.

A partir dessa integração, alguns fatos foram selecionados para traçar relações que demarcam a disputa entre projetos políticos de 1970 até os dias atuais, identificando ações do Estado que asseguraram os interesses da burguesia interna e estrangeira, cumprindo o primeiro objetivo específico da pesquisa, no capítulo quatro.

Sobre a classe burguesa, esta tese adota o conceito de burguesia interna proposto por Poulantzas, segundo o qual as classes burguesas nacional e interna apresentam comportamento distinto em relação ao capital estrangeiro e as classes populares. Segundo Danilo Enrico Martuscelli (2010), Poulantzas conceitua burguesia nacional como uma fração de classe cujas atividades têm predomínio comercial e exportador, possui base de acumulação própria, tem atitudes e comportamentos de defesa da ampliação do mercado interno, tem boa aceitação de políticas de redistribuição de renda, direitos sociais e trabalhistas para desenvolver o próprio mercado nacional de massas. Esse comportamento facilita a adesão à ideologia nacionalista, possibilitando que essa fração participe, junto com setores das classes populares, de frentes nacionais ou anti-imperialistas.

A burguesia interna tem uma relação de dependência financeira e tecnológica em relação ao centro hegemônico e a fragilidade político ideológica em relação ao capital estrangeiro acaba impedindo essa classe de exercer hegemonia política no bloco no poder, e portanto, está limitada a renegociar a hegemonia exercida pela burguesia compradora (associada) com a qual coexiste no bloco no poder. O resultado é a coexistência subordinada em relação à burguesia compradora (associada). Martuscelli (2010) destaca que a burguesia interna está ligada aos setores da atividade produtiva, fortalecendo sua posição favorável ao desenvolvimento industrial, e dificilmente assume uma posição anti-imperialista. Tem dificuldades para formar alianças com amplos setores das classes populares, sendo improvável que se configure como uma burguesia nacional, cuja característica clássica é o de oposição ao imperialismo dominante.

No capítulo quarto capítulo também se discute as categorias da transferência de valor, a cisão no ciclo do capital e a superexploração do trabalho no setor de saúde, cumprindo o segundo objetivo específico. O propósito do capítulo foi o de identificar outras formas de transferência de valor do Brasil para os países que integram a economia central, para além do déficit na balança comercial comumente citado nos estudos sobre os CEIS. Sobre a superexploração do trabalho, o propósito foi discutir alternativas de composição contratual para os trabalhadores no SUS e assim colaborar para os defensores do emprego público e da prestação de serviços estatal.

O terceiro objetivo específico está pautado na afirmação do Estado como empreendedor e executor de projetos de interesse público como é o caso do SUS. Para cumprir esse objetivo foi feito um breve estudo sobre a teoria do valor na perspectiva de Mariana Mazzucato (2020), buscando relacionar o Estado dentro da esfera das atividades produtivas, adotando corrente contra hegemônica aos estudos estruturalistas, neoclássicos e/ou marginalistas.

Por fim, a indicação pelo nome completo de alguns autores apresenta dois propósitos, o primeiro é ampliar a identificação da produção acadêmica das mulheres, muitas vezes colocadas em segundo plano de autoria ou invisibilizadas pelo sobrenome, que quase sempre induz ao pensamento de produção masculina. O segundo propósito é facilitar a recuperação da publicação quando se trata de sobrenomes comuns no Brasil, como é dos Santos, Silva, Souza, Pereira, Almeida, entre outros.

Esta pesquisa envolveu somente dados de domínio público, sem qualquer envolvimento ou identificação de participantes, dispensando assim a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa.

3 ACESSO A SAÚDE NOS PAÍSES CAPITALISTAS

As oportunidades de desenvolvimento social e econômico entre as nações são determinadas pela posição que o país ocupa historicamente no sistema capitalista e pela capacidade de crescimento econômico que resulta de políticas industriais, comerciais e tecnológicas (ICT), como descreve Ha-Joon Chang (2004). Nos países do centro hegemônico, os excedentes gerados na ICT são reempregados no desenvolvimento de setores econômicos de forma a organizar o mercado interno e a garantir uma relação equilibrada entre oferta e consumo. A depender da política vigente no país, parte dos excedentes são também investidos em políticas sociais para o bem-estar coletivo.

Os países que, historicamente, ocupam o centro hegemônico são os mesmos que tiraram as maiores vantagens durante o processo de acumulação primitiva do capital, como Marx apontou no capítulo XXIV (Livro 2) de “O Capital”. Esse processo liderado pelo Estado e pelas burguesias, produziu uma quantidade de bens sem precedentes e expandiu o progresso tecnológico, mas gerou contradições, porque formou novas elites econômicas, ao mesmo tempo em que as condições de vida do proletariado não se modificaram significativamente, motivando revoltas e revoluções das novas classes sociais em busca de direitos que não foram concedidos naturalmente à medida que o capitalismo avançou.

As revoluções burguesas que ocorreram durante os séculos XVII e XVIII conquistaram a primeira geração de direitos civis – os direitos de liberdade e de propriedade. No século XIX, parte da sociedade, principalmente a classe trabalhadora, começou a conquistar direitos políticos, com destaque para o movimento cartista inglês (1830-1840), que passou reivindicar o sufrágio universal e secreto, assim como o feminismo passou a reivindicar direitos políticos para as mulheres na virada do século XIX para o século XX, surgindo assim a segunda geração de direitos - os direitos políticos (MARSHALL, 1967; BOBBIO, 2004).

A consciência crescente sobre os direitos de cidadania e os ideais da igualdade contribuíram para que emergissem movimentos socialistas na Europa que denunciavam as condições de trabalho cada vez piores, as jornadas extenuantes, as remunerações insuficientes para as necessidades básicas de alimentação, saúde, educação e habitação, além do desamparo quanto aos aspectos naturais da vida como a gravidez, o adoecimento, o envelhecimento e a morte. Foi nesse contexto que os direitos sociais vieram a se viabilizar na segunda metade do século XX no Ocidente, depois do início ainda não baseada em direitos que ocorreu no final

do século XIX na Alemanha de Bismarck, iniciando a noção de *Welfare State*¹⁸ no século XX (MARSHALL, 1967).

Esses movimentos, no entanto, não foram estancados. Primeiro porque os seguros obrigatórios como no modelo bismarckiano¹⁹ mantinham, e mantém até hoje, a segmentação do direito por contribuição, ou seja, por classe social; segundo porque em alguns países do ocidente ocorreram movimentos revolucionários que pretenderam realizar mudanças mais amplas na sociedade, mas não é característica do capitalismo a concessão de políticas com direitos amplos, então rupturas políticas deveriam acontecer e aconteceram mesmo.

3.1 Antecedentes da Saúde universal no ocidente

O reconhecimento pioneiro dos direitos sociais no mundo foi feito na Constituição do México em 1911, mas restrito às aposentadorias e pensões (SILVA, 1998, p. 164). A concretização dos direitos sociais por meio de políticas universais aconteceu de fato na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Em um processo de ruptura com o sistema político vigente à época, a Revolução Russa (1917) definiu novos marcos de direitos e o Estado passou a se responsabilizar pela disponibilidade pública de bens e de serviços para todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade de contribuição, inaugurando a primeira experiência com políticas universais. O próprio Vladimir I. Lenin (1870-1924), líder da Revolução Russa, escreveu a “Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado” em janeiro de 1918 (SILVA, 1998, p. 165).

Foram estabelecidos em 1918 naquele país 18 Conselhos de Comissários do Povo, dentre eles o Conselho de Saúde Pública e coube ao presidente desse Conselho, Dr. Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949), desenvolver e executar as diretrizes do primeiro serviço público de saúde de acesso universal em 1918. O serviço lidou com as epidemias de

¹⁸ O termo *Welfare State* é creditado ao diplomata e estadista alemão Otto Von Bismarck, criador do sistema de proteção social alemão no século 19.

¹⁹ Em termos gerais, o modelo de proteção social bismarckiano se refere ao seguro social alemão caracteriza-se pela participação compulsória dos trabalhadores assalariados mediante contribuições proporcionais aos salários até um limite máximo definido por lei e pela administração autônoma dos órgãos de seguro, os quais, em geral, são geridos de forma paritária por trabalhadores e empregadores, modalidade pela qual também participam nas contribuições em quase todos os seus ramos. Os órgãos de seguro social são públicos, mas não estatais, e sua atuação é regulada e controlada pelo Estado (GIOVANELLA, 2001).

malária, disenteria, tifo, cólera e varíola, com as doenças sexualmente transmissíveis e com a alta mortalidade infantil. Semashko desenvolveu serviços fixos e itinerantes que se dedicavam a ações de prevenção e proteção para mulheres, crianças e jovens (HAINES, 1928).

Segundo Costa (2018), durante a guerra civil (1918-1921) – na qual, além dos exércitos contrarrevolucionários brancos, tropas de 14 países tentaram derrubar o poder soviético (SAYERS e KAHN, 1959) – o corpo médico russo se desdobrava na prestação desses serviços ao mesmo tempo em que cuidava dos combatentes que integravam o Exército Vermelho Revolucionário, mas no final do conflito interno, o serviço público ganhou qualidade, se organizando em quatro níveis: nível central e integrador e três níveis organizados de forma a atender as vilas, os campos e as fábricas. O modelo era centrado em policlínicas com encaminhamento para hospitais gerais e para dispensários que atuavam por especialidades em doenças venéreas, oncologia, tuberculose, neurologia, entre outras.

Para Semashko, o planejamento dos serviços de saúde era o ponto mais relevante da economia soviética e este planejamento era organizado de modo a acompanhar as mudanças dos processos de trabalho surgidos na revolução industrial e as doenças laborais decorrentes, assim como acompanhar as mudanças sociais, como maior presença da mulher no mercado de trabalho e o divórcio, por exemplo, que demandava investimentos em creches, pensão alimentícia, direito da mulher ao trabalho e legalização do aborto (COSTA, 2018).

Do outro lado da Europa, a ideia de saúde como direito também começava a se desenvolver. O médico Bertrand Dawson (1890-1940), por meio de sua experiência com hospitais de campanha durante a primeira guerra mundial, formulou um modelo para o governo inglês que integrava os serviços de saúde de acordo com níveis de intervenção: primário, secundário e hospitais gerais, organizados por regiões de saúde que contavam com autoridades sanitárias próprias.

O famoso Relatório Dawson (1920) propôs redes organizadas por áreas geográficas, coordenadas pelo primeiro ponto de contato, a atenção primária (DAWNSON, 1962). O objetivo era adotar a prevenção como modelo de serviço, evitando o agravamento de doenças que causavam sofrimento e despesas altas para as famílias. Em sua proposta, Dawson também considerava os interesses da comunidade médica que precisava praticar a medicina em maior escala ao mesmo tempo em temiam o empobrecimento em função da oferta pública dos seus serviços.

O arranjo inovador de Dawson não foi implantado, mas difundiu a ideia da territorialização e da organização dos serviços de acordo com as características locais e com os níveis de complexidade dos cuidados em saúde (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Ao final da Primeira Guerra Mundial ficou claro que o liberalismo não entregaria o que prometera e não garantia crescimento simétrico entre as nações. Keynes participou das negociações de Paz que culminaram no Tratado de Versalhes em 1919. Segundo Nicholas Wapshott (2011), Keynes se assustou com o ímpeto vingativo e com a ganância dos interlocutores e considerou que as compensações exigidas eram pesadas demais. Se notabilizou por afirmar que os termos para a “paz” impingidos à Alemanha desmontariam uma economia moderna e próspera, resultariam no atraso, fome e miséria do povo alemão e poderiam conduzir a extremismos e convulsões na Europa.

Mas o “moinho satânico” (POLANYI, 2000) do capitalismo continuou avançando sobre a tão propalada livre concorrência, criando os grandes monopólios e intensificando a especulação financeira, o que fez com que os investimentos migrassem do setor produtivo para o mercado de capitais, que, desregulado, entrou em colapso em 1929, arruinando economias pelo mundo inteiro.

Segundo Arrighi, Wall Street havia desviado recursos de investidores externos para especulação interna, aumentando a exportação líquida americana de 200 milhões de dólares em 1926 para 1 bilhão em 1928 (1996, p.282). Além disso, a total desregulação do mercado, fruto do liberalismo econômico, causou excesso de produção nos Estados Unidos e na Europa e sem ter mercado consumidor suficiente, as vendas foram realizadas muito abaixo dos custos de produção, arruinando muitos produtores.

Quando os EUA interromperam a concessão de empréstimos e de investimentos, as reservas americanas voltaram aos 200 milhões anteriores, milhões de ativos empresariais foram liquidados na bolsa de valores em 1929. Arrighi aponta que essa foi a revolução mundial a qual Karl Polanyi se referiu quando indicou os marcos principais do “rompimento do fio de ouro” (1996, p.283) indicando o desaparecimento da *haute finance* da política mundial, a substituição da Liga das Nações por impérios autoritários, a ascensão do nazismo na Alemanha, os planos quinquenais soviéticos e o lançamento do plano de reestruturação econômica, o *New Deal* estadunidense, como um momento em que o mundo voltou ao ideais do século XIX (1996, p. 283).

A quebra da bolsa de valores causou uma enorme recessão nos países capitalistas. Houve redução da produção, do comércio, do emprego e o caos econômico provocado pelo sistema financeiro fez ressurgir políticas protecionistas em países liberais que até então demonizavam tais medidas, mesmo tendo se utilizado delas para se desenvolver ao longo do século XIX. Os países ergueram barreiras tarifárias e implementaram subsídios tentando proteger suas burguesias, contrariando dogmas que desde o século dezoito afirmavam o liberalismo como a única solução para a prosperidade global.

Mas, mesmo com essas medidas, as economias internas permaneciam em frangalhos, o comércio global encolhido e a miséria avançando. Keynes apontou a necessidade de intervenção estatal na economia especialmente para gerar empregos (WAPSHOTT, 2011). Suas teorias chamaram atenção de intelectuais de Harvard e acabaram sendo incorporadas no governo democrata de Franklin Delano Roosevelt (1882-1945) para recuperação da economia dos Estados Unidos e apoio aos países prejudicados pela recessão (NAPOLEONI, 1979).

Keynes e Roosevelt, embora tenham sofrido fortes ataques dos liberais, não eram socialistas e seus propósitos foram claros quanto a salvar a economia de mercado – o capitalismo. A intervenção estatal obteve êxito quanto a retomada da economia, mas não conseguiu prolongar a paz por muito tempo e um novo momento de ruptura se apresentou - a segunda Guerra Mundial provocada pela Alemanha que, como previu Keynes, deflagrou um projeto extremista de poder (WAPSHOTT, 2011).

Os horrores do regime nazista alemão (1933-1945) – campos de concentração e extermínio, os combates sangrentos que não poupavam a vida de mulheres e crianças e a violência incomensurável das bombas atômicas lançadas pelos EUA contra o Japão (1945) – alertaram ao mundo sobre a imensa brutalidade que as guerras estavam alcançando. Chegado ao final da segunda Guerra Mundial, era preciso apontar outros caminhos, traçar um recomeço, mas sem romper com o sistema capitalista, este deveria ser salvo, mais uma vez.

O aprendizado acumulado na Primeira Guerra Mundial indicava que os vencedores precisam distribuir socialmente os resultados econômicos e os perdedores deveriam ter condições dignas para recomeçar. Do ponto de vista econômico, a planificação pelo Estado russo mostrava seus êxitos, assim como as políticas universais de acesso à educação, saúde e moradia provavam ao mundo que era possível crescer e distribuir ao mesmo tempo.

Em 1942, Winston Churchill (1874-1965) havia solicitado uma proposta de reforma do regime de proteção social inglês, sendo apresentado o *Report in Social Insurance and*

Allied Services por William Henry Beveridge (1879-1963), documento que ficou conhecido como Relatório Beveridge. O documento propôs uma grande reforma social, indicando a doença, a ignorância, a miséria, a imundície e a desocupação como problemas sociais que o Estado deveria resolver. O documento supria lacunas de políticas anteriores e atendia novas demandas sociais, com medidas universalizantes de direito (CARDOSO, 2010).

O Relatório de Beveridge foi apresentado a Câmara dos Comuns Inglesa em 1942, analisado oficialmente em 1944 e contou com grande apoio popular para sua aprovação. No entanto, durante a espera pelo fim da guerra, as disputas políticas e os custos de implantação impuseram tantas alterações à proposta que Beveridge, que ele chegou a afirmar que o governo deveria abandonar seu relatório, pois havia se afastado demais das mudanças estruturais propostas originalmente (CARDOSO, 2010).

Neste período, com o mundo capitalista já em transição hegemônica da Inglaterra para os EUA, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945 e aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, que indicava o acesso a saúde e ao bem-estar como direitos humanos em seu art.25 (DUDH, 1948). A terceira geração de direitos, os direitos sociais, emergiu após a Segunda Guerra Mundial nos países capitalistas centrais, que preocupados com os avanços do socialismo do Leste Europeu e com pressões sociais que poderiam desaguar em novas rupturas, trataram de iniciar reformas de cunho social-democrata, associando políticas de desenvolvimento econômico e políticas de bem-estar social, realizando reformas em seus sistemas de saúde, aposentadorias e pensões, tornando-os mais amplos em termos de cobertura e mais generosos em termos de benefícios.

O *Welfare State*²⁰, também conhecido como regime de proteção social, regime de bem-estar social, ou regime de seguridade social, como é o caso no Brasil, se consolidou como política de Estado, no entanto, as nações adotaram distintas concepções para

²⁰ Os Regimes de proteção social incluem aposentadoria, pensões, benefícios assistenciais e o acesso aos serviços de saúde. No caso do acesso a saúde, no regime universal todos têm acesso aos mesmos serviços e a todos os recursos disponíveis no sistema de saúde. O provedor de serviços é o Estado e a sociedade é a financiadora da política de saúde. No regime conservador, o acesso aos serviços é feito pela contratação obrigatória de seguro de saúde que oferece serviço segmentado por categorias profissionais ou setores econômicos, visando manter a diferença de *status* social de acordo com a capacidade de pagamento dos indivíduos. No regime liberal, para acesso ao sistema de saúde é preciso comprovar situação de pobreza, ter mais de 65 anos ou alguma doença elegível, como doença renal, por exemplo. Os serviços são restritos a esses grupos e são fornecidos de acordo com pacotes pré-definidos. O objetivo desse regime é dar alguma cobertura de saúde sem ameaçar o mercado de seguro privados.

desenvolvê-lo, configurando distintos regimes de direitos que Esping Andersen (1995) categorizou como: regime socialdemocrata, regime conservador e regime liberal. Essa categorização ajuda a compreender a abrangência das políticas sociais de proteção, mas Esping é categórico ao apontar que o regime universalizante da social-democracia garante cidadania ampla, porque promove mudanças não apenas no status social dos indivíduos, mas na própria estrutura da sociedade (ESPING ANDERSEN, 1991, 1995).

Na Inglaterra, a vitória do Partido Trabalhista possibilitou que parte da reforma Beveridge fosse adotada. O *National Health Service – NHS*, criado pelo parlamento e implantado sob a liderança de Aneurin Bevan (1897-1960), se caracterizou como sistema universal, com acesso garantido para todos, não havendo pacotes limitados de serviços. O sistema é baseado no reconhecimento dos direitos dos cidadãos financiado por impostos governamentais e por mais que governos liberais tenham tentado impor regras neoliberais, como foi o caso do governo de Thatcher na Inglaterra, as medidas “não afetaram as bases do *NHS*” (RODRIGUES, 2003, p. 159).

O exemplo mais típico do regime conservador é o da Alemanha, criado nos anos 1880 por Otto Von Bismarck (1815-1898). O regime se caracterizou como conservador por não ser baseado no direito, por exigir contribuição prévia dos trabalhadores e seus empregadores, com desconto na folha de pagamentos das empresas para acesso ao serviço de saúde.

O seguro social - *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)* é obrigatório e está baseado nos princípios da equivalência - mesmos riscos, mesmos benefícios, solidariedade - melhores remunerados contribuem em percentuais maiores e subsidiariedade - o indivíduo e sua família são responsáveis pela prevenção de doenças e incapacidades (GIOVANELLA, 1998). O acesso e os níveis do cuidado são ofertados de acordo com a contribuição individual, criando *status* diferenciados entre os cidadãos. Ao longo dos anos, o GKV tem passado por reformas que ampliaram a cobertura para que os jovens permaneçam mais tempo como dependentes dos seus pais, assim como foram implementadas medidas para melhor assistência aos idosos.

Os Estados Unidos constituem o exemplo mais típico do regime liberal de política social com ampla dominação dos seguros privados de saúde. O serviço público é restrito aos pobres (*Medicaid*), doentes renais, terminais e pessoas com mais de 65 anos (*Medicare*). Mesmo com essa restrição de clientela, esses sistemas públicos são considerados os mais

caros do mundo (PORTER et al, 2007; CHRISTENSEN et al, 2009). Para mudar esse cenário foi criado em 2010 o *Patient Protection and Affordable Care Act*, conhecido como *Obamacare*, que, embora não tenha mudado a lógica de contratação de seguros privados de saúde, passou a oferecer subsídios empresariais, amenizando os custos das mensalidades e do copagamento. O *Obamacare* deu acesso aos serviços de saúde para mais 26 milhões de estadunidenses não enquadrados nos requisitos do *Medicaid* ou *Medicare*, mas seguiu o modelo de expansão de seguro privado (SANTOS, 2016).

A existência dos distintos regimes de proteção social não está relacionada propriamente à capacidade econômica de os Estados arcarem com a política universal, mas com o conflito entre o capitalismo liberal e o Estado social, que, entre outras razões, foi acentuado após o desfecho da Guerra Fria²¹ – disputa geopolítica que foi travada entre os EUA e URSS. Esse evento teve uma grande influência sobre as políticas sociais com implicação direta sobre os sistemas de saúde desenvolvidos no período de expansão do *Welfare State* (1950-1970).

Se por um lado a queda do muro de Berlim (1989) foi comemorada como o fim da separação de um mesmo povo, no plano internacional, o fim do bloco socialista marcou o momento de investidas brutais contra as medidas keynesianas vigentes na Europa desde o final da Segunda Guerra Mundial. João Márcio Mendes Pereira (2014) ressalta o conjunto de recomendações expressas no Consenso de Washington representava “o fim da tolerância de Washington com um mundo de capitalismo nacionais e a ofensiva do capital contra o conjunto de direitos sociais e trabalhistas forjados no pós-guerra” (2014, p. 28). A derrota no Vietnã e duas crises do petróleo apontavam para o declínio da hegemonia estadunidense. A crise iniciada pelas potências econômicas foi transformada em motivos para redução do papel do Estado em vários lugares do mundo, visando ampliar a oferta privada de bens e serviços e assim reaver as taxas de lucro.

Essa crise generalizada do capitalismo, no entanto, foi anunciada como “crise fiscal”, ou seja, como uma crise do excesso de gastos por parte dos Estados que implementaram

²¹ A Guerra Fria foi o confronto sem armas entre os EUA e a extinta URSS visando implementar o capitalismo como modelo econômico global. As potências disputaram no campo da ciência, tecnologia e cultura. Com ascensão de Mikhail Gorbachev, iniciou-se o período chamado “degelo” com aproximação entre os dois países por meio da implantação de medidas de liberação na economia soviética até a dissolução da URSS em 1991.

medidas de proteção social. Para Maria da Conceição Tavares (2019) esse foi o momento da “retomada da hegemonia norte-americana”, a partir da estratégia de enquadrar parceiros e adversários do ponto de vista militar, econômico, financeiro e ideológico. A autora apontou que os EUA sempre tiveram um comércio extremamente diversificado e relações multilaterais, o que garantia um fluxo de importação e exportação com todos os países relevantes, mas a partir de 1984 o país parecia empreender uma divisão na qual permaneceria como centro.

Ao complementar essa análise em 1997, Tavares aponta que os dois esforços que foram imprescindíveis para a retomada da hegemonia: a diplomacia do dólar, que enquadrou todos os competidores capitalistas e a diplomacia das armas que minou o adversário geopolítico – URSS –, encerrou a bipolaridade e forjou a globalização financeira em seu benefício, concentrando poder que ela chamou de “ordem unipolar e de economia mundial” beneficiando os EUA e submetendo a maioria dos países do mundo desde então (TAVARES, 2019).

Ao se tornar dominante no final dos anos de 1980 nos Estados Unidos e na Inglaterra, o neoliberalismo buscou modificar as funções do Estado, forjadas após toda luta social no ocidente, quando a execução de políticas públicas implicou significativa ampliação da estrutura do Estado para realizar um conjunto de ações socialmente inovadoras até o século XX (RODRIGUES, 2003). Essas ações retiraram a exclusividade na comercialização de setores, desmercadorizando (ESPING-ANDERSEN, 1991) bens e serviços essenciais.

Com o objetivo de recuperar as taxas de lucro em queda desde o final dos anos de 1970, o neoliberalismo iniciou sua cruzada a favor da expansão do capital privado no segmento das políticas públicas sob o argumento da ineficiência, corrupção e desperdício do Estado atacando diretamente o *Welfare State* em todas as suas dimensões: saúde pública, aposentadoria, pensões e auxílios sociais.

As organizações internacionais exerceram um papel central nesse movimento. O Banco Mundial, que até então não se envolvia com as políticas de bem-estar, por meio do seu presidente Robert MacNamara, anuncia que o desenvolvimento não poderia focar somente no crescimento, mas também deveria incluir as políticas sociais. A ideia da inovação para geração de empregos começou a andar junto com o debate sobre a redução de atividades improdutivas, mas ao invés do foco recair sobre o rentismo, o alvo passou a ser questionar o papel do Estado (PEREIRA, 2010).

A discussão sobre um novo *Welfare State*, sob prisma da terceira via de Anthony Giddens, ganhou projeção. Do ponto de vista dos sistemas nacionais de saúde, a proposta foi de um “novo universalismo”. A decisão de implantar sistemas de saúde universais com integralidade do cuidado, organizado a partir da Atenção Primária, que havia sido tomada em Alma Ata (1978), começou a ser considerada vaga e ampla demais e foi firmado um novo entendimento na Conferência patrocinada pela Fundação Rockefeller, ocorrida em Bellagio (1979). Na conferência ficou definido que os países da periferia não teriam sustentação financeira para ações integrais de saúde, devendo adotar foco em medidas simples de grande impacto (ALMEIDA, 2014).

Essa concepção foi reverberada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e por outras organizações do terceiro setor que investiram em ações destinadas somente ao grupo de mulheres e crianças pobres, com estratégia centrada no que se denominou GOBI e depois em sua extensão GOBI-FFF - (*Growth monitoring, oral rehydration, breast-feeding and immunisation*) --*female education, family spacing and food supplementation*) e que consistia em monitorar o crescimento das crianças, reidratação oral, amamentação e a imunização, eventuais complementos alimentares, alfabetização das mulheres e planejamento familiar (ALMEIDA, 2014).

Esse período ficou marcado como um momento de profundo descrédito da OMS porque misturou decisões sanitárias e decisões econômicas, a partir da absorção acrítica das determinações do Banco Mundial que interferiam em setores não relacionadas a área econômica dos Estados, sobretudo nas áreas de maior participação do fundo público onde os recursos para as políticas sociais estão concentrados. Essas orientações condicionavam os países a implantar modelos de organização de serviços elaborados pelos EUA como estratégia de combate à pobreza e condicionava os países a realizar as reformas no sistema de seguridade social para que pudessem ter acesso a pacotes de empréstimos durante a crise de 1980.

A perda de apoio, financiamento e credibilidade da OMS facilitou o deslocamento de poder para o BM que passou a tratar de assuntos relacionados a assistência à saúde, com lentes conservadoras e neoliberais. Sob o mote “já que não podemos fazer tudo, por todos” foram propostas reformas que romperam com a decisão de Alma-Ata e que consistiam em prover saúde para todos até o ano 2000 (ALMEIDA, 2014).

Segundo Vilas (2014), o alinhamento dos governos da região com as diretrizes do Consenso de Washington (1989), evento que traduziu a pauta neoliberal para os países periféricos, fez com que os governos adotassem medidas liberalizantes, desregulando a economia e o sistema financeiro e mantendo os juros altos para atrair investimentos externos.

Mais esse foi período de efervescência no Brasil. O momento era de luta pela redemocratização do país que vivia sob o regime da ditadura militar desde 1964. Com pautas muito bem definidas e grandes movimentos, estudantes, professores, setores populares, movimentos sociais e entidades profissionais reivindicavam mudanças estruturais na sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o grupo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que denunciava os altos custos da saúde, a falta de acesso para um enorme contingente de pessoas, a corrupção sistêmica e as disfunções do modelo de assistência pautado em práticas individualistas, hospitalocêntricas e privatistas.

Mas a crise previdenciária dos anos de 1980 foi creditada ao Estado, que teria sido corrupto e ineficiente na provisão dos serviços e na alocação dos recursos. A velha ideia de uma iniciativa privada ímpolita e hiper eficiente voltava com força total na imprensa e nos debates políticos. Nos anos 2000 o Relatório da OMS apontou para uma ‘crise da saúde pública’, com iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da OMS em torno de propostas tais como a “Nova Saúde Pública” e as “Funções Essenciais de Saúde Pública” (PAIM, 2008), implicando duas metas centrais: contenção de custos da assistência e incentivos ao mix público-privado, através da descentralização de atividades e responsabilidades para os níveis subnacionais de governo e para o setor privado, assim como prevê o aumento da participação do usuário no custeio.

3.2 Antecedentes da política universal de saúde no Brasil

Algumas das primeiras políticas de saúde que surgiram no mundo foram também implantadas no Brasil ainda no período colonial. Seu objetivo era principalmente a higiene das cidades por onde as mercadorias transitavam e do produto a ser exportado, no caso do Brasil, o café, sendo a assistência à saúde do trabalhador uma consequência dessa política (WARGAS, 2007), mas a epidemia de peste bubônica na Europa ampliou as ações de saúde e no Brasil impulsionou a criação de institutos dedicados a produção de soros no Rio de Janeiro e em São Paulo.

A passagem de médicos brasileiros pelo Instituto Pasteur, em Paris, abriu a perspectiva de novos campos do conhecimento para os jovens interessados em ciência. Oswaldo Cruz trouxe a bacteriologia e após assumir o Instituto Soroterápico de Manguinhos em 1901, inspirado no instituto francês, decidiu que a produção de insumos para saúde humana e animal deveria ser acompanhada de investimento em pesquisa científica e em formação de novos cientistas. Em 1905, Oswaldo Cruz e um grupo de cientistas inspecionaram os 23 portos brasileiros e, em seguida, esse grupo se dirigiu para o interior do país para compreender a situação de saúde do sertanejo, do ribeirinho, do trabalhador do campo (REVISTA DE MANGUINHOS, 2005).

Gradualmente, as políticas de saúde foram assumindo um importante papel na construção de uma ideologia nacional. Nas áreas centrais, as ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações de combate a doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. A partir dos relatórios dos médicos sanitaristas que realizaram expedições pelo país foi apontada a necessidade de uma ampla política de Estado na área da Saúde. A primeira campanha bem-sucedida contra malária foi coordenada por Carlos Chagas em 1906 e teve foco nos operários que trabalhavam na construção da Usina Hidrelétrica de Itatinga (BENCHIMOL, SILVA, 2008). Em 1909, o cientista descobriu o ciclo completo da *Trypanosoma cruzi* – a doença de chagas – e a ciência brasileira alcançou prestígio internacional (KROPF, 2009, pp. 13, 253).

Os capitalistas dependiam de equipes de saúde para avançar nos seus planos expansionistas e solicitaram apoio na construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, onde a malária também causava uma altíssima rotatividade de trabalhadores. Até o ano de 1910 não havia serviços de saúde dedicados ao atendimento da população. As ações eram realizadas por intervenções sobre o ambiente, por meio de expedições sobre agentes infecciosos e, em casos específicos, voltadas para o coletivo com quarentenas e vacinação.

A partir da instalação dos primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural (PHPR) em 1916 se inicia o combate a doenças endêmicas em base territorializadas, de forma permanente, com recursos de diagnóstico e de prevenção, com imunizações (CAMPOS, COHN, BRANDÃO, 2016, p. 1352).

Oswaldo Cruz e Carlos Chagas foram fundamentais para despertar a consciência sobre a interface entre o desenvolvimento do país e as necessidades de saúde da população. Eles e outros médicos, como Belisário Penna (1868-1939), Artur Neiva (1880-1943) e Edgar

Roquette-Pinto (1884-1954), realizaram expedições e produziram relatórios que tiveram muita influência no campo médico, intelectual e político sobre a necessidade do saneamento e de serviços médicos nas regiões interioranas e em territórios indígenas (RODRIGUES, 2021).

As instituições de pesquisa e de formação médica se expandiam, mas enormes contingentes continuavam sem acesso aos serviços de saúde. Neste período, trabalhadores urbanos, influenciados pelos imigrantes europeus, iniciaram agitações culminando nas greves de 1917 e 1919. O movimento sindical chamava atenção para suas reivindicações e tencionava a agenda política dos representantes da burguesia, exigindo melhores condições de trabalho e maiores proteções sociais.

O chefe de Polícia Eloy Chaves criou Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores que faziam parte dos grupos mais organizados e que estavam ligadas às atividades de exportação vinculadas as grandes empresas marítimas e ferroviárias (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

As CAPs eram organizadas por empresas numa espécie de seguro de saúde financiadas com contribuições prévias dos empregados e dos empregadores em que o Estado não contribuía financeiramente. Somente os trabalhadores urbanos tinham acesso a essas caixas e nem todas as empresas ofereciam ao trabalhador a possibilidade da formação de uma caixa, porque esse era um benefício mais comum nas grandes empresas. O Decreto nº 4.682 de 1923, que ficou conhecido como a Lei Eloy Chaves, instituiu benefícios nesta ordem: 1º) assistência médica, inclusive aos familiares; 2º) medicamentos a preços especiais; 3º) aposentadoria e 4º) pensão (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

O clamor por mudanças na área da saúde não arrefeceu, porque fazia parte de demandas mais amplas e que diziam respeito a insatisfação política de diversos setores sociais, ganhando destaque os movimentos dos trabalhadores e dos militares de baixa patente. A agitação política culminou na Revolução de 1930 e no governo de Getúlio Vargas.

Getúlio Vargas, buscando legitimação através de uma política de massas, mesmo entrando em choque com os técnicos da previdência, ampliou a cobertura para os trabalhadores rurais, domésticas, autônomos, profissionais liberais, subempregados e desempregados e, na sequência, criou o Instituto do Serviço Social Brasileiro (ISSB), inspirado nos princípios da uniformização, unificação e universalização e em 1935 as caixas e institutos foram fundidas em uma única Caixa (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

A contribuição dos trabalhadores e a entrada da União como fonte de receita previdenciária permitiram a geração de uma super receita. Entre os anos de 1923 e 1930 o número de trabalhadores ativos chegou a 140.000 e entre 1930 e 1945 esse número subiu para 2.888.000 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p.59).

Inobstante ao balanço positivo das receitas, as CAPs iniciam políticas de contenção, separando a previdência e a assistência. O argumento era de que as aposentadorias e as pensões eram obrigações contratuais, enquanto a assistência médica, hospitalar, farmacêutica só deveria ser prestada de acordo com a disponibilidade das instituições. Logo em seguida, as medidas de contenção avançaram também sobre as aposentadorias e pensões, com suspensão temporária das aposentadorias ordinárias, maior rigidez dos critérios de concessão de benefícios e diminuição dos valores dos benefícios (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

Com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) em 1938, foi elaborado um novo modelo com base nos conceitos atuariais. Os teóricos defendiam a eliminação dos serviços médicos, o que não ocorreu por ser uma medida antipopular. Como solução para conter os gastos, foram fixados limites máximos para os serviços e optado pela não construção de serviços próprios, comprando de terceiros a assistência hospitalar e ambulatorial. Esse aspecto moldou todo sistema de saúde dali em diante (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012).

O regime atuarial de capitalização garantiu boa parte das ações de desenvolvimento industrial no Brasil, mas os fundos previdenciários foram desviados da previdência e assistência aos trabalhadores para o financiamento de grandes companhias estatais em áreas estratégicas, em companhias estatais, investimentos de baixa rentabilidade destinados a conjuntos habitacionais adquiridos pelos beneficiários, empréstimos privados, depósitos no Banco do Brasil ou em bancos privados, entre outras iniciativas estatais (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012, p. 18).

Na saúde pública, o principal avanço foi os serviços de saúde implantados pelo Departamento Nacional de Saúde, no total de 51 Centros de Saúde, 54 Postos de Higiene; 140 Postos de Higiene 2; 304 Subpostos; 13 Postos Especializados e 12 Postos Itinerantes (CAMPOS, 2006, p. 136 apud RODRIGUES, 2021). Esses centros, assim como o Instituto Evandro Chagas (IEC) no norte do país, foram absorvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criado pelo Decreto-lei nº 4.275, de 17/4/1942 (RODRIGUES, 2021).

O SESP foi instituído a partir de um acordo com o governo dos Estados Unidos da América (EUA) e funcionava com autonomia jurídica, administrativa e financeira, apesar de estar vinculado diretamente ao Ministério da Educação e Saúde. Para os estadunidenses, o acordo tinha como objetivo desenvolver ações de saúde no Amazonas e no Rio Doce, regiões ricas em matérias primas necessárias ao esforço militar durante a segunda guerra mundial (CAMPOS, 2006). O SESP contou com financiamento dos EUA de mais 87% em 1942 e 80% em 1943. Esse financiamento caiu para 5% em 1953 até se encerrar em 1960 (CAMPOS, 2006, apud RODRIGUES, 2021, p. 51)²², mesmo ano em que foi transformado na Fundação Serviço de Saúde Pública vinculada ao Ministério da Saúde pela Lei nº 3.750.

Durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), ocorreu a primeira grande crise financeira na previdência. Segundo Jaime Antonio de Oliveira e Sonia Maria Fleury Teixeira (1985), a crise resultou na substituição do regime de capitalização pelo regime de repartição e tornou-se pauta prioritária nos governos de JK, culminando com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em agosto de 1960. Esta lei unificou os institutos, uniformizou o plano de benefícios, mas manteve a fragmentação do sistema da previdência e a exclusão de grandes contingentes, como os trabalhadores rurais (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p. 155). Segundo Hesio (1984), a LOPS foi fruto da coalização entre partidos políticos no conjunto das negociações que visavam a reforma eleitoral e a continuação do projeto desenvolvimentista de JK (1984, p.38).

A uniformização dos direitos entre os segurados não resolveu os fatores responsáveis pela crise financeira, passando o sistema previdenciário a ser deficitário nos meados da década de 1960. Essa questão financeira foi apontada como a principal responsável pelas medidas que levaram a uma maior intervenção do Estado já no período militar, unificando os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e ampliando a privatização dos serviços.

²² Durante seus 48 anos de existência, o SESP/FSESP combinou atividades preventivas, inclusive de saneamento básico, com atividades de assistência médica curativa. Quando, em 1990, a FSESP foi integrada à estrutura da FUNASA, contava com 861 unidades de saúde em todo o território nacional, entre postos de saúde, centros de saúde e unidades mistas – estas combinavam serviços ambulatoriais com hospitalares (BRASIL, 2011: 14). No final dos anos 1990, suas unidades de saúde foram descentralizadas para os municípios, por decisão da Portaria GM/MS nº 3.842, de 5/11/1998 (BRASIL, 2004: 185).

Em 1967 foram criados outros formatos para o financiamento da previdência, como a poupança obrigatória por meio da criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) instituído pela Lei complementar nº 7 de setembro de 1970 e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), criado pela Lei Complementar nº. 8 de dezembro de 1970.

Ademais, ao mesmo tempo em que a matriz de financiamento era ampliada, o número de usuários também se ampliava. Em 1971 a cobertura previdenciária incluiu os trabalhadores rurais (Funrural) pela Lei Complementar, nº 11, de junho de 1971. Em dezembro de 1972, as empregadas domésticas (Lei nº. 5.839) e, em junho de 1973 (Lei nº. 5.890), os trabalhadores autônomos também passaram a gozar dos benefícios previdenciários, desde que contribuíssem para a Previdência Social. Essas iniciativas aumentam em 13,5 vezes as despesas com a assistência à saúde (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2012, p. 17).

Depois, a questão do atendimento de emergência ganhou projeção, sendo criado o Plano de Pronto Ação (PPA) em 1974. O PPA incluiu toda população não segurada, desburocratizando o atendimento nas emergências e incorporando as Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários ao sistema previdenciário, através de convênios globais. Costa (1996) aponta que “aquele foi um momento expressivo de perda de controle dos atendimentos pela burocracia previdenciária” (1996, p. 4).

Em 1975 foi aprovada a Lei nº 6229 criando o Sistema Nacional de Saúde (SNS). O SNS foi um passo na tentativa de organizar um único sistema de saúde no Brasil, que integrasse as estruturas do serviço público, os hospitais universitários e as entidades privadas, incluindo as filantrópicas. Suas regras apontavam para o modelo de atenção baseado na medicina preventiva e o objetivo era a racionalização por meio da regionalização e da hierarquização dos serviços, visando ampliar a cobertura para toda a população, mas passados dois anos desde a sua criação, Hesio Cordeiro e Antônio Augusto Quadra escreveram sobre suas disfunções.

Para os autores, a preservação da separação histórica entre saúde pública e saúde previdenciária dificultava o desenvolvimento dos elementos de um sistema. Cordeiro e Quadra (1977) afirmavam que o SNS não mudava a lógica do financiamento e isto rebatia no modelo de atenção, mantendo a concentração de recursos na assistência hospitalar em detrimento de ações de saúde pública. A previsão de regionalização da atenção à saúde, da hierarquização dos níveis de atenção e da coordenação dos serviços que implicaria na

reformulação das relações com o setor privado não se concretizara, devido às imprecisões da política e a pressão das entidades de representação do setor privado.

Os autores analisam que a posição e a influência da Federação Brasileira de Hospitais, assim como da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo dificultou o processo de desenvolvimento de aspectos centrais do SNS. Havia, segundo eles, muita contrariedade com a “escalada estatal no setor de assistência médica, supostamente reservada à iniciativa privada” (CORDEIRO e QUADRA, 1977, p. 20). Esses grupos conquistaram ainda mais força na vigência do SNS, porque com o aumento da demanda comprometendo a rede de serviços previdenciários prestados pelos INPS, a opção foi ampliar contratos com a rede privada, tornando a política ainda mais dependente de uma fração da burguesia interna focada na assistência hospitalar.

De todo modo, o SNS significou uma ação fundamental para a saúde pública, até mesmo essas disfunções serviram para estruturar melhor as propostas que foram apresentadas na década de 1980. O SNS também foi importante para aproximar atores que se engajaram no movimento político pela Reforma Sanitária Brasileira, conforme ressalta Christiane de Roode Torres: “SNS tensionou o debate na área da saúde, evidenciando as falhas do modelo escolhido e reunindo diferentes grupos em prol de mudanças progressistas...” (2020, p. 230). O SUDS do final da década de 1980 também representou avanços, como será tratado a partir da linha do tempo – item 4.1.

Em 1977 o governo militar editou a Lei 6.439, instituindo o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a finalidade de integrar as funções de concessão e manutenção de benefícios, prestação de serviços e realizar o custeio e a gestão dessas ações. Essa lei criou também duas autarquias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Essa configuração mantinha a ideia de separação entre saúde pública e saúde previdenciária e mantinha também a concentração dos recursos no Inamps, que se tornou a principal entidade de contratação de serviços médicos.

O Plano Nacional de Desenvolvimento do governo de Figueiredo (III PND de 1979) repetia o discurso de planos anteriores sobre a melhoria dos serviços públicos de saúde, combate a endemias, fortalecimento de atividades preventivas, entre outras. Reconhecia as funções do Ministério da Saúde na definição e coordenação das políticas da saúde, acenava

para descentralização de atividades para Estados e municípios e prometia esforço de desburocratização e racionalização do sistema de arrecadação da previdência, adotando um discurso social-democrata na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. No discurso, o general enfatizava a atenção primária em saúde, anunciando o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde) (PAIM, 2008), incentivando a participação comunitária e se comprometendo com o resgate da dívida social (PAIVA e FREITAS, 2021, p. 533).

O Prev-saúde, no entanto, foi um projeto natimorto, como disse Gentile de Mello, pois tantas foram suas versões que a formulação final deixava de cumprir os objetivos que o justificavam. Embora o projeto tenha encontrado acolhida entre os profissionais de saúde, sofreu grande ataque por parte dos representantes da Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupos e Associação Médica Brasileira (PAIM, 2008).

A crise financeira da Previdência Social, que a essa altura já se mostrava crônica, fez com que o governo tentasse restringir as pensões dos aposentados, viúvas, e órfãos, encontrando grandes dificuldades por oposição política, dos trabalhadores e empresários e da imprensa. Adiado o quanto pôde, o governo acabou apresentando o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, criando o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) para realizar mudanças importantes nas políticas de saúde (PAIM, 2008).

O relatório do CONASP foi apresentado à Comissão parlamentar pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca e começava pela seguinte descrição: “O INAMPS que encontrei” (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), onde foi relatado problemas em relação ao orçamento que estava estourado, não só pela redução das verbas, mas também pela própria desorganização e descontrole dos serviços. O relatório anunciava que somente 5% das ações assistenciais eram realizadas pelos hospitais e Postos de Assistência Médica (PAM) próprios, 4% pelos hospitais públicos conveniados e 80% por hospitais privados em que os serviços eram pagos pelo sistema de Guia de Internações Hospitalares (GIH) a partir do critério de unidade de serviço com cobrança ilimitada e sem qualquer controle pelo INAMPS (FONSECA, 1985, p. 8)

Integravam o CONASP especialistas ligados ao movimento sanitário, o que iniciou uma cisão muito oportuna na própria burocracia da previdência. Por meio de análises e fiscalizações rigorosas nas prestações de contas, foi proposto um plano de reversão do modelo

médico-assistencial, regulando melhor os contratos privados, reduzindo a capacidade ociosa no setor público, criando o domicílio sanitário, realizando a revisão dos mecanismos de financiamento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Tudo isso encontrou forte oposição da Federação Brasileira de Hospital (FBH) e das empresas de Medicina de Grupo (PAIM, 2008). Dentre essas iniciativas realizadas, o relatório destacou o programa que seria o mais importante dentro do CONASP, denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), chamado de “verdadeiro plano nacional de saúde”, começando neste momento uma inovação incremental significativa na política de saúde no Brasil (FONSECA, 1985).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) formaram um projeto interministerial que uniu Previdência, Saúde e Educação e visava um novo modelo assistencial contemplando ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Neste período, foram identificadas diversas organizações públicas que prestavam serviço de qualidade a custos menores que os serviços privados. Assim, passou-se a comprar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. Para Fonseca (1985), as principais diretrizes que as AIS implementaram, foram:

- Gestão colegiada, descentralizada e participativa, entre as instituições convenentes e as instâncias representativas da população;
- Cobertura assistencial *planejada* de acordo com as necessidades epidemiológicas, observando-se os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços;
- Qualificação técnica pelo controle da qualidade assistencial nível de atendimento;
- Co-participação financeira das instituições convenentes.

Segundo o autor, até o primeiro trimestre de 1985, as AIS cobriam todo território nacional, atendendo cerca de 70% da população brasileira, de acordo com o censo demográfico de 1970-1980 (FONSECA, 1985, p.29). O novo sistema permitia o controle orçamentário das despesas de forma transparente e simples, separava as despesas hospitalares e as despesas com serviços médicos, estimulava a melhoria dos serviços hospitalares, entre outros. Ao final do relatório, foram demonstrados dados de redução no custo hospitalar e no número de internações e a ampliação da cobertura odontológica, que visava superar a imagem do Brasil como um país de desdentados.

Com as eleições para Governadores em 1982 e a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a correlação de forças foi modificada e com isso foi viabilizado um dos projetos do CONASP com os convênios trilaterais que envolviam o

INAMPS, as secretarias estaduais e as secretarias municipais, fortalecendo a estratégia das AIS (PAIM, 2008).

Essas medidas, no entanto, não foram suficientes para o saneamento da “crise da previdência”, mas abriram espaço para construção de um novo projeto. Com os enfrentamentos produzidos a partir do Prev-saúde, do Plano CONASP, a potente e combativa produção do CEBES e da ABRASCO, os argumentos por uma política de saúde pública universal foram se tornando mais claros e compreensíveis e seus princípios foram considerados válidos por muitas entidades profissionais (PAIM, 2008).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 (PAIM, 2008), tendo origem a partir do movimento popular que se estruturou a partir do movimento de Medicina Comunitária, depois do Movimento Popular pela Saúde – MOPS (GERSCHMAN, 1995) e incluiu estudantes e professores da área da saúde, profissionais progressistas da saúde que iniciaram uma frente pela reforma do sistema de saúde em oposição ao regime militar (ESCOREL, 1999).

A defesa das AIS instalou um conflito no governo, que pretendia passar o Inamps para Ministério da Saúde contra vontade de Waldir Pires, que ocupava o Ministério da Previdência. Pires argumentava que o INAMPS era patrimônio dos trabalhadores e, por isso, essa decisão precisava de legitimação popular. Assim, surgiu a ideia de realizar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008).

Essa conferência foi o passo decisivo que faltava na direção da conquista da saúde universal no Brasil, o que veio a acontecer de forma inovadora na periferia do sistema econômico global com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988.

A história do SUS contou com muitos personagens, mas, sem dúvida, Hesio Cordeiro foi quem tomou medidas contundentes para a construção das bases do Sistema Único de Saúde. Sob sua liderança, o Instituto de Medicina Social (IMS) consolidou as teses que resultaram no documento “A questão democrática na área da Saúde” divulgado pelo CEBES e que veio a se tornar a diretriz política que Sérgio Arouca apresentou no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979. Esse documento foi também a base para preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo Noronha, “ali estão as diretrizes conceituais e estratégicas para a reorganização radical da sociedade brasileira e de

seu sistema de saúde em particular” (NORONHA, 2021, p.2). Foi também sob a presidência de Hesio Cordeiro no INAMPS que as primeiras mudanças ocorreram no sentido de universalizar o acesso a saúde no Brasil, retirando-se a exigência de vínculo por contribuição com a previdência para utilizar a rede própria de serviços. Ainda em sua gestão, o INAMPS foi extinto em 1993, rompendo com a dicotomia entre saúde preventiva e saúde pública.

3.3 Saúde universal na periferia do sistema capitalista

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde brasileiro e foi instituído pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, após um longo e tenso processo de mobilização e negociação, que está descrito no capítulo 4.

Nasceu como uma política pública de abrangência nacional, porém para sua implementação não foram criadas instituições, de modo que o novo sistema de saúde foi estruturado a partir dos serviços e das instituições pré-existentes, com identidades e trajetórias próprias e, portanto, com suas qualidades e seus problemas.

O SUS é considerado nesta pesquisa como a maior inovação social do país, primeiro porque a inclusão da saúde no elenco dos direitos sociais consignados no art. 6º do texto constitucional rompeu com o histórico de “seguro de saúde”, persistente no Brasil até 1970, mediado por concessões graduais que ocorreram ao sabor do governo da ocasião. Essa modificação eliminou definitivamente a obrigatoriedade de contribuições prévias ou qualquer outro pré-requisito para acessar o serviço público de saúde no país. Depois, porque a saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, foi introduzida na agenda cotidiana e na agenda política de forma permanente, se tornando um elemento de coesão fundamental para o exercício de pressões sociais, dando nova dimensão ao relacionamento entre o Estado e a sociedade.

3.3.1 As características do Sistema Único de Saúde

Os princípios norteadores do SUS moldaram um novo comportamento organizacional nos serviços de saúde, promovendo o deslocamento de poder, criando estruturas novas na burocracia estatal, no sistema jurídico, novos objetos de pesquisa, de formação, influenciando nas profissões vinculadas ao setor de saúde, desenvolvendo novos segmentos econômicos.

Esses princípios estão descritos na Lei orgânica do SUS – nº 8080 de 1990 – e estão alinhados com o texto constitucional em termos de uma concepção alargada de direitos de

seguridade social garantidos pelo Estado e custeados de forma coletiva pela sociedade. A gestão dos bens e serviços públicos de saúde é de responsabilidade exclusiva dos entes estatais – União, Estados e Municípios.

O SUS segue a linhagem dos sistemas universalizantes desenvolvidos no regime social-democratas e apresenta características inovadoras quando se trata de direitos, especialmente nos países de renda média, países da periferia do sistema capitalista, tais como:

- A universalidade – que significa a garantia de acesso aos bens e serviços de saúde para todas as pessoas, independentemente de qualquer critério socioeconômico, nacionalidade, gênero ou qualquer atributo que se configure em barreira. Esse princípio implica na busca de justiça social, garantindo igualdade de assistência sem preconceitos e sem privilégios;
- Integralidade – significa considerar as necessidades do usuário como um todo, sem limitações por pacotes de serviços, mas adotando o uso racional das tecnologias de saúde para evitar desperdícios. É o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde;
- Participação social e decisão colegiada – significa que as decisões da política pública de saúde devem ter origem na representação social, por meio das conferências nacionais, estaduais e municipais, dos conselhos de saúde dos Estados e Municípios e das Comissões intergestores.

A principal instância representativa é a Conferência Nacional de Saúde, que deve acontecer de quatro em quatro anos para debater, e por meio da produção de consensos, encaminhar diretrizes que influenciam nas políticas e ações de saúde no país. Na esfera do Estado, a instância representativa é o CONASS e nos Municípios o CONASEM.

Essas instâncias contam com representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Além dessas instâncias colegiadas, a gestão do SUS conta também com comissões intergestores: Comissão Intergestores Tripartites (CIT) e Comissão Intergestores Bipartites (CIB);

- Descentralização – significa a desconcentração das decisões no nível federal, como era no período da saúde previdenciária (INPS e INANPS), porém mantidos padrões nacionalmente definidos pelas autoridades sanitárias.

Trata-se de descentralização político-administrativa e de serviços para os Estados e, predominantemente, para os Municípios. Segundo Rodrigues e Santos (2011) o sistema de saúde brasileiro é o único no mundo que colocou a base da organização dos serviços na esfera local, ou municipal, sendo algo desafiador uma vez que o país tem mais de 5.600 municípios, com dimensão, população, condições socioeconômicas e culturais distintas;

- Organização – funcionamento em rede de atenção à saúde, formatadas por regiões de saúde com níveis de serviços hierarquizados a partir da atenção básica prestada nas clínicas da família, policlínicas e nos postos de saúde e está fundamentada nas práticas do Programa de Saúde da Família e conta com os Agentes Comunitários para estender a assistência para além do estabelecimento de saúde.

É a partir da atenção básica que devem ser feitas as referências e acompanhadas as contrarreferências para a média e alta complexidade onde são realizados os tratamentos hospitalares.

A atenção básica tem sido, portanto, a principal estratégia na execução da política do SUS, funcionando não só como a porta de entrada, mas também como ação mais prolongada e de contato mais direto com a população;

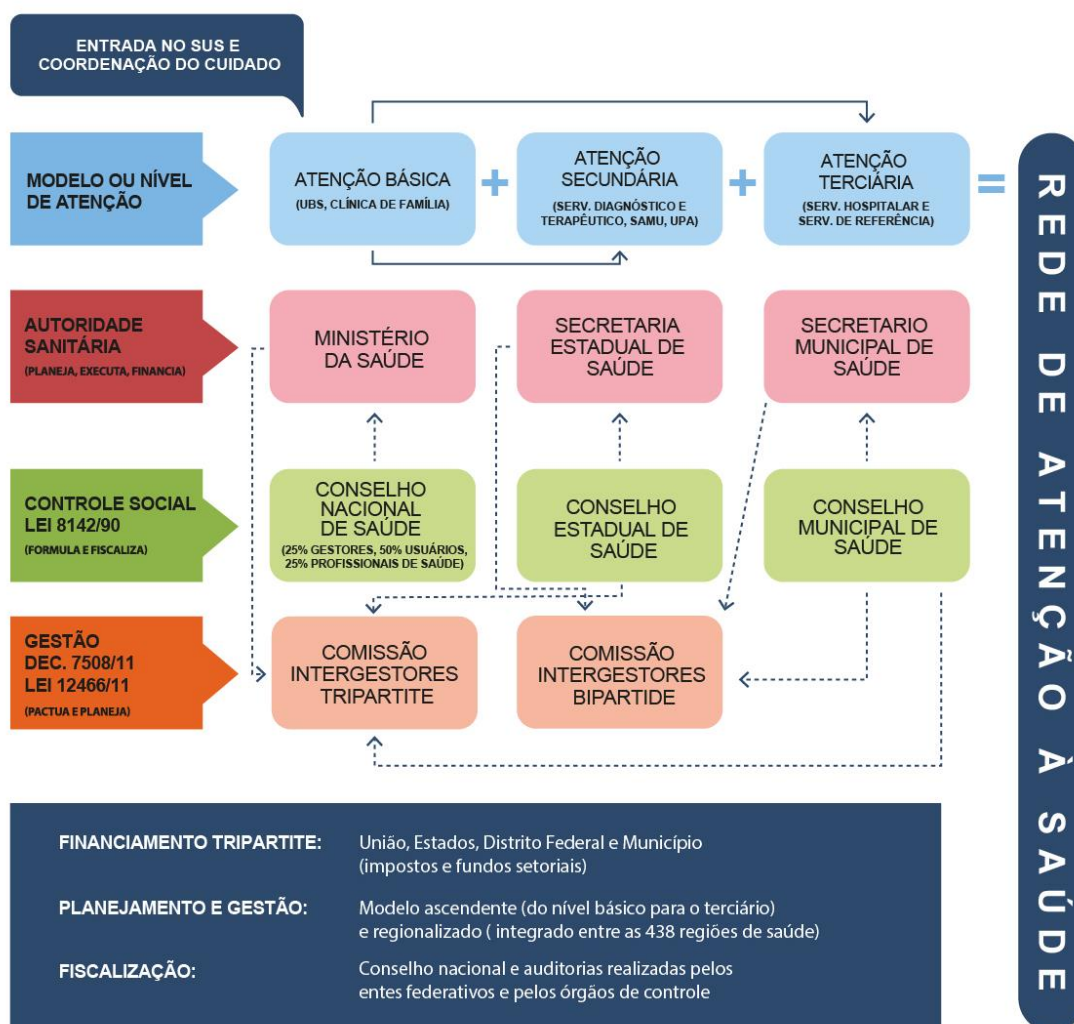
- Financiamento – No Brasil, a ideia de riscos sociais foi considerada como um bloco único designado pela CF de 1988 no Orçamento da Seguridade Social, incluindo previdência social, saúde e assistência.

Para utilizar o SUS não é necessário nenhum pagamento, isto porque a sociedade contribui para o financiamento do sistema por meio de pagamento de taxas e impostos. Com essa receita, a União, Estados e Municípios financiam os serviços de saúde.

No Apêndice B foi disponibilizado a estrutura de financiamento do SUS.

O SUS tem uma arquitetura de funcionamento complexa com muitas instâncias decisórias e com responsabilidades compartilhadas. A figura a seguir é uma representação simplificada do ecossistema do SUS em suas relações vitais de operação:

Figura 7 - Ecossistema do SUS



Fonte: Elaboração própria.

O SUS é uma potência e um dos poucos sistemas públicos no mundo dedicado a uma população composta por mais de 200 milhões de pessoas, além de atender qualquer estrangeiro residente ou em passagem pelo Brasil. Anualmente realiza mais de 60 mil consultas, produz 150 milhões de vacinas, 11 milhões de internações hospitalares, 200 mil

cirurgias cardíacas, 283.479 cirurgias para câncer, 2.879.364 procedimentos quimioterápicos e 10.505.886 procedimentos radioterápicos, somente na rede federal (BRASIL, 2015, p.427).

Possui uma rede com 5.552 hospitais (próprios e conveniados com rede privada e filantrópica), 42 mil unidades básicas de saúde e 427 unidades de atendimento de emergência, que funcionam 24 horas por dia em todo país. Conta com um Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU) com cobertura nacional e capacidade de atendimento anual para 150 mil pessoas, por meio de ambulâncias, motos, embarcações e equipes médicas aéreas (BRASIL, 2015, pp. 38, 201).

Fica por conta do SUS a garantia da oferta de vacinas para 100% da população alvo, tratamentos caros e de longa duração para doenças crônicas, oncológicas e HIV, serviços de hemocentro, transplante de órgãos, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância de segurança alimentar.

O SUS atende 75,89% da população com gasto médio anual per capita de R\$1.271,65 (CFM, 2018), enquanto o setor privado atende 24,82% da população, com um gasto médio trimestral de R\$ 1.275.68²³, segundo os dados da sala de controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar referentes ao último trimestre de 2021 (ANS, 2021).

Os gastos em saúde²⁴ movimentaram 9% do PIB em 2019 brasileiro, além disso é um setor que reúne 15 milhões de trabalhadores diretos e indiretos, possui capilaridade em todo país e tem uma base de pesquisa sustentada pelo Estado, que vem investindo em novos campos como a biotecnologia, química fina, TI, nanotecnologia e novos materiais (GADELHA, 2020).

3.3.2 Inovações tecnológicas no SUS

As inovações tecnológicas disponíveis no SUS podem ser definidas como aplicações destinadas a promover a saúde, prevenir doenças, tratar e reabilitar as pessoas, como os medicamentos, produtos para a saúde, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais (MS, 2016). Essas

²³ O valor médio foi obtido a partir da divisão entre o valor da receita total do 1. Trimestre de 2021 dividido pelo número de beneficiários (R\$ 61.408.223.631,00/48.137.767,00). Observou-se que no trimestre mencionado, as receitas totais recebidas pelas operadoras são inferiores a despesa total registrada.

²⁴Gastos em saúde são compostos pelos gastos do governo, das pessoas físicas, dos seguros e planos pagos por empregadores. No Brasil, 45% dos gastos incorridos são provenientes do setor público e 55% do setor privado.

tecnologias²⁵, que compreendem os bens e os serviços disponibilizados por um serviço de saúde se tornaram, no final das contas, o objeto da disputa entre os projetos políticos e ganharam nova dimensão quando a saúde pública entrou no debate nacional.

O uso das tecnologias em saúde está diretamente relacionado a questão da integralidade, princípio normativo do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e deve estar orientado pela racionalidade (TESSER, LUZ, 2008) e os critérios para absorção de tecnologias são definidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a partir de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) que visam apoiar o sistema de saúde nas decisões de financiamento, aquisição e uso apropriado das tecnologias e, também, nos casos de desinvestimento de tecnologias obsoletas ou ineficazes (CAETANO *et al*, 2017).

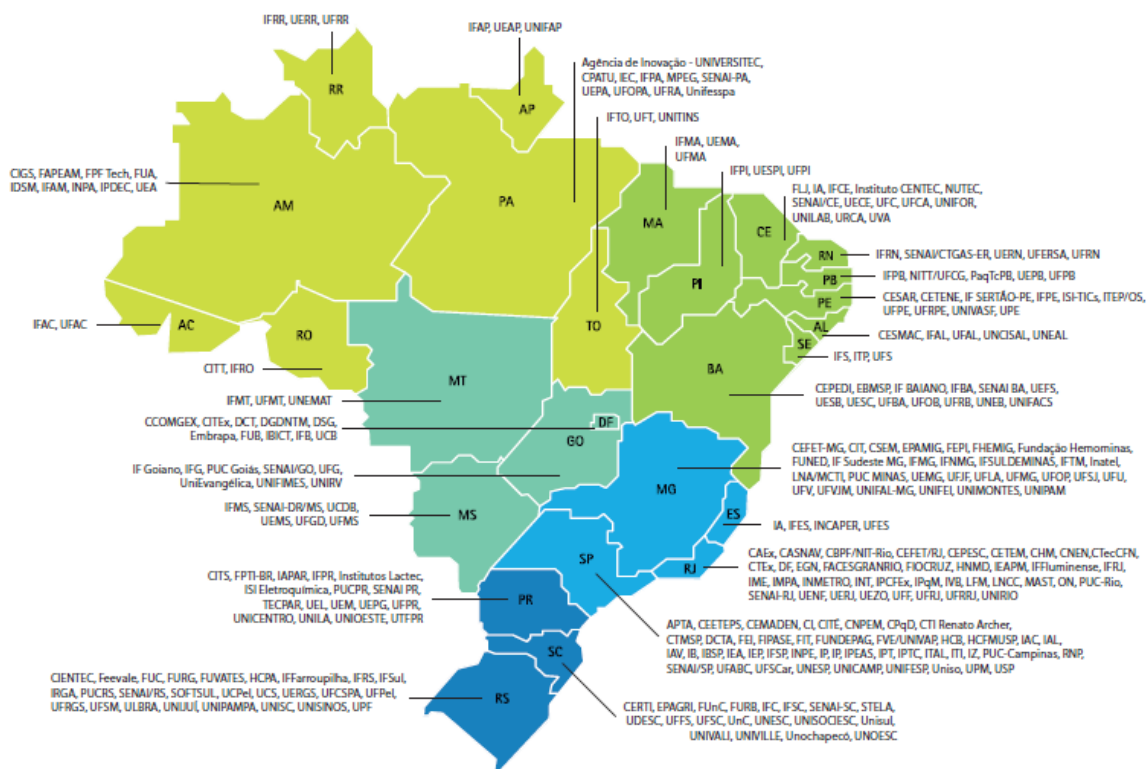
As ATS contribuem para dar transparência e a responsabilização do processo de decisão, auxiliando no desenvolvimento de políticas baseadas em evidências e leva em consideração as consequências clínicas, além de econômicas, sociais e éticas, de curto e de longo prazo, assim como seus efeitos desejáveis e os indesejáveis. As avaliações de tecnologia devem fornecer elementos para decisão racional e segura sobre a adoção da tecnologia que passa a ser considerada no serviço público e no serviço privado.

No Brasil, as tecnologias em saúde são desenvolvidas por instituições públicas e privadas de base tecnológica ou são comercializadas por meio de processos de transferência tecnológica entre o detentor – geralmente originário dos países centrais – e as organizações brasileiras interessadas em desenvolver determinada produção, ou simplesmente são adquiridas dos fabricantes e/ou seus representantes no Brasil.

O Sistema de Inovação brasileiro conta com aproximadamente 297 instituições de base científica ou tecnológica, sendo 142 universidades, 73 institutos de pesquisa, 45 institutos de educação profissional e tecnológica e 37 outros tipos de instituições, conforme relatório sobre a política de patente (BRASIL, 2019, p.10). Desse total, 212 instituições são públicas (144 federais, 62 estaduais e 6 municipais) e 85 são empresas privadas (BRASIL, 2019).

²⁵ A pressão pelo acesso aos medicamentos não era nova, em 1961 houve uma campanha pela nacionalização da produção de medicamentos e da indústria química (CPDOC, 1988, pp. 122-123) e em fevereiro de 1964 foi aprovado o Decreto n.º 53.612 com a primeira lista de itens para saúde contendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Figura 8 - Instituições de Ciência e Tecnologia no Brasil



Fonte: Formict/MCTIC, 2019, p. 10.

Em 2004 foram editadas a Lei nº 10.973, que trata da Política Nacional de Inovação, e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI). Esses instrumentos têm colaborado com o avanço de arranjos institucionais, incentivando a criação de redes e a implementação de Núcleos de Inovação Tecnológica nas organizações.

Assim como em outros países, no Brasil, o setor de saúde representa o maior componente das produções científicas e tecnológicas e para os objetivos da PNCTI fazem parte desse campo as pesquisas que buscam melhorias para saúde da população. Neste sentido, para além da pesquisa clínica, biomédica e de saúde pública, estão incluídas as pesquisas na área das ciências humanas, ciências sociais aplicadas, exatas e da terra, agrárias e as engenharias.

Parte do sistema de inovação é composto por 23 Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LOF) conforme o quadro 2, a seguir. Esses laboratórios integram a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos (RBPPM) e outros insumos para saúde, como vacinas e kits de diagnóstico. Além do fornecimento exclusivo para o SUS, esses laboratórios contribuem para o controle dos preços no Brasil e para sustentabilidade de políticas de referência mundial, como o programa nacional DST/AIDS.

Quadro 2 - Laboratórios Públicos Oficiais

Laboratórios Oficiais Farmacêuticos (LOF)	
Laqfa - Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica (RJ)	Funed Fundação Ezequiel Dias (MG)
LFM Laboratório Farmacêutico da Marinha (RJ)	Butantan Instituto Butantan (SP)
FAP Fundação Ataulpho de Paiva (RJ)	Furp Fundação para o Remédio Popular (SP)
LQFex Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (RJ)	Iquego - Indústria Química do Estado de Goiás S/A (Goiás)
IVB Instituto Vital Brazil S/A (RJ)	Tecpar Instituto de Tecnologia do Paraná (Paraná)
Biomanguinhos Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (RJ)	CPPI Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (Paraná)
Farmanguinhos Instituto de Tecnologia em Fármacos (RJ)	Nuplam/UFRN Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (RGN)
Lafepe Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes S/A (Pernambuco)	Bahiafarma Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahia)
IPeFarM Instituto de Pesquisa em Fármacos e Medicamentos (Paraíba)	IBMP – Instituto de Biologia Molecular do Paraná
Certbio Laboratório de Avaliação e Desenvolvimento de Biomateriais do Nordeste (Paraíba)	LIFESA – Laboratório Industrial Farmacêutico da Paraíba
NUPLAM – Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos	LIFAL – Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S/A
Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Goiania)	

Fonte: Elaboração própria

São laboratórios com uma grande capacidade de produção instalada, a maior parte certificada em Boas Práticas de Fabricação (BPF) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e produzem medicamentos de origem sintética e biológica de alta complexidade, além da diversificação na produção de medicamentos básicos para doenças negligenciadas e medicamentos órfãos.

Esses laboratórios públicos têm em seu portfólio 289 medicamentos com 169 apresentações distintas e estão envolvidos em 86 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) que visam a transferência tecnológica de 55 medicamentos (NETO, CUNHA, 2020, p. 296). As transferências de tecnologia por meio das PDPs tem sido o instrumento defendido principalmente para o desenvolvimento dos subsistemas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

Esse complexo, segundo Vianna, surge como campo de estudo nos anos de 1980 para ressaltar as relações estabelecidos entre atores do setor saúde e atores do setor econômico, porém esse autor apontava para questões mais amplas, assim como os primeiros autores a tratar do complexo, com perspectivas críticas, apontando desde sempre os riscos do crescimento do setor financeiro nos serviços de saúde.

Se, por um lado, a diversidade de padrões de avanço tecnológico e sua posterior incorporação ao setor saúde podem ser explicadas pela amplitude de produtos e serviços envolvidos (desde a produção de seringas a tomógrafos computadorizados e proteínas geneticamente manipuladas), por outro, suas diferentes variedades e velocidade de adoção e difusão são também um produto dos diversos, e com frequência conflitantes, atores e interesses que atuam no complexo antes médico-industrial e, hoje, cada vez mais, médico-financeiro. (2002, p. 386)

Arnold S. Relman nos EUA e no Brasil Maria Cecília Ferro Donnangelo e Hesio de Albuquerque Cordeiro apresentaram estudos sobre os efeitos da dinâmica capitalista sobre as práticas médicas e sobre as transformações dos serviços de saúde. O autor americano associou a criação do complexo industrial da saúde ao complexo militar americano, no sentido de demonstrar ações de incentivo estatal para formação de nichos de mercado. No Brasil, Hesio Cordeiro foi o pioneiro ao definir o “Complexo Médico-Industrial” (1980, pp. 113 e 162) surgido a partir do processo de capitalização da prática médica promovido por grupos econômicos atuantes na prestação de serviços de saúde, na formação de recursos humanos e na produção e circulação de medicamentos e equipamentos médicos.

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e George Edward Machado Kornis (2008) reforçam a perspectiva dos autores indicando que o domínio de oligopólios apoiados por

grandes instituições financeiras internacionais provocou a crescente mercadorização da saúde. Os autores utilizaram as seguintes características sobre o CEIS: I – financeirização das grandes empresas, concentrando capital nos países de economia central; II – Organização em rede para domínio das fontes de abastecimento, gerenciamento e controle; III – externalizam os riscos (imagem, ambiental, trabalhista) por meio da terceirização; IV – realizam fusões e aquisições em nível mundial; V – as empresas líderes se concentram nos aspectos de maior valor agregado como tecnologia, desenho do produto, descentralizando a etapa de produção; VI – entrada de investimentos estrangeiros em países (Grupo Vita, Health Fund, Icatu Health Services, Seguradora AIG).

A ideia das relações capitalistas no setor de saúde e o recorte sobre setores e subsetores econômicos tem sido explorada também por Carlos Gadelha desde os anos de 1990, sendo de sua autoria o desenho morfológico do Complexo Econômico Industrial da Saúde em 2003 quando realizou estudos aprofundados sobre seus componentes, em especial a indústria farmacêutica. Como pesquisador, Gadelha se dedica a aperfeiçoar os elementos de análise do CEIS e a formar novos pesquisadores, sendo também atuante em programas políticos voltados ao desenvolvimento econômico, tendo atuado no Ministério da Saúde a frente da Secretaria importantes, como a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCITE) e no Ministério da Indústria e Comércio.

Carlos Augusto Grabois Gadelha (2013) propõe outra leitura a respeito do CEIS. Para ele e autores como José Maldonado, Lais Silveira Costa, entre outros pesquisadores que estudam o complexo, é necessária a compreensão do setor saúde como importante alavanca para o desenvolvimento tecnológico do país, deslocando a perspectiva da saúde, enquanto um problema com o qual os gestores precisam lidar, para uma perspectiva de oportunidade de geração de conhecimento, emprego e renda numa área de alta densidade de conhecimento e tecnologia. O ponto central discutido por esses autores diz respeito à necessidade de desenvolver a política de C&T brasileira, fortalecendo as indústrias nacionais, preferencialmente as públicas, para que se possa reduzir a dependência externa e assim sustentar a política de saúde universal.

Nesta perspectiva, o CEIS é apresentado como um nicho que responde por demandas sociais e contribui para o desenvolvimento tecnológico brasileiro. Segundo dados apresentados por Gadelha, o CEIS ampliou sua participação no PIB chegando a 9% em 2021, com fortes tendências de crescimento em seus segmentos (2021, p.4).

Entre os segmentos que integram o CEIS, a indústria farmacêutica é caracterizada como um oligopólio que utiliza a estratégia da diferenciação de produtos com forte investimento em P&D e marketing para um contínuo lançamento de produtos, nem sempre com aspectos inovadores em sua formulação, realizando inovações incrementais na apresentação, por exemplo. Essas indústrias mantêm suas bases tecnológicas nos países desenvolvidos e globalizam sua atuação dominando mercados de vários países. Deslocam para as filiais localizadas em países menos desenvolvidos a produção do medicamento e de princípios ativos em fases avançadas de difusão. Como consequência, os países menos desenvolvidos não conseguem incorporar as tecnologias e o conhecimento de fronteira, impactando negativamente nos sistemas locais de inovação e concentrando os maiores investimentos e retornos nas principais economias mundiais.

A indústria de equipamentos e materiais médicos em países desenvolvidos possibilita uma articulação integrada e produtiva entre a política de saúde e a política industrial e tecnológica. Nesses países, o Estado atua como regulador para incorporação das novas tecnologias e incentiva a melhoria dos produtos e dos processos de modo que as indústrias sejam competitivas e ocupem espaço nos mercados internacionais. No Brasil, essa indústria se expandiu na década de 1990, quando o setor público passou a ser demandante de 44% das entregas e há autores que associam um vínculo entre a criação do SUS e a expansão da indústria de equipamentos médicos com incentivos inaugurados pelo governo, como o REFORSUS, por exemplo (BRASIL, 2011, p. 97).

Embora estudos apontem a alta dependência de matérias-primas importadas, chegando a 50% dos componentes, Gadelha (2013) ressalta que este segmento do CEIS foi um dos poucos que apresentou balança favorável, destacando que no país há uma importante indústria instalada que vem respondendo bem as demandas locais, porém permanece sob ameaça competitiva, dadas as condições cambiais e as dinâmicas evolutivas na área da microeletrônica.

Na área das vacinas, até 1970 a demanda brasileira era atendida por importações ou por produção da indústria privada. Com o êxito do Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, a demanda por vacinas se expandiu e em 1984 foi criado o Programa de Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos (PASNI), estimulando a produção nacional das instituições públicas, destacando-se a Fiocruz no Rio de Janeiro e o Butantan em São Paulo (BRASIL, 2011, p. 100).

No entanto, a indústria de vacinas vem sendo impactada pelas inovações no campo da biotecnologia, como vacinas conjugadas quimicamente, combinadas numa única dose e por engenharia genética como a vacina contra a hepatite B. O valor econômico despertou interesse das grandes líderes farmacêuticas sobre o potencial dessas novas tecnologias e, com isto, os líderes já detêm praticamente 80% do mercado mundial, com destaque para Glaxo, Aventis Merck e American Home, mas Bio-Manguinhos e Butantan respondem por cerca de 90% do valor de vendas ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, pp. 99 e 101).

O Brasil detém a maior capacidade de produção de vacinas da América Latina, mas a despeito desse potencial instalado na produção das vacinas tradicionais, o país carece de capacidade para produção de Insumo Farmacêutico (IFA), dependendo da importação de matéria prima, produtos acabados e bulk. Os soros apresentam um cenário desejável em termos de autossuficiência, com destaque para o Butantan, que aproveitou bem suas especificidades com animais peçonhentos e os incentivos para investimentos de modernização. No caso de toxinas, a balança comercial indica um volume alto de importações com déficit que subiu de 20 bilhões de dólares para 80 bilhões entre 1996 e 2009 (GADELHA, 2013).

O nicho dos reagentes para diagnósticos apresenta grande potencial de desenvolvimento de produtos de empresas de base tecnológica de pequeno e médio porte, por apresentar menores barreiras de entrada do que o segmento dos produtos farmacêuticos e imunobiológicos e porque a autorização para comercialização não exige os testes clínicos. O segmento dos reagentes tem sido líder na entrada de empresas de novas biotecnologias, caracterizando um setor de base científica mais competitivo e aberto à entrada de novos competidores.

Mas, mesmo assim, no Brasil, os polos de biotecnologia articulados com instituições públicas não tiveram impacto no setor porque as empresas líderes no mercado mundial exercem também liderança no país. Há grande dependência de matéria prima e as empresas locais assimilam, muitas vezes, apenas as etapas de montagem, embalagem e distribuição dos kits.

O setor de hemoderivados possui uma característica específica que diferencia o Brasil em termos internacionais, devido à proibição da comercialização do sangue e seus derivados, de modo que toda disponibilização é feita pelo setor público. Em 2001 foi sancionada a Lei de incentivo para autossuficiência em hemoderivados, resultando na criação

da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 105 e 106).

Nos estudos e levantamentos relativos ao CEIS predomina a produção acadêmica sobre o segmento produtivo – indústria farmacêutica, indústria de equipamentos médico-hospitalares, indústria de imunoderivados, soros e demais insumos – e mais recentemente estão sendo produzidos maiores detalhamentos sobre o setor de serviços, que atua na função de consumidor e demandante dos demais segmentos (COSTA et al, 2013). É nesse segmento do CEIS que as inovações produzidas pela academia e pela indústria são absorvidas e escoadas pelos serviços públicos ou privados de saúde.

Os prestadores de serviço estão incorporados e neste segmento o Estado é o ator decisivo, porque define as compras de serviços e os repasses de recursos para implantação de políticas de âmbito da União, dos Estados e Municípios. Os serviços são impulsionadores para o desenvolvimento industrial e para geração de inovações, devendo ser considerado nas estratégias do complexo, sobretudo tendo-se em conta que só o SUS mobiliza um orçamento de mais de 40 bilhões ao ano. É neste segmento do CEIS que também interagem grandes grupos de profissionais nas diversas especialidades e onde as estratégias de educação do país podem convergir para a política pública de saúde, ciência e tecnologia.

Gadelha foi o formulador da figura denominada como a morfologia do CEIS que expressa os principais segmentos do complexo. O autor tem realizado esforços de atualização desse desenho representativo, incorporando os subsistemas de informação e a conectividade como elementos para o novo paradigma, denominado como CEIS 4.0, conforme a figura n.9 a seguir.

Figura 9 - Complexo Econômico Industrial da Saúde 4.0



Fonte: Gadelha (2021)

A partir dessa perspectiva, Gadelha (2021) defende novas linhas de investigação focando na quarta revolução tecnológica, incluindo a internet das coisas (IoT), gestão e uso de grandes volumes de dados (bigdata) e, claro, a saúde digital como forma de ampliar os serviços e levar os especialistas até os usuários do SUS. Gadelha também apresenta reflexões sobre a internacionalização e concentração do capital no interior do CEIS.

Em sua publicação sobre o “CEIS 4.0”, Gadelha (2021) aponta que a pandemia da Covid-19 amplificou problemas estruturais que já existiam, quando se agudizou a dependência por insumos para saúde dos mais básicos, como os equipamentos de proteção individual (EPI), até os mais complexos, como as vacinas. No entanto, é necessário considerar que o desabastecimento marcou também os países capitalistas desenvolvidos, como os EUA, a França e a Inglaterra.

No cume da pandemia, vimos países centrais pilhando cargas de outros países, e nem nos piores momentos, as sanções comerciais foram suspensas. Dois elementos centrais marcaram a pandemia, a ausência de solidariedade e a dependência global da Ásia, a Índia, por exemplo, com suas prioridades muito bem definidas há mais de vinte anos foi a grande fornecedora do IFA e a China com seu excelente desempenho tecnológico coordenado pelo Estado, mostrou ao mundo a agilidade de resposta a pandemia em todas as suas

possibilidades, desde a produção e aplicação de testes, produção de IFA, de ventilador mecânico, construção hospitais de grande porte e produção de vacinas, até a medidas não farmacológicas, como o isolamento total feito em Wuhan, sem colocar a população sob o conflito entre comer ou viver.

Nesta publicação de 2021, o autor expressa a necessidade de compreender as transformações do mundo do trabalho e como estas impactam a relação entre saúde e desenvolvimento, mas não aborda como nos países capitalistas dependentes, alguns governos agiram de acordo com o interesse da burguesia interna, expressando a superexploração do trabalhador ao ponto de colocar a questão da economia acima das medidas sanitárias recomendadas para conter o contágio e as mortes. O reflexo disso foi a multiplicação de fortunas durante o mesmo período em que a base de proteção social diminuiu e a maioria da população teve redução de renda.

Gadelha (2021) aponta que o progresso tecnológico vem ocorrendo sem apropriação social dos ganhos de produtividade, aspecto bastante problematizado pelos teóricos da TMD desde o final da década de 1970, em especial na produção de Ruy Mauro Marini. Gadelha finalmente aponta para financeirização como um elemento a ser considerado, afirmando que:

[...] torna-se imprescindível uma atualização da economia política que discuta, dialeticamente, a dinâmica capitalista na saúde e as especificidades da periferia no contexto atual de transformação, articulando a lógica financeira inerente ao capital com os espaços concretos de acumulação de capital, de inovação e dos sistemas de proteção social. (2021, p.30).

Os movimentos de internacionalização e de concentração de capital são apresentados como “círculo vicioso” do subdesenvolvimento, com as formas de reprodução social comprometidas com o atraso e a dependência, mas ainda não está considerado o peso das transferências de valor das periferias para o centro, não só por meio das importações, mas por estratégias de movimentação de capital entre filiais no Brasil e suas sedes no centro hegemônico, pagamento de royalties, patentes, entre outros. Também falta considerar nessa nova abordagem a retirada da capacidade pública de investimento por meio de limites impostos como Lei de Responsabilidade Fiscal e o teto de gastos, assim como não se problematiza da superexploração do trabalho, que vem ganhando escala com a transformação digital de atividades no setor de saúde, como funções inerentes a gestão da dependência, parece que a influência do estruturalismo ainda é bem forte como referencial analítico, tratando o subdesenvolvimento do Brasil como consequência da forma “peculiar de integração ao capitalismo global” (2021, p.32).

Outro aspecto relevante na construção da ideia chave do CEIS é que é preciso considerar o Estado não só nos papéis da promoção e da regulação, mas como a Mariana Mazzucato reforça, no papel de provedor da inovação. Neste sentido, seria muito relevante que a ousadia propagada estivesse no mesmo espírito do movimento da Reforma sanitária dos anos de 1980, quando as mudanças definidas em Lei interpelaram o *status quo* e modificaram a política vigente. Não se trata de um cenário revolucionário, mas de considerar que o SUS não é e não será uma prioridade para a burguesia, que jamais foi aliada no projeto de saúde universal. Portanto, as estratégias de investimento do complexo devem estar direcionadas para o setor público brasileiro, minimizando um dos elementos da dependência que é a transferência de valor para o exterior.

Com a pandemia da Covid-19, a imagem do SUS se modificou, porque foi no SUS que a maioria da população encontrou solução para seus problemas de saúde e foi por meio dele que todos tiveram acesso as vacinas. Não se trata de fazer defesas panfletárias do SUS, mas de ressaltar a potência do setor público de saúde, pouco valorizada e até mesmo desprezada por segmentos da sociedade brasileira, que não percebem o SUS como uma conquista da cidadania, tampouco como espaço de geração de empregos de qualidade no país. Além disso, o setor de saúde possui uma significativa base produtiva que impulsiona e é impulsionado pelo Sistema Nacional de Inovação e é nesse sistema que estão as alternativas possíveis para alcançar maior desenvolvimento científico e tecnológico que projetaram o Brasil no início do século XX e que podem projetar o sistema de saúde do futuro.

4 A DEPENDÊNCIA E AS REPERCUSSÕES OBJETIVAS SOBRE O SUS

O caso brasileiro é muito peculiar entre os países da América Latina, no sentido de que muitos esforços foram feitos para a ampliação do acesso à saúde pelos países que integram a região, conforme apontaram Levcovitz e Couto (2018), mas o Brasil foi de fato o país que conseguiu dar o passo mais consistente nesta direção.

Enquanto Cuba universalizou o acesso a saúde por vias revolucionárias ao se tornar uma nação socialista, o Brasil implantou a política universal de saúde sem rupturas com o sistema capitalista, fazendo uma inovação radical ao incorporar a saúde como direito fundamental e dever do Estado no texto constitucional, o que garante o direito de acesso a todos os brasileiros natos e aos estrangeiros residentes ou em passagem pelo país, diferentemente da Costa Rica, que aplica cobranças para estrangeiros e do Uruguai que implantou a política universal em 2007, quando as medidas neoliberais estavam arrefecendo no cone sul e mediante incorporação gradual de grupos priorizados.

Esses países apresentam uma característica em comum e que diz respeito a formação capitalista dependente que precisa ser compreendida pelos defensores das políticas sociais, porque essa é característica acionada para limitar o papel do principal executor dessas políticas – o Estado.

O crescimento e a intensidade dos investimentos em políticas sociais modificaram o papel dos Estados, que passaram a atuar como protetores e provedores de direitos (BOBBIO, 2004), investindo menos em aparatos coercitivos (TILLY, 1996; RODRIGUES, 2003) e mais na provisão de bens e serviços coletivos, mas o Estado brasileiro sempre oscilou entre dois projetos políticos, e é sobre isso que será tratado adiante.

O Brasil conseguiu aprovar o direito ao acesso universal, mas continua com dificuldades para estruturar esse direito, porque, como Bobbio (2004) adverte, o mais delicado não é a fundamentação dos direitos sociais e sim a dificuldade de passar tais direitos para ação, momento em que o que era inquestionável começa a receber reservas e oposições e assim tem sido em relação ao SUS.

Uma das características do Estado capitalista dependente é assegurar condições para acumulação de capital multinacional, que ocupa um lugar privilegiado e dominante no interior da estrutura econômico-social, quanto para a burguesia interna. Isso implica constante arranjo e rearranjo de regras para exploração de setores, incluindo também os setores sociais, inclusive os sistemas de saúde.

A primeira lei brasileira sobre o assunto, a Lei Eloy Chaves de 1923, criou uma espécie de “seguro social” (CORDEIRO, 1984, p.20) e foi fruto da tensão entre trabalhadores urbanos e a oligarquia rural. Como já descrito no item 3.2, os serviços de saúde disponibilizados pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão eram restritos a grupos de trabalhadores formais e organizados e isso, segundo Cordeiro (1984), não concretizava o direito de cidadania, porque não atendia a função redistributiva ou preventiva inerente a uma política de saúde, se configurando mais como um direito trabalhista.

Essa concepção restrita de saúde logo mostrou suas fragilidades, primeiro porque a pressão pela incorporação dos dependentes dos contribuintes se tornou enorme, sendo concedida, o que ampliou a despesa previdenciária de 7,3% em 1949 para 29,6% em 1966 (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1985, p. 206). Depois, porque como as aposentadorias e as pensões eram a prioridade das CAPs, o recurso para assistência à saúde foi paradoxalmente reduzido de 47,1% em 1923, para 13,8% em 1930, 10,2% em 1939 e 7,3% em 1949 (CORDEIRO, 1984, p. 21), enquanto a cobertura se ampliava.

Hesio aponta que foi somente após a difusão do Relatório Beveridge sobre um sistema de seguridade amplo que a ideia de uma política redistributiva de proteção social entrou em discussão e que a partir de 1950 as características seletivas e excludentes do sistema previdenciário brasileiro começaram a ser questionadas (1984, p. 29). Porém, ao contrário do investimento nas estruturas públicas, foram implementados mecanismos de contratação que reforçaram as características de seguro social, com modelo de financiamento por procedimentos e modelo de cuidado centrado no processo individual e hospitalar.

Esses aspectos incentivaram a criação de um segmento de exploração de capital no setor de saúde, que Hesio Cordeiro denominou como “Complexo Médico Empresarial da Saúde” (1984). Os grupos que integraram esse complexo se dedicaram a explorar os estabelecimentos de saúde, enquanto as grandes corporações multinacionais criaram e ampliam o mercado de tecnologias no setor de saúde no Brasil (GADELHA, 1990).

Como os autores da TMD observaram, as mudanças introduzidas na década de 1950 para desenvolver a economia na América Latina obedeceram a lógica da integração de sistemas produtivos, a partir de um mercado já dominado por empresas europeias e estadunidenses, atraindo o capital das grandes corporações para a região.

A A.L. absorveu as atividades de menor valor agregado e, mesmo promovendo políticas de aumento de produtividade, intencionando alcançar padrões internacionais, as

industriais nacionais acabaram sendo prejudicadas ou eliminadas.

A jornada de trabalho foi ampliada de oito para treze horas diárias (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 8), contudo não ocorreu diversificação da produção e nem a compensação salarial no mesmo nível das economias centrais, o que comprometeu a organização do mercado interno, devido à concentração de ganhos de produtividade para uma pequena parcela da burguesia. Com a chegada das multinacionais na região, inicia-se também a transferência de grandes parcelas de recurso para o exterior, cumprindo a função da “gestão da dependência” inerente aos Estados submetidos, sobretudo utilizando o mote da “inovação” na indústria química e farmacêutica.

Catalina Kiss sinaliza que o primeiro ciclo de inovação ocorreu no setor químico entre os anos de 1820 e 1880, com descobertas sobre propriedades de plantas medicinais, notadamente na Escola Francesa de Química, na Inglaterra e na Alemanha (2018, p. 43). A autora ressalta que o setor químico evoluiu principalmente pela integração entre ciência, capital e Estado e que a corrida pela dominação da síntese química e sua aplicação no setor industrial se tornou objeto de disputas interestatais.

No Brasil, país rico em biodiversidade e saberes populares, as tecnologias medicinais eram baseadas em extratos vegetais. Segundo dados do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo (SINDUSFARMA), as empresas estrangeiras tinham uma participação pequena no mercado farmacêutico interno, sendo 2,1% até 1910 e 7,3% até 1920 (2013, p. 42). De um modo geral, a manufatura do setor apresentava eficiência e era considerada muito importante. Em 1912 havia 455 estabelecimentos industriais da área farmacêutica²⁶ que respondiam pela produção de 8% da indústria geral, ficando atrás da indústria de alimentos (40%), têxtil (28%) e vestuário (8,2%) (SINDUSFARMA, 2013, p. 42).

Os laboratórios nacionais eram formados por unidades familiares com destaque para três indústrias importantes: a Farmácia Silva Araújo, fundada em 1871, que construiu uma grande fábrica de produtos químicos e especialidades, produzindo sabão medicinal, extratos fluidos, ampolas, produtos gelatinosos e vacinas, a partir de 1894; a Farmácia Cândido

²⁶ Segundo censo de 1920 realizado pelo Ministério das Agricultura, Indústria e Comércio, 49 estabelecimentos foram fundados antes de 1889, 208 até 1909 e 195 até 1913.

Fontoura que produzia o Biotônico Fontoura desde 1904 e o Laboratório Minâncora que começou a fabricar a pomada em 1912, com uma fórmula que “combinava ação antisséptica e cicatrizante para saúde da pele” (SINDUSFARMA, 2018, p. 132).

Entre as estrangeiras, a Companhia Chimica Rhodia Brasileira, subsidiária da francesa *Usines Chimiques du Rhône-Poulenc*, se instalou no Brasil em 1919, a empresa estadunidense *Sydney-Ross* em 1921, a inglesa Beecham em 1922. A alemã *Merck* se instalou em 1923, mas só iniciou sua produção farmacêutica dez anos depois, em 1933. Em 1921 a alemã *Bayer* passou a produzir medicamentos no Brasil, embora desde 1911 já mantivesse um escritório próprio no país. As europeias Beecham (1922) e Andromaco (1928) também entraram no Brasil após 1920 (SINDUSFARMA, 2018, p. 66).

Após a primeira guerra mundial, dois acontecimentos viriam modificar o setor industrial farmacêutico no Brasil, primeiro as dificuldades intransponíveis de acesso a matéria prima que em sua maioria vinham da Europa, sendo 70% da Alemanha destruída durante a guerra, fazendo com que os laboratórios nacionais precisassem suprir a demanda com produção interna. Essa ampliação de escopo aumentou o interesse dos EUA em ocupar o lugar deixado pelas importações originárias da Europa. Assim, a partir de 1930, grupos internacionais passaram a adquirir ou a iniciar atividades comerciais em conjunto com os laboratórios instalados no Brasil (SINDUSFARMA, 2013, p.55).

No primeiro governo de Getúlio Vargas (1930/1945), a indústria farmoquímica foi priorizada e entre 1938 e 1943 houve a ampliação de 38% na produção de matéria prima e outros insumos farmacêuticos, resultando na redução de 64% do valor total da importação brasileira de fármacos, enquanto as exportações aumentaram de forma significativa. A participação das empresas estadunidenses na aquisição de produtos químicos e farmacêuticos brasileiros passou de 11% para 65% (SINDUSFARMA, 2013, p. 54).

Depois da descoberta da fermentação que possibilitou a produção de penicilina em grande escala pelos EUA, instalou-se a era dos antibióticos que “conquistou corações e mentes de médicos, pacientes e da sociedade em geral e aumentou o poder de barganha” da indústria farmacêutica junto aos Estados Nacionais (KISS, 2018, p. 53).

O Brasil passava pelo segundo governo de Vargas (1951-1954) e o nacional desenvolvimentismo gerou tensões e ameaças dos EUA, fazendo com que Vargas facilitasse o investimento do capital estrangeiro e associações entre empresas nacionais e estrangeiras para a fabricação de antibióticos no Brasil.

O grupo do Biotônico Fontoura inaugurou a fábrica de penicilina em associação com o Laboratório Wyeth dos EUA, criando a Indústria Farmacêutica Fontoura-Wyeth, passando a produzir o antibiótico em 1954 (SINDUSFARMA, 2013, pp. 61, 77). Rapidamente, as indústrias estrangeiras superaram a indústria tradicional brasileira, utilizando sobretudo medicamentos com nomes fantasia e estratégias de propaganda para influenciar a prescrição, investindo no contato direto dos representantes dos laboratórios com os consultórios médicos (SINDUSFARMA, 2013, p. 45).

No contexto internacional, ocorriam levantes populares e revoluções contra as oligarquias na Bolívia (1952), no Equador (1954), na Venezuela (1958) e em Cuba (1958-1959), fortalecendo ideais revolucionários no Brasil, que perceberam nas aberturas comerciais, uma ameaça à indústria nacional e o propósito de superação da dependência que marcou a Revolução de 1930. Evidentemente, os levantes nesses países promoveram abalos sísmicos, mas no Brasil o abalo seria em escala muito maior, devido ao tamanho territorial do país, sua importância para a economia e para o abastecimento dos países centrais.

O Plano Nacional de Eletrificação e o projeto de nacionalização do petróleo se tornariam o epicentro do conflito. O momento era de muita mobilização popular pela campanha “o petróleo é nosso”. Theotônio chama atenção para o fato de que “o petróleo da América Latina era considerado pelos centros estratégicos mundiais mais como uma reserva dos Estados Unidos do que como uma zona a ser explorada” (2000, p. 72). Vargas, mesmo diante de uma conjuntura adversa, manteve o compromisso com as teses nacionalistas, tanto que Tavares afirma que o nacional desenvolvimentismo baseado na indústria pesada “só foi iniciado verdadeiramente pelo segundo governo Vargas, com a criação da Siderúrgica Nacional, a Fábrica Nacional de Motores, a Companhia Nacional de Álcalis²⁷, a Petrobras e o BNDE” (2019, p.275).

²⁷ A Álcalis foi uma das gigantes estatais implantada em Arraial do Cabo para produzir sal, barrilha, soda cáustica e cal, no projeto que visava o tripé industrial no Rio de Janeiro que incluiu a Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda e a Fábrica de Motores em Duque de Caxias. A barrilha é um insumo fundamental para vidrarias utilizadas na indústria farmacêutica. Ver mais em: <https://www.folhadoslago.com/geral/alcalis-a-gigante-que-mudou-para-sempre-uma-pacata-vila-de-pescadores/16216/>

Sobre a pressão dos EUA, é importante para os objetivos dessa tese, registrar que o nacional desenvolvimentismo assumiu maiores preocupações que o próprio comunismo pela potência. O primeiro governo de Getúlio Vargas desenvolveu um projeto de desenvolvimento social e econômico autônomo, independente em relação ao centro hegemônico, a partir da Revolução de 1930, criando condições para desenvolver setores fundamentais para o progresso científico, tecnológico e industrial no Brasil, como descrito no item 1.2.

Contudo, os processos revolucionários sofreram fortíssima oposição do governo dos EUA, como ressalta Theotônio dos Santos quando menciona o golpe contra Getúlio Vargas, que o levou ao suicídio em agosto de 1954 e a deposição de Perón na Argentina em 1955 (1998, p. 81).

De fato, 10 dias após o suicídio de Vargas ocorrido em 24 de agosto de 1954, o Conselho de Segurança Nacional dos EUA tomou uma decisão secreta que marcou o fim da política de tolerância das políticas nacionalistas em curso em diversos países latino-americanos (RODRIGUES, 2021), como pode ser observado no documento emitido em 3 de setembro de 1954 e que se tornou público em 2017 pelo The Office of the Historian.

No documento que trata dos objetivos dos EUA para a América Latina, seus signatários relatam preocupação com os projetos de ampliação da produção e da diversificação da economia latina, relatando que a pressão popular pela qual os governos latinos vinham passando por uma melhor distribuição de renda e pela melhora das condições de vida poderia conduzir a regimes nacionalistas. No entanto, a perspectiva que é apontada no documento fica longe da dimensão de proteção da democracia desses países, ao contrário, uma das linhas de ação indicava que o interesse a ser defendido era, principalmente, garantir o acesso dos EUA as matérias primas essenciais para sua segurança (alínea e), confirmando assim a afirmativa de Theotônio. Como meios para isso, deveriam ser adotados controles (alínea g) que entre outras coisas, consistia na padronização da organização militar latino-americana, seu treinamento e doutrinação (The Office of the Historian, 2017).

Após o suicídio de Vargas, o país como um todo e o setor industrial farmacêutico, em específico, sofreram os efeitos de uma profunda crise política, agudizada pelas decisões do governo liberal de Café Filho e de seu ministro da Fazenda, Eugênio Gudim, economista liberal, defensor do agronegócio e da entrada de capital estrangeiro no setor industrial

(SINDUSFARMA, 2013). Podemos observar que aconteceu com a indústria automobilística brasileira, que tinha projeto próprio de desenvolvimento nacional com a Gurgel²⁸, aconteceu também com a indústria do setor de saúde, com a intensificação de subsidiárias de laboratórios internacionais após 1950.

Theotônio dos Santos (1998) explica que a proposta inicial de entrada do capital internacional era a de complementar à poupança interna para reforçar a industrialização, mas, na prática, não houve disponibilidade de recursos porque o investimento vinha em forma de maquinarias, sistemas de produção ou tecnologias importadas do exterior, processo este que foi intensificado a partir da edição da Instrução nº. 113 de 1955 pela Superintendência de Moeda e Crédito (SUMOC), antecessora do Banco Central do Brasil.

A Instrução nº. 113 direcionou os investimentos para importação de máquinas novas e usadas que vinham dos mesmos países de origem das multinacionais (46,5% dos EUA e 43,51% da Europa Ocidental). Uma boa parte do que chegou em forma de recursos de investimento, cerca de US\$ 189,61, conforme o levantamento de Ana Cláudia Caputo e Hildete Pereira de Melo (2009, p. 526) foi direcionada para indústria automobilística, setor já dominado pelas multinacionais instaladas no Brasil²⁹. Essa medida beneficiou as multinacionais, que além de desfrutarem de vantagens competitivas na economia global, passaram também a ter benefícios em setores econômicos em expansão no Brasil. Com isso, a industrialização não trouxe os resultados esperados quanto à autonomia e emancipação do país, na medida que o mercado interno passou a ser controlado pelo investimento e pela produção dessas multinacionais.

A abertura tinha em mira todo o investimento realizado no segundo governo de Getúlio Vargas com a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) em 1952 (SKIDMORE, 1982, p. 125), a criação da Petrobrás em 1953 (PEREIRA, 1975, p. 104), o Plano Nacional de Eletrificação de 1954, que resultaria na Eletrobrás (PEREIRA,

²⁸ O desenvolvimento do setor industrial automobilístico brasileiro é um exemplo em que o Estado promoveu intervenções importantes na economia, desenvolvendo infraestrutura e criando incentivos que acabaram ampliando as vantagens das empresas estrangeiras já instaladas e estrangularam a única fabricante de carros com projeto nacional, que hoje se limita a fabricar motores, a Gurgel Motores S/A. Alguns setores foram incentivados, assegurando espaço para produção nacional, como foi o caso da indústria de autopeças, por exemplo.

²⁹ Instalação de fabricantes de automóveis no Brasil: Ford (EUA):1919; GM(EUA):1925; Volkswagen (Alemanha): 1953, Willys (França, Bélgica Suíça e EUA): 1954 (ABIMQ, 2006).

1975, p. 117-119). Enquanto o governo nacional desenvolvimentista de Vargas dificultou a importação de componentes para incentivar a produção nacional de bens manufaturados, carros e máquinas, o Plano de Metas do governo de Juscelino Kubitschek manteve a posição desenvolvimentista, no entanto, a correlação de forças dentro e fora do país acabou por retirar a centralidade no nacionalismo, mesmo assim, JK criou mecanismos para assegurar a produção nacional, como foi o caso da indústria de autopeças. No setor farmacêutico, Kiss aponta que foi realizado “um processo de internalização da economia por meio da entrada de capital externo para os investimentos nos planos de desenvolvimento” (2018, 213).

A comoção pelo suicídio de Getúlio e o governo de JK protelaram o golpe que estava sendo construído por alianças internas e externas, e como vimos, orientado por forças militares estrangeiras. Em 1964 se instaurou o regime militar impedindo a aprovação das reformas de base que estavam em curso pelo Governo de João Goulart e inviabilizando as organizações que eram a base de mobilização para essas reformas, como o Comando Geral dos Trabalhadores e as Ligas Camponesas. Mas, em contrapartida, a exclusão dos trabalhadores dos processos decisórios fez emergir novos atores sociais, em especial nas universidades, que passaram a ser o espaço onde era possível formular reflexões críticas, contestar práticas autoritárias como apontam Bertolozzi e Grego (1996) e denunciar as iniquidades do país.

Durante o regime militar (1964-1985), no setor de saúde, a ordem era centralizar e priorizar, e nessa esteira, o Ministério do Trabalho e Previdência sob a presidência de Luís Gonzaga do Nascimento e Silva realizou uma intervenção, unificando os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões³⁰, criando em novembro de 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) pelo Decreto-lei. nº 72/1966. Segundo Hesio Cordeiro (1984), essa medida foi autoritária, concentrou recursos financeiros e ampliou o poder decisório do regime. Na sequência, foi criado o setor de seguros privados por meio do Decreto Lei nº 73 em 1966 e passou a integrar o sistema de serviços previdenciário por meio de convênios-empresas com o INPS (1984, p.68). Depois, foi editado o Decreto-Lei de reforma do Estado,

³⁰ Foram unificados os Institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB), os industriários (IAPI), dos empregados em transportes e cargas (IAPETEC) dos ferroviários e empregados em serviços públicos (IAPFESP) — e dos serviços integrados e comuns a todos esses institutos — entre os quais o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS).

nº 200 de 1967, que, entre outras medidas, centralizou as decisões nos Ministérios (art. 158) e ao mesmo tempo incentivou a transferência das atividades da Administração Federal pela iniciativa privada (art. 10, alínea C).

Hesio aponta que após 1967 ocorreu a penetração acelerada do capital nos segmentos do complexo médico industrial, ou seja, hospitais privados, grupos de médicos que posteriormente formaram cooperativas e empresas de seguro-saúde (1984, p. 18). Esses grupos, apesar de não terem recebido investimentos diretos do INPS, foram os maiores beneficiados com a transferência de recursos para pagamento de serviços médicos que atendiam os segurados da previdência, o que reforçou o caráter de acesso a saúde enquanto direito trabalhista. O modelo de atenção individual e curativo reforçou o caráter hospitalar, fazendo com que os gastos da Previdência Social com assistência ambulatorial caíssem de 36,2% para 23%, enquanto as despesas com assistência hospitalar subiram de 22% para 58,2% (BRAGA e PAULA, 1986, p. 73).

4.1 Projetos políticos em disputa na sociedade brasileira (1970-2020)

Durante o regime militar foram implantados três Planos Nacionais de Desenvolvimento. Destes destaca-se o PND I (1972-1974), que contou com recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), da Caixa Econômica Federal (CEF), do Banco do Brasil e de outros órgãos de fomento da União e considerou a necessidade de o Brasil organizar seu mercado interno e expandir sua participação externa, a partir da percepção dos efeitos do progresso tecnológico sobre o desenvolvimento industrial e da expansão acelerada do comércio internacional.

O PND I indicava como prioridades nacionais a revolução na educação; aceleração do Programa de Saúde e Saneamento; revolução na Agricultura-Abastecimento e aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico e a indústria de química fina - vínculo entre a química básica e a petroquímica.

O Plano conservou as diretrizes do Programa de metas e bases de 1970 e declarava a intenção de colocar o Brasil como a nona economia global, apresentando o Programa de Promoção de Grandes Empreendimentos Nacionais, que convocava a burguesia interna para participar de setores elencados como estratégicos para o desenvolvimento (ABREU, 2021, p. 1).

Apesar de o setor saúde estar entre as prioridades nos anos de 1968 à 1972, a participação do orçamento do Ministério da Saúde na União sofreu redução de 2,21% para 1,40% (BRAGA e PAULA, 1986, p.91) e mesmo as ações priorizadas – combate a endemias (malária, varíola, febre amarela) e o serviço de abastecimento de água e tratamento de esgoto para a população urbana – tiveram pouca projeção, principalmente porque o comando do Ministério da Saúde estava nas mãos de Rocha Lagoa³¹ (1919-2013), que havia sido o artífice do decreto que suspendeu os direitos políticos de dez cientistas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), atual Fundação Oswaldo Cruz, levando-os a aposentadoria compulsória e ao exílio em 1970.

O episódio que ficou conhecido como “massacre de Manguinhos” (LENT, 1978, p.69) desestruturou uma das mais importantes instituições de ciência e tecnologia em saúde no Brasil. Além do IOC, o Butatan também havia passado por intervenções e, em ambas as instituições, linhas de pesquisa, cursos de formação e a produção pública de insumos foram prejudicados, chegando-se ao ponto de destruir acervos científicos, como partes de coleções biológicas raras.

Esse foi o período dos “anos de chumbo”, com grande tensionamento no interior das organizações públicas e muita repressão social. Mas a opressão gerou resistências. Silvia Gerschman (1995) é uma das autoras que descreve muito bem os movimentos populares de resistência no campo da saúde e que serão abordados adiante.

No Brasil, a formação do Movimento Popular em Saúde (MOPs), no final dos anos de 1970, ligado a medicina comunitária se expandiu, principalmente, nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. A medicina comunitária se colocava como uma alternativa aos serviços públicos, precarizados pela falta de investimento devido a priorização da medicina previdenciária concentrada nos hospitais privados restritos aos segurados.

Esses movimentos populares contavam com médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações menos favorecidas agrupadas ao redor das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e em favelas (GERSCHMAN, 2004, pp. 94-96).

³¹ Rocha Lagoa pediu demissão em 1972 em função de irregularidades na utilização dos recursos do Ministério da Saúde detectadas pelo Tribunal de Contas da União (LENT, 1978, p.79) e tornou-se consultor da Johnson & Johnson no mesmo ano (CPDOC, 2021).

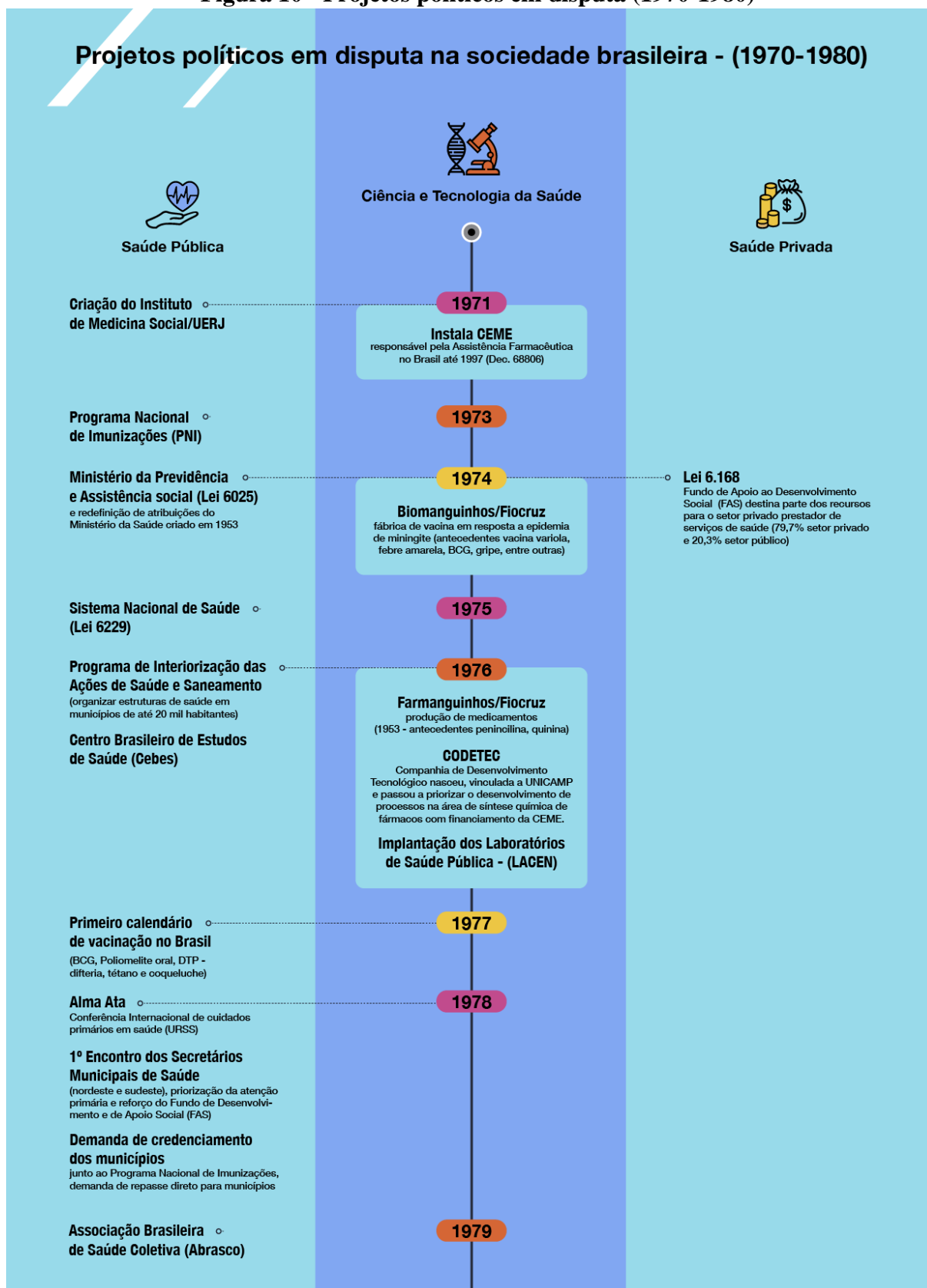
4.1.1 A formação da Medicina Social e produção industrial para saúde

Em 1971 foi criado o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que teve grande relevância na Reforma Sanitária, articulando referenciais e reflexões de caráter nacional que buscavam integrar as ciências sociais, a epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde para superar visões reducionistas de planejamento e de administração em saúde (CORDEIRO, 2004).

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes, 1976) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco, 1979) também foi fundamental para influenciar o debate político e criar as condições necessárias para discussão de reformas sociais, embora o êxito tenha se concentrado na agenda setorial da saúde, que era parte integrante da ampla Reforma Sanitária Brasileira proposta pelo movimento sanitarista (PAIM, 2008).

Para iluminar acontecimentos relevantes de 1970 até os dias atuais, optou-se por produzir uma linha do tempo, apresentando e contextualizando à luz da TMD, marcos da saúde pública na primeira coluna, marcos da ciência e tecnologia na coluna do meio e medidas adotadas pelo Estado para expansão do setor privado na última coluna. A visão integrada desses aspectos permite transpor o conhecimento superfície, e perceber as relações de um mesmo processo que podem estar escondidas ou distorcidas. A linha do tempo começa pela criação da Central de Medicamentos (CEME).

Figura 10 - Projetos políticos em disputa (1970-1980)



Fonte: Elaboração própria.

A CEME foi criada em 1971, junto com o Plano Diretor de Medicamentos, ligada à Presidência da República e financiada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), com a função de regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos, incentivar à pesquisa científica, modernizar os laboratórios públicos, controlar preços, produzir indicadores de saúde e criar incrementos à substituição das importações de matérias primas.

Sua criação visava desbloquear o acesso a obtenção de tecnologias para reprodução de princípios ativos no Brasil, sendo a primeira intervenção pública para articular uma política industrial e uma política de saúde a fim de garantir reserva de mercado para os produtores públicos e privados. O objetivo era o de garantir o abastecimento dos serviços de saúde e criar incentivos para nacionalização e integração da produção local (GADELHA, 1990). Segundo Vianna a CEME representou “a preocupação com a formulação de um projeto nacionalista autônomo, que desse prioridade ao progresso científico e tecnológico em conjunto com o crescimento de uma indústria nacional produtora de fármacos e medicamentos” (1995, p. 27).

Deve-se registrar que essa medida fez parte da política científica e tecnológica do governo militar que continha elementos de proteção da produção industrial interna, a exemplo da publicação do Decreto-lei nº. 1.005/1969, que aboliu o patenteamento de produtos do setor farmacêutico, entre outras áreas de interesse nacional (KORNIS et al, 2008, p. 92), assim como a Lei nº.5.772 de 1971, que instituiu o código de propriedade intelectual e, entre outras coisas, cessou a concessão de patentes para itens de primeira necessidade produzidos no Brasil, como medicamentos e alimentos.

Como mecanismo de indução, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) foi atualizada e passou a conter um elenco que atendia 90% das demandas da população (GADELHA, 1990, p. 310). Na mesma direção, o impulso na produção de vacinas por meio do Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973 e institucionalizado pela Lei nº 6.259 em outubro de 1975, representou o esforço para desenvolver ciência e tecnologia com autonomia e contou com forte investimentos nos laboratórios públicos.

A burguesia também se beneficiou desses mecanismos, como foi o caso do Laboratório Vellée, cuja sócia francesa Merriex e o sócio americano Eletronucleonix puderam contar com incentivos do Estado da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e do Fundo de Financiamento para Aquisição de Máquinas e Equipamentos Industriais (FINAME) do BNDES (GADELHA, 1990) para desenvolver vacina contra a febre

aftosa, que interessava, sobretudo, aos criadores de gado.

Mas, no início dos anos de 1970, o modelo concorrencial baseado na inovação começou a mostrar sinais de desgaste. Gadelha descreveu que, após um período de avanço no progresso técnico na indústria farmacêutica, ocorreu uma queda significativa no padrão de inovação, reduzindo o lançamento de 326 novos produtos com 28 diferentes princípios ativos em 1950 para 62 novos produtos com 9 princípios ativos em 1969 (1990, p. 104). O autor explica que os representantes dos grandes conglomerados justificaram a redução pela interferência estatal. Na realidade, o caso da talidomida obrigou os governos a aumentarem o controle sobre a segurança do uso de medicamentos, além de outras explicações para a queda da inovação, como o esgotamento dos paradigmas tecnológicos predominantes no pós-guerra. Assim, a estratégia foi recorrer a novos mercados para preservar os níveis de acumulação.

Além disso, a queda das elevadas taxas lucro no cenário internacional trouxe repercussões para a política interna e coube ao Estado governado por militares alinhados à burguesia “gerenciar a dependência”, ampliando o espaço de acumulação privada.

No setor da saúde, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais o modelo privatista hospitalocêntrico e, em seguida, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para apoiar o desenvolvimento de projetos na área social, cujo maior beneficiário foi o setor privado que ficou com 79,7% dos recursos aplicados no setor de saúde enquanto o setor público ficou com 20,3% (BRAGA e PAULA, 1986, p. 128).

O governo militar tentava reproduzir os resultados obtidos nos países desenvolvidos e para isto ampliou os incentivos para iniciativa privada na assistência médica. Entretanto, as necessidades da população não poderiam ser satisfeitas no mercado, dado o baixo poder de compra salarial. Esse aspecto do período militar foi amplamente estudado, mas quando esse processo é analisado por meio das categorias da TMD podemos sugerir que parte das medidas do programa FAS se configuram como mecanismos de transferência de recurso público para a iniciativa privada, de certo modo, atenuando os efeitos da cisão entre a produção dos serviços privados de saúde e a baixa capacidade de consumo de serviços médicos pela população assalariada e que tinha no INPS a única forma de acessar principalmente as novas tecnologias

que chegavam ao Brasil no final dos anos de 1970³².

O papel de “gestor da dependência” é exercido por governos alinhados a burguesia que atuam por meio da criação de regras para criar de mercados, regulando ou desregulando atividades. Podemos ler, por exemplo, que o conjunto normativo editado no início do regime militar - Decretos nº. 72 e 73 de 1966, Decreto-lei nº. 200 de 1967 – foi a base legal que viabilizou a formação de um mercado que ainda era inexpressivo até 1964, quando as primeiras empresas-médicas firmavam pequenos convênios com o setor industrial e de serviços (CORDEIRO, 1984). A ampliação desses convênios-empresas com o setor Estatal previdenciário foi o mecanismo de expansão do setor privado na média e alta complexidade no final dos anos de 1970, quando as tecnologias originadas nos países centrais buscavam novos mercados consumidores.

4.1.2 A Penetração do capital no setor de saúde

Cordeiro foi extremamente visionário quando captou essas transformações nos serviços de saúde a partir da penetração do capital com a constituição e o desenvolvimento das empresas médicas, sobretudo no Rio de Janeiro. O autor chamou atenção para o papel do Estado e a formação de “anéis burocráticos” (1984, p. 9) entre a burocracia previdenciária estatal e a medicina empresarial que estava se organizando e se expandindo em detrimento de uma estrutura pública. A formação dessas empresas deu origem a medicina de grupo e tinham o propósito de abocanhar fundos públicos para expansão da medicina privada, adotando como meios os contratos de prestação de serviços para o INPS, os incentivos fiscais e o financiamento público para modernização de suas estruturas³³.

Por trás de duas transformações no setor de serviços da área da saúde estava um mesmo personagem: Luís Gonzaga do Nascimento e Silva³⁴. A primeira delas e já

³² Embora o primeiro programa de residência médica em radiologia tenha sido no hospital dos servidores e posteriormente outros estabelecimentos públicos tenham se tornado referência na área de imagens, como o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, o primeiro aparelho de tomografia foi instalado no Hospital Beneficência Portuguesa – instituição privada filantrópica que atendia clientela de plano de saúde, em São Paulo, no ano de 1977.

³³ O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) gerenciado pela Caixa Econômica Federal teve 79,7% dos seus recursos destinados a rede hospitalar privada.

³⁴ Luís Gonzaga do Nascimento e Silva foi opositor do Estado Novo, advogado de família rica, integrou o governo militar como Ministro do Trabalho e Previdência Social em 1966, sendo dele o ato de unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, como já sinalizado nesse trabalho, concentrou poder decisório

mencionada aqui diz respeito à unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) por suas mãos (CPCOC, COC, 2020, n.p). A segunda ocorreu alguns anos depois, quando foi nomeado Ministro da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 pelo General Ernesto Geisel, tendo como primeira tarefa organizar a estrutura administrativa.

Em outubro desse mesmo ano foi criado o Conselho de Desenvolvimento social (CDS), órgão de assessoramento do Presidente da República do qual ele fazia parte como Ministro da Previdência e Assistência Social. Em dezembro de 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) pela Lei nº. 6.168, cujos recursos eram geridos pela Caixa Econômica Federal. O plano de aplicação para investimentos do FAS deveria atender às definições desse Conselho (Art. 7º da Lei 6.168/74).

Luis Gonzaga já havia participado de ações para mudar as relações entre o empresariado e as agências estatais de financiamento, atuando no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) de 1957 à 1961, depois foi nomeado presidente do Banco Nacional de Habitação (BNH) no Governo de Castelo Branco (COC, CPDOC, 2020). Era um dos porta-vozes dos setores liberais (CPDOC, 2020), portanto, não é difícil deduzir a razão da maior parte dos recursos do FAS ter sido destinado para o setor privado em detrimento da ampliação e modernização das estruturas próprias do Estado.

A pressão sobre ampliação dos benefícios sociais aumentava, incluindo a questão do acesso aos bens e serviços em saúde e, como resultado da 5ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, foi regulamentada a Lei nº 6.229/1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Contudo, continuou cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa para os segurados, enquanto cuidados preventivos e a atenção à saúde para o público em geral continuaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Esta lei era a primeira tentativa de constituição de um sistema público de saúde, porém acabou reforçando a divisão entre saúde individual e saúde coletiva e preservou os interesses da burguesia interna na prestação dos serviços e da burguesia estrangeira no comércio de insumos para saúde, cada vez mais caros e complexos.

no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que se tornou o maior contratador de bens e serviços de saúde do país

No final dos anos de 1970, o Brasil se tornou o sétimo maior mercado mundial de medicamentos. Havia 460 laboratórios farmacêuticos instalados no país, sendo 385 (84%) de capital nacional e 75 (16%) subsidiários de firmas estrangeiras que, no entanto, já detinham 88% do faturamento do setor. Entre 1950 e 1975, o mercado de medicamentos cresceu 145%, enquanto a indústria de transformação cresceu 139%, as multinacionais, que representavam 20% das empresas do setor, dominavam 80% do mercado interno (SINDUSFARMA, 2013, p. 85).

Em 1976, foi feito o esforço de integração do sistema produtivo com a criação da Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (CODETEC), originária da UNICAMP, que primeiro funcionou como incubadora de empresas em áreas muito inovadoras como criogenia e energias renováveis. Também fez parte do elenco de atividades o planejamento para “colonização da Amazônia”, projeto que envolvia muitos pesquisadores dedicados a estudos de solo, vegetais e urbanismo.

O projeto não foi à frente devido à ação hostil de grileiros, como apontou Leite (2008). Pouco depois, ocorreu o afastamento do reitor da UNICAMP e a supressão do apoio da universidade as atividades da CODETEC, levando a empresa ao declínio, se recuperando apenas na década seguinte, quando o José Carlos Gerez, químico preso pelo DOPS e que havia se exilado no Uruguai, retornou ao Brasil (LEITE, 2008).

Ao assumir a CODETEC, Gerez iniciou a segunda fase da empresa com a produção de etanol, derivado da cana de açúcar por um processo de hidrólise ácida, que levou a CODETEC a ser contratada também para desenvolver equipamentos por explosão de vapor que foram instalados em usinas para aproveitar o bagaço de cana como alimento para gado. A acessão da CODETEC ocorreu quando uma política agressiva e inovadora para o setor farmacêutico foi implantada, com financiamento para produção de fármacos por meio de engenharia reversa.

Os investidores teriam compensações a partir da reserva de compras via CEME para o conjunto de medicamentos que integravam a RENAME. Gadelha (1990) aponta que a CODETEC passou a responder quase que pela totalidade das atividades no campo da síntese química em 83 tipos de processos distintos, com 11 fármacos produzidos, 13 aguardando plantas produtoras e 55 em fase de desenvolvimento (p. 210). Neste período, a farmácia básica nacional era composta 350 itens essenciais e 95% dos fármacos estava com patente expirada.

Já no PND II (1975-1979), a política de substituição de importação de insumos químicos foi viabilizada pelo BNDE, por meio da Resolução nº. 36 de 1974 (GADELHA, 1990, p. 312) que definiu um conjunto de 68 matérias primas para produção nacional. O autor elenca outras iniciativas que entraram em curso na área farmoquímica, como o Programa Nacional da Indústria Químico-Farmacêutica, que teve o objetivo de integrar a produção nacional de insumos farmacêuticos, o desenvolvimento e absorção de tecnologia e garantir mercado para projetos prioritários.

Depois, foi definida uma lista de produtos farmacêuticos prioritários para o desenvolvimento de programas de P&D no Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (1981-1985), que indicava a necessidade de capacitação em campos de novos conhecimentos como a genética e foram adotadas medidas de padronização de nomenclaturas como a Denominação Comum Brasileira (DCM) para que os nomes químicos ou genéricos das substâncias constassem nas bulas.

Essas e outras medidas visaram a estruturação da indústria farmacêutica local, mas ressalta-se que a pressão das empresas estrangeiras sob o governo de João Figueiredo acabou inviabilizando parte dessas iniciativas. O Brasil já vinha sofrendo pressões do governo de Ronald Reagan devido às políticas de caráter independentes na área nuclear e na área de informática, inclusive ameaçando as exportações brasileira com sanções comerciais.

Gadelha (1990) aponta que fazia parte dos objetivos de as grandes corporações não duplicar bases de pesquisa e desenvolvimento tecnológica, adotando uma divisão de trabalho que seguiu a lógica da não integração completa. O autor aponta que, após a fase inicial de implantação da indústria moderna no Brasil (década de 1950), uma série de pequenas empresas localizadas em outros países e que, também não reconheciam patentes de medicamentos como o Brasil, passaram a produzir produtos semelhantes as empresas estrangeiras. Mas, a liderança dessas corporações, conquistada na década de 1950, não foi abalada (1990, p. 202). O autor salienta que, mesmo nas multinacionais com filiais no Brasil onde havia o desenvolvimento de pesquisa e desenvolvimento, o objetivo era o de melhorar produtos dentro de limites tecnológicos desenvolvidos pelo exterior, funcionando como uma “extensão, marginal” das tecnologias desenvolvidas mundialmente pelo grupo (1990, p. 232 e 233).

Segundo a perspectiva de Gadelha, essas indústrias aproveitaram as condições “peculiares da economia brasileira e da política do país”, que podemos traduzir como

alinhamento entre interesses capitalistas que se sobrepuseram aos interesses de desenvolvimento científico e tecnológico nacionais. O autor aponta que para as filiais das multinacionais ocorreram adequações naturais, na medida que suas matrizes eram líderes de mercado, enquanto as nacionais precisavam inovar ou seriam varridas do mercado, como acabou acontecendo (1990, p. 183).

4.1.3 A desnacionalização do setor farmacêutico no Brasil

Na década de 1980, aconteceu uma mudança estrutural no setor com a desnacionalização da indústria brasileira, que segundo Gadelha, foi incapaz de se adequar aos novos padrões competitivos e tecnológicos emergentes. A participação das empresas internacionais no Brasil subiu de 13,6% em 1930 para 85% em 1987 (GADELHA, 1990, p. 195).

Torres (1983) faz outra leitura sobre o processo de desnacionalização da indústria farmacêutica. Para ele, além do avanço tecnológico, de fato, difícil de acompanhar, houve manobras entre as matrizes e as filiais instaladas no Brasil que foram prejudiciais aos produtores nacionais. Primeiro, essas filiais passaram a produzir insumos no mercado interno com incentivos do Estado aproveitando-se de regras que intencionavam beneficiar a produção nacional como a elevação de alíquotas³⁵ para produtos importados. Depois, essas filiais deixavam ou reduziam o fornecimento desses insumos, obrigando os produtores nacionais a recorrer ao mercado internacional onde o preço era majorado (justamente para atender as filiais). Além desse expediente, as filiais compravam insumos subfaturados que ficavam registrados na CACEX com preços baixos, causando dificuldades quando produtores nacionais tentavam importar pelo preço real de mercado³⁶.

Além disso, havia remessa de lucros transfigurados em pagamento de empréstimos entre matriz e filiais, compra superfaturada de matérias-primas monopolizadas no exterior disfarçadas sob o título de custos, assim como superfaturamento com assistência técnica,

³⁵ Gadelha aponta o caso da Rhône-Poulenc instalada no Brasil que decidiu produzir o acetilsalicílico após uma empresa brasileira manifestar planos de produção (p.189).

³⁶ A manipulação de preços no comércio exterior também foi apontada no estudo sobre a Companhia Nacional Álcalis quando países estrangeiros praticaram preços por tonelada da barrilha até 75% inferior ao preço nacional, justamente quando a produção brasileira era intensificada (PEREIRA, 2009, p.374)

serviços administrativos, entre outros. Torres salienta que “preço de transferência” também foi um mecanismo utilizado, apontando, inclusive, que é o mais importante elemento na relação entre matriz e filial, e de difícil controle dos governos (1983, p. 45).

Por fim, ele argumenta que, além de todos esses elementos favorecerem o capital estrangeiro, não havia uma política de apoio governamental para o capital nacional do setor. De fato, o que se observa é que, além das dificuldades para absorção tecnológica mencionadas, as empresas nacionais tinham que lutar contra as manobras fiscais entre matriz e filiais.

Com baixa remuneração do capital investido, os empresários optaram por vender o controle de suas empresas para grupos estrangeiros. Essas análises, no entanto, falam pouco sobre o desenvolvimento dos laboratórios públicos. Esses, com uma pauta de produção alinhada à demanda social, seguiram adiante e foram eles que responderam, nos piores momentos da vida do brasileiro, quando chegaram, por exemplo, as epidemias do HIV nos anos de 1990 (TEIXEIRA, 2003) e da Covid em 2020 (GADELHA, 2021).

O preço de transferência na indústria farmacêutica foi tema da dissertação de mestrado de Johnston Viana da Silva Junior (2009) e teve o objetivo de analisar se os métodos de preços de transferência no Brasil seriam os mais adequados diante do nível de regulação econômica do mercado farmacêutico.

Ele fez um percurso histórico indicando que o controle do preço de transferência se tornou importante devido ao espraiamento das multinacionais na globalização da economia, a partir da década de 1950, e da necessidade dessas, controlarem o retorno do capital investido (2009, p.53), especialmente a partir da década de 1970, quando os sistemas de informação se tornaram disponíveis pelo avanço da informática.

O preço de transferência passa a ser um mecanismo de geração de receitas, para além dos produtos comercializados nas economias onde as multinacionais têm filiais e subsidiárias instaladas, e funciona por meio da compra bens e serviços de outra unidade de negócios por outra unidade de uma mesma organização, criando receita para unidade que vendeu e despesa para unidade que comprou, afetando assim as margens de lucro de uma e de outra.

Esse sistema de preços de transferência não é considerado no conjunto de “operações comerciais comuns”, porque os bens e serviços não estão disponíveis no mercado, portanto, os preços apresentam características impossíveis de comparações mercadológicas. Silva Junior ressalta que o uso de preços de transferência é um instrumento de distribuição de

receitas entre unidades de negócio descentralizadas (2009, p. 57). Esse mecanismo parece ser importante para estudos sobre de extração de valor das periferias pelos países centrais.

4.1.4 A organização dos movimentos populares pela saúde comunitária

Voltando a linha do tempo, é importante registrar que os laboratórios públicos passaram a atuar principalmente na produção de tecnologias para prevenção de doenças com as vacinas e o plano para adesão popular consistiu na formatação de um calendário nacional em 1977 com quatro vacinas infantis, a *Bacilo Calmette Guerin* (BCG), a Vacina Oral poliomielite (VOP), a vacina Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP) e a vacina contra o sarampo.

O debate sobre a perspectiva ampliada de saúde, que levasse em consideração as condições de vida da população como determinantes para o processo saúde-doença se intensificou após a Declaração de Alma Ata (1978). Na Conferência, foi questionado o modelo de atenção intervencionista e a intensidade do uso de tecnologias complexas que encarecem a assistência e nem sempre apresentam significativo impacto na melhoria da situação de saúde da população. O médico dinamarquês *Halfdan Mahler* apontava o modelo da Atenção Básica como solução simples e econômica contra os altos custos de tecnologias ineficazes e/ou excludentes que tornavam a saúde cada vez mais inacessível para maioria das pessoas (BUSS, 2017, p. 29).

O momento era de grande desorganização política no Brasil governado por militares, mas de muita organização por parte de grupos que lutavam pela redemocratização do Brasil. O movimento pela Reforma Sanitária se engajou na luta antiautoritária e colocou a saúde coletiva como pauta central. Este foi um período em que a organização política, acadêmica e popular promoveu uma espetacular projeção da luta pela saúde coletiva, neutralizando os recursos de “gestão da dependência” durante o governo dos militares.

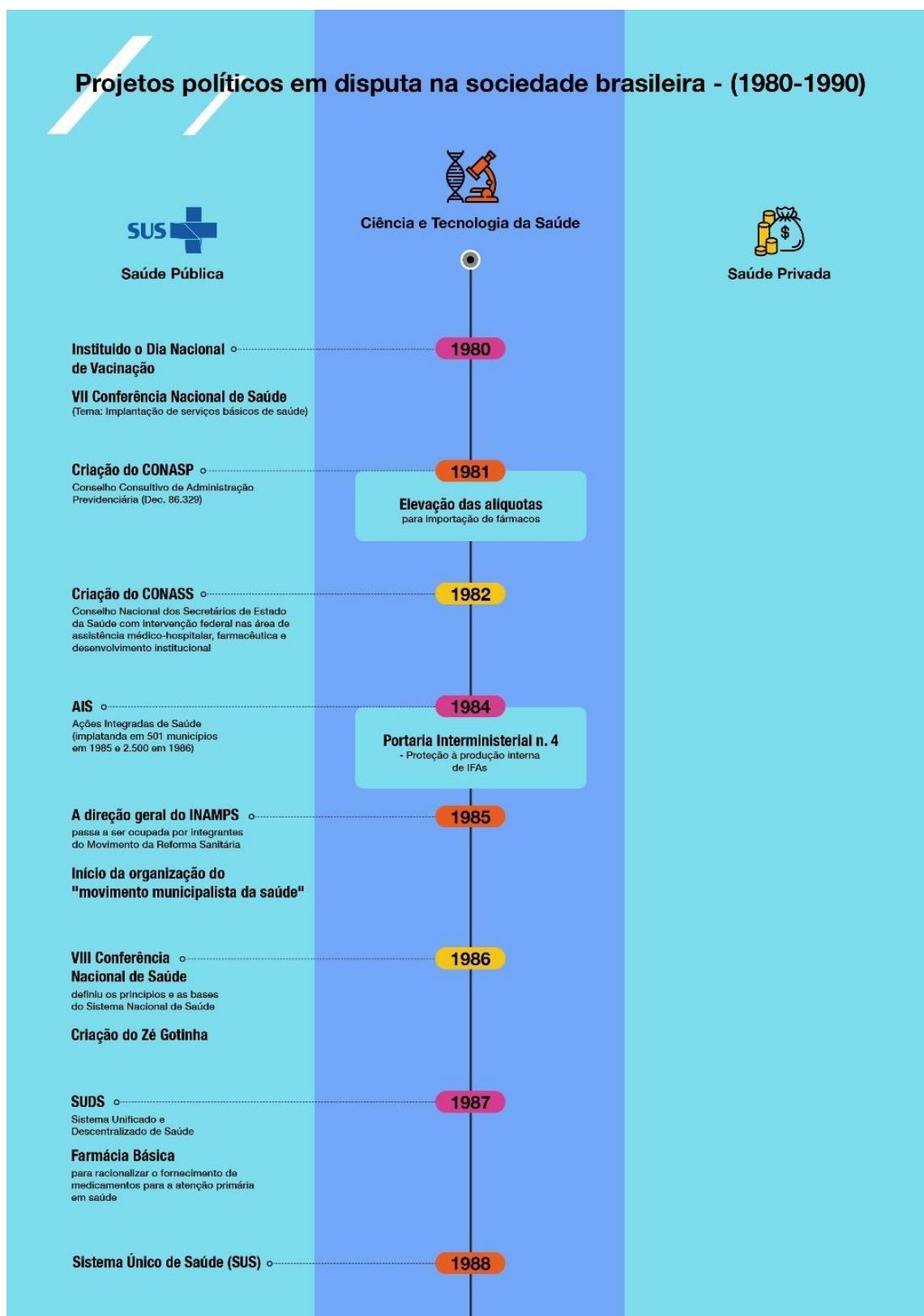
Neste contexto, destaca-se o 1º Encontro dos Secretários Municipais de Saúde das regiões Nordeste e Sudeste, organizados pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e pelas prefeituras de Campinas, Londrina e Niterói. Nesse encontro foram definidas prioridades para atenção primária e para demandas dos municípios ao FAS. As conclusões do encontro foram convalidadas por 60 Municípios de 16 Estados. Também fez parte dos encaminhamentos a solicitação de credenciamento dos Municípios ao Programa Nacional de Imunizações que, até aquele momento, era de competência exclusiva das Secretarias Estaduais. Em 1979 foi realizado o Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, em Niterói

e o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal. Neste simpósio, o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – apresentou o documento “saúde é democracia”, com propostas que foram em grande parte incorporadas à VIII Conferência Nacional de Saúde (PUGIN, NASCIMENTO, 1996, p. 9)

Assim, a decisão tomada em Bellagio (1979) e que se contrapôs a decisão de Alma Ata quanto à implantação de sistemas universais de saúde com modelo de atenção coordenado pela Atenção Básica recebeu uma resistência qualificada e potente, capaz de reagir e interpelar o modelo GOBI como insuficiente perante as necessidades de saúde da população. Os sanitaristas fizeram a diferença no Brasil.

O Brasil passava pelo terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento (1980-1985) no governo do General João Figueiredo (1979-1985) e no campo da saúde havia maior reconhecimento das funções do Ministério da Saúde na definição e coordenação das políticas da saúde e da importância da descentralização de atividades para Estados e municípios. O governo adotou o discurso social-democrata na VII Conferência Nacional de Saúde (1980), inclusive enfatizando a Atenção Básica como elemento central do que seria o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), que não chegou a ser implantado, como já mencionado no item 3.2.

Figura 11 - Projetos políticos em disputa (1980-1990)



Fonte: Elaboração própria

A VII Conferência foi fundamental para consolidar a ideia da promoção da saúde no Brasil e para reforçar a Atenção Básica como mecanismos de expansão da cobertura dos serviços de saúde para todo território brasileiro. Seu tema central foi "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos", mas o contexto externo era de redução do papel dos Estados, devido à crise econômica dos anos de 1980.

Novamente, a “ideologia da crise” se impôs e problemas causados no setor privado foram transferidos para o âmbito dos Estados dependentes, mas, apesar de a década de 1980 a 1990 ser considerada a ‘década perdida’, devido à grave crise da dívida externa que se abateu sobre a América Latina, há outras leituras que indicam que essa foi uma década “literalmente ganha” (MARANGONI, 2012).

Fernando Nogueira da Costa (2019) descreve que o dólar estava enfraquecido até 1979 quando os EUA tomaram medidas para retomada da hegemonia com uma elevação, sem precedentes, dos juros pelo *Federal Reserve* (FED) para 22% ao ano, provocando a quebra de economias, empresas, bancos e uma nova recessão mundial. “Mas o império conseguiu a retomada do controle sobre bancos em seu território – e no resto do mundo” (2019, p.37).

No Brasil, os efeitos dessa crise foram sentidos de forma brutal, com desaceleração do crescimento, inflação, redução do poder de compra dos salários, desemprego e crescimento do déficit na balança comercial. No setor produtivo, o governo militar adotou medidas para substituir as importações, a fim de reduzir o déficit na balança de pagamentos, beneficiando a produção interna de farmoquímicos, por meio de políticas de incentivo para o setor.

A primeira delas foi a elevação de alíquotas de importação para fármacos de 1981 e depois, a Portaria Interministerial nº. 4 de 1984 assinada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Indústria e Comércio (MITIDIERI et al, 2015, p. 57). A portaria havia criado uma reserva de mercado para os produtores nacionais, prevendo inclusive a interrupção de projetos concorrentes.

Segundo Mitidieri *et al*, a CODETEC e a CEME, ambas já citadas neste capítulo, foram fundamentais para impulsionar a produção, a primeira adotando engenharia reversa e produzindo para o mercado interno e a segunda garantindo mercado para os laboratórios oficiais e privados, gerando o seguinte resultado apurado pelos autores: “a produção interna de princípios ativos cresceu 99% entre 1982 e 1988, ao passo que o valor das importações caiu 10% no mesmo período” (2015, p. 58).

Essa medida interna representou um momento de dissociação da função de “gestão da dependência”, com uma clara intervenção estatal que contou, sobretudo, com o seu próprio aparato, isto porque as condições, até então, estavam favoráveis devido aos esforços de desenvolvimento da CODETEC, as políticas implementadas pela CEME e o não reconhecimento de patentes para insumos farmacêuticos que vigoravam desde o regime militar.

Segundo Mitidieri (2015), o avanço na produção de insumos farmacêuticos (IFAs)³⁷ havia triplicado e a produção brasileira passou a responder por 55% da produção de fármacos, alcançando autossuficiência na fabricação de medicamentos (p. 58). Em 1987, a CEME atendia 60 medicamentos mais demandados na rede pública e 73% dos municípios recebiam essa Farmácia Básica (COSENDEY ET ALL, 2000).

Assim, examinando os efeitos das restrições decorrentes da crise da dívida de 1980 do ponto de vista mais sistêmico, o que ocorreu no Brasil foram ganhos imensuráveis, porque toda a insatisfação desestabilizou o regime militar e colocou fim a ditadura miliar com a promulgação de uma Constituição comprometida com o desenvolvimento social.

As ebulições da década de 1980 permitiram a organização do movimento social em um nível totalmente inédito, viabilizando, no caso da saúde, a ruptura com o padrão anterior de acesso, graças ao esforço dos militantes pela Reforma Sanitária decididos, organizados e politizados suficientemente para fundamentar as mudanças institucionais que demandavam.

A participação social contou com os movimentos populares já mencionados e com o Movimento municipalista se tornou mais potente com a ampliação das Ações Integradas (AIS) a partir do expediente que Monika Dowbor (2018) descreveu e que consistiu no auxílio dos ativistas do movimento sanitário “infiltrados na agência federal” (2018, p.98), ou seja, no INAMPS, e que auxiliavam na disponibilização de recursos federais para os municípios e os estados implementarem serviços públicos.

No CONASP, os especialistas ligados ao movimento sanitário iniciaram a cisão com os “anéis burocráticos”³⁸, por meio de fiscalização rigorosa, denunciando hospitais privados

³⁷ Os insumos farmacêuticos são obtidos por meio de processos de síntese química ou biotecnológica, sendo a indústria farmoquímica responsável pela produção de princípios ativos que abastecem a indústria farmacêutica.

³⁸ Essa expressão foi cunhada por Fernando Henrique Cardoso e surge no livro ‘O Modelo Político Brasileiro’ de 1979.

que detinham a maior parte dos serviços pagos por Guias de Internações Hospitalares (GIH) com cobranças ilimitadas e sem qualquer controle pelo INAMPS. No relatório final do CONASP foram propostas medidas para reverter o modelo médico-assistencial, regular os contratos privados, reduzir a capacidade ociosa no setor público e criar o domicílio sanitário.

Para desmontar a lógica decisória insulada no centro do poder, o movimento pela Reforma Sanitária defendia a descentralização da política de saúde para Estados e, sobretudo, para municípios, conformando novas arenas de poder. Com governadores progressistas eleitos e o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) criado em 1982, os novos participantes se alinharam ao tema da descentralização e da participação social e puderam ampliar benefícios nos seus colégios eleitorais com custo institucional baixo, sobretudo a partir de 1985, quando o poder se deslocou para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), (COSTA, 1996).

Nesse período, duas propostas do CONASP entraram em curso: os convênios trilaterais que envolviam o INAMPS, as secretarias estaduais e as secretarias municipais e, portanto, reduziam o poder central e a implantação acelerada das AIS.

As AIS, mencionadas no item 3.2 do capítulo 3, foram as medidas mais importantes no âmbito CONASP e impulsionaram novos arranjos institucionais que ganharam força no período de transição para o regime democrático.

[...]os colegiados estaduais (CIS), municipais (CIMS), locais (CLIS) e regionais (CRIS) provocaram, em meados da década de 1980, um visível deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor privado para os hospitais universitários. A agenda da transição brasileira na saúde foi formulada especialmente em torno das propostas desses colegiados, o formato deveria ser ‘descentralizado’, combater fraudes, enquadrar o setor privado e reestruturar institucionalmente o INAMPS”. (COSTA, 1996, p.12).

No processo em curso, estavam os representantes da reforma sanitária decididos a romper com o modelo vigente, no INAMPS, dentre eles, Hesio Cordeiro, declaradamente contrário ao modelo previdenciário de assistência à saúde, cuja atuação foi decisiva para extinção do modelo e para criação do SUS. Levcovitz aponta que no conjunto das iniciativas para neutralizar oponentes, foi realizado convênio especial com as entidades filantrópicas e beneficentes em 1986 para “assegurar a disponibilidade de assistência aos usuários para ações de complexidade secundária e terciária, raramente existentes nas unidades públicas estaduais e municipais” (2019, p. 12). O autor aponta que para dar corpo a rede regionalizada e hierarquizada de serviços e incluir especialidades foi realizado um novo convênio com Hospitais Universitários e de Ensino (HUEs) “que deveriam assumir, no médio prazo, as

funções de unidades mais especializadas e concentrar os recursos diagnósticos e terapêuticos de maior densidade tecnológica e custo” (2019, p. 12).

A saúde, um dos centros de debate nos movimentos pela redemocratização, foi alçada ao ideal “saúde é democracia”, influenciando, assim, a Assembleia Constituinte Nacional e os governadores eleitos. Além disso, importantes lideranças do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) passaram a ocupar postos estratégicos: Hesio Cordeiro se tornou presidente do INAMPS e Sérgio Arouca se tornou presidente da Fiocruz.

Esses dois militantes da RSB lideraram a grande mobilização social pela pauta da saúde e Arouca presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo Levcovitz (2019), o clima era eufórico “pela intensa e inédita participação na Conferência que contribuiu para a reconstrução da referida unidade, em torno dos principais pontos estratégicos da ideia-projeto do SUS”.

O movimento sanitário conseguiu, finalmente, conquistar a hegemonia político-ideológica e influenciar na Assembleia Nacional Constituinte, assim como nos governadores eleitos. No entanto, o autor ressaltou que apesar de a reforma do sistema de saúde nunca ter sido tão debatida, a implementação não se concretizava e, para evitar qualquer retrocesso técnicos lotados no INAMPS/MPAS, propuseram o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como alternativa para obter avanços na implementação das mudanças, mesmo com limitações (LEVCOVITZ, 2019).

O objetivo dos sanitaristas era o de tornar definitivo o acesso da população aos serviços de saúde, não de uma parte da população, mas de toda ela. Luz (2007) relata que havia grande oposição à ideia da saúde como um direito de cidadania e como um dever do Estado, além de um pensamento que unia certos setores empresariais e sindicais que entendiam que o acesso à saúde deveria ser um direito adquirido pelo trabalho, o que deixaria de fora as crianças, o jovem ainda não empregado, as donas de casa, os idosos que ainda não estivessem aposentados, os trabalhadores informais e os desempregados, que correspondiam a uma boa parte da população brasileira.

A politização da saúde propunha uma nova noção de saúde e visava transpor a dicotomia entre saúde pública e saúde curativa, almejava a perspectiva da integralidade e da cobertura ampla. A década de 1980 foi uma década profícua em debates pelos direitos sociais no Brasil. Aproveitando o contexto de abertura democrática, o país parecia tomar o rumo de um Estado de bem-estar social, ampliando seu sistema de seguridade. A comunicação pública

se baseava em campanhas nacionais e o personagem 'Zé Gotinha' auxiliou a criar na população, a cultura da prevenção de doenças.

Mas, novamente, o embate entre o Estado Liberal e o Estado Social se colocou. Tubero apontou que o Movimento pela Reforma Sanitária não era homogêneo e que a direita liberal conseguiu influenciar a Assembleia Constituinte em pontos relevantes. Segundo a autora, em um movimento que começou ainda durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, alguns setores foram convencidos e passaram a defender uma saúde pública e universal, complementada pelo setor privado, enquanto outros defendiam uma saúde pública, universal e exclusivamente estatal (2011, p.4).

Desse modo, a dicotomia entre saúde pública e saúde curativa ganharia nova dimensão e se tornaria o padrão vigente em que coexistem a saúde pública e a saúde privada, consolidando a cisão entre o que o SUS produz e o que uma parte da sociedade consome, entre o que as tecnologias proporcionam e uma parte da população usufrui.

Isabela Soares Santos (2009), em seu estudo sobre as relações público e privado em saúde, observou que a disponibilidade de leitos hospitalares é 1,6 vezes maior para os usuários de seguros de saúde em relação aos usuários do SUS. Em relação ao acesso a exames, a disponibilidade de equipamentos é muito maior comparada à rede pública, sendo de até 7 vezes mais para ressonância magnética, 5 vezes para mamógrafos, 4 vezes para litotripsores e tomógrafos computadorizados, 3 vezes para aparelhos de raio-x para hemodinâmica, 2 vezes mais para radioterapia (SANTOS, 2009, p. 117).

4.2 Mecanismos de transferência de valor e o SUS

O SUS foi criado carregando em si uma nova concepção de saúde no plano nacional. A ideia de que saúde não se restringe a ausência de doenças remodelou o significado para uma perspectiva de bem-estar coletivo, materializado por direitos e estruturado e garantido pelo Estado. Mas essa concepção ainda carece ser introjetada como valor social, dado que transição da saúde enquanto direito previdenciário para o modelo de seguridade social, de bem-estar social foi pouco incorporada pela sociedade brasileira, que não enxerga o SUS enquanto conquista social, acreditando ser uma estrutura dedicada às pessoas pobres.

Como é sabido, não se modifica a cultura e sim os valores, e o valor herdado do INAMPS teria que se reposicionar para colocar essa nova percepção de saúde em prática, cujo SUS seria sua primeira expressão, mas não a única. Donnangelo (1979), que estudou a

reorganização da prática médica na década de 1970, apontou que o objetivo da medicina social era estender o acesso a saúde para a população por meio de mecanismos de integração e racionalização dos recursos da prestação dos serviços de saúde e que isto era tomado como tarefa política de reestruturação de uma sociedade.

No entanto, a autora reconheceu que esse objetivo foi influenciado pelo modo de produção capitalista. Donnangelo salientou que a vinculação entre a medicina e o econômico reconfigurou as práticas, substituindo o toque individualizado, por recursos tecnológicos complexos e caros, tornando a prática médica, até então autônoma e liberal, inviável para boa parte dos médicos, que passaram a ser, em sua maioria, trabalhadores assalariados e “reprodutores ideológicos do capital” (1979, p.14).

4.2.1 Implementação do Sistema Único de Saúde no governo neoliberal

Durante o processo de ampliação da cobertura de saúde, a corporação médica estava dividida, havia o grupo progressista com Mário Magalhães, Carlos Gentile de Mello, Mário Victor de Assis Pacheco, Hesio Cordeiro, Eleutério Rodrigues, Sérgio Arouca, entre outros, os movimentos de Renovação Médica (REME) muito fortes e dominantes no meio sindical dos maiores centros do país e a burguesia representada pelos empresários da saúde formando um polo de pressão contra a ideia da saúde universal. Esses atores, ativos durante a Assembleia Constituinte, conseguiram conquistar um único artigo que consolidou a dualidade existente no Brasil – saúde pública e saúde individualizada, porém em novas dimensões.

O artigo 199³⁹ da Constituição Federal de 1988 manteve o setor de saúde como um sistema de mercado a ser explorado, no entanto, determinou os contornos em que essa exploração deveria ocorrer, como se o capitalismo reconhecesse e se intimidasse por limites pré-determinados. A exploração comercial do setor deveria se dar de forma complementar ao SUS e, segundo as diretrizes da política pública, sendo determinadas duas vedações, uma que proibia a destinação de recursos do Estado para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e outra que proibiu a participação, direta ou indireta, de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil, salvo nos casos previstos em lei.

³⁹ Art. 199 da CF 1988. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Como veremos, ambas as vedações caíram por terra e o limite imposto como atividade complementar, ou seja, em segmentos em que o SUS não participasse, foi completamente ignorado pelo capital e pelo próprio Estado governado por políticos alinhados a medidas determinadas pelo centro hegemônico, sobretudo na metade dos anos de 1990. Assim, o Brasil viveu o paradoxo de aprovar uma Constituição voltada ao bem-estar social em 1988 e eleger projeto dedicados a reduzir o papel social do Estado com Fernando Collor de Mello em 1989 e Fernando Henrique Cardoso em 1994.

Collor, filho da velha oligarquia brasileira⁴⁰, concentradora de renda e violenta em sua participação política, cumpriu uma etapa do enquadramento da América Latina ao Consenso de Washington, em especial, para conter os movimentos da esquerda que se projetaram nacionalmente.

Dentre seus primeiros atos, no mês de abril de 1990, Collor implantou um plano econômico que confiscou depósitos bancários, inclusive a caderneta de poupança, por meio da Lei 8.024/90. Em seguida extinguiu instituições do executivo federal com a Lei 8.029/90, congelou preços e salários com a Lei 8.030/90 e instituiu o Programa Nacional de Desestatização com a Lei 8.031/90, criando o espaço normativo para as privatizações no Brasil. Além disso, destruiu a política de proteção à indústria nacional, particularmente o Anexo C da CACEX (mencionado adiante), elaborou e encaminhou, em regime de urgência o projeto de lei que reconheceu patentes de forma mais radical do que o determinado pelo TRIPS.

Além das privatizações, as medidas de abertura comercial que estavam em curso desde a metade de 1980 foram ampliadas por meio da revogação de isenções, redução do Imposto de Importação (II) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) com a Lei 8.032/90, causando impacto significativo em projetos de desenvolvimento dependentes de insumos importados, inclusive com a suspensão de novos projetos no âmbito do BEFIEX⁴¹

⁴⁰ Fernando Collor de Mello nasceu no RJ, filho do político Arnon de Melo – governador e senador por Alagoas e sua família tinha o domínio do sistema de comunicação regional, sendo donos de um jornal, da TV Gazeta, de três emissoras de rádio e de uma gráfica. Seu avô -, Lindolfo Collor, foi deputado federal e integrou o governo provisório de Getúlio Vargas, de quem se afastou para integrar a oposição e a Revolução Constitucionalista de São Paulo. O pai de Collor foi um político agressivo e chegou ao ponto de assassinar um homem inocente com três tiros, dentro do Congresso brasileiro, ao tentar atingir um adversário político.

⁴¹ Comissão para Concessão de Incentivos Fiscais e Programas Especiais de Exportação (Befiex) visava estabelecer contratos com empresas instaladas no Brasil para isenção dos impostos sobre os insumos importados.

(BAUMANN, 1990)

No campo da ciência e tecnologia, a capacitação nacional em química fina para substituição de importações, que até então contava com o apoio do governo por meio de medidas protecionistas, investimentos do BNDES, produção pública pela CODETEC, garantia de mercado pela CEME, apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) para projetos de pesquisa, foram modificadas radicalmente, começando pela extinção da Carteira de Comércio Exterior (CACEX).

No anexo C da CACEX estavam inclusos os produtos beneficiados pela Portaria Interministerial nº. 4, que elevava as alíquotas de importação para fármacos e que havia contribuído para organização do mercado interno como já mencionado. Assim, Collor fez a “gestão da dependência”, atuando para gerar vantagens para burguesias estrangeiras, numa espécie de padrão ou ciclo em que o Estado investe em um setor, em seguida abre esse setor para exploração da burguesia interna que, após se beneficiar, cede o segmento para burguesia estrangeira acumular capital em níveis mais avançados.

Gadelha (1990) aponta que a extinção da CACEX criou obstáculos para o processo em curso pela CEME quanto ao investimento e a estruturação de atividades de internalização da produção farmacêutica de princípios ativos, iniciando o esvaziamento de funções primordiais da empresa pública no ramo farmacêutico, prejudicando a oferta pública e o mercado privado⁴².

Apesar do governo privatista de Collor, o SUS começou a avançar, porém desconectado de uma base de produção de insumos. Em 1990 uma nova etapa da luta pela saúde pública foi iniciada, tratava-se de elaborar a norma infraconstitucional que determinaria as diretrizes do sistema universal de saúde aprovado na CF/88.

Levcovitz (2019) acredita que se a CF tivesse sido editada na década de 1950, quando o *Welfare State* era considerado um modelo de política de desenvolvimento e um padrão a ser seguido pelas nações democráticas, não haveria dificuldades para o Brasil

O objetivo era internalizar a produção de manufaturados, ampliando o parque produtivo para abastecer o mercado interno e aumentar a participação no mercado externo.

⁴² A CEME era responsável por 30% a 40% do valor de vendas da Companhia Brasileira de Antibióticos (CIBRAN), além de contar com financiamentos do BNDES ((GADELHA, 1990, pp. 242, 256).

absorver as atribuições inerentes ao novo modelo de bem-estar social. No entanto, o que a TMD nos aponta é que isto é pouco provável, uma vez que a integração da América Latina no sistema produtivo global visou manter os níveis de acesso aos bens primários para que as economias desenvolvidas se dedicassem as operações mais lucrativas, além de ser um novo mercado para extração de valor e foi justamente por isso que conseguiram estruturar uma poupança interna que os permitiu desenvolver sistemas de seguridade social sofisticados.

Isto fica claro na reflexão que Marini elaborou sobre a totalidade do fenômeno do desenvolvimento e do subdesenvolvimento como componentes de um mesmo processo, destacando que o objetivo da integração capitalista da década de 1950 não foi o desenvolvimento de regiões, mas a busca por taxas de lucro para além das fronteiras dos países centrais, “em função da acumulação de capital em escala mundial, e em particular em função de seu instrumento vital, a taxa geral de lucro, é que podemos entender a formação da economia dependente” (1973, p.24). Assim, a América Latina, mantida como fornecedora de bens primários, permitiu que países centrais se dedicassem as atividades mais complexas, mudando seu padrão de acumulação capitalista para mais valia relativa, e em alguns casos, mais valia extraordinária.

Além disso, Leda Maria Paulani (2006) identifica que a transformação na concorrência capitalista que se estabeleceu ao longo dos anos de 1970 e 1980 se deu acompanhada da transnacionalização dos grandes detentores do capital ancorado em movimentos “por mais liberdade e menos regulação” para se estabelecerem entre estruturais empresariais no plano mundial “com variados graus de profundidade, de terceirizações, franchising, parcerias e acordos de cooperação” (2006, p.18). Então, além da produção estrangeira ter se espalhado nas periferias, desnacionalizando os sistemas de produção local, também se lançou no setor de serviços.

A transnacionalização fez os investimentos migrarem para regiões em determinados nichos econômicos que poderiam ser explorados e foi isso que aconteceu no Brasil após a promulgação da CF de 1988, de forma geral, e, na saúde em específico, tanto assim que Levcovitz relata que as gráficas ainda imprimiam a Constituição Federal quando forças internas e estrangeiras se engajavam na eleição de políticos que poderiam deter a materialização de um “modelo de proteção social concebido como ação do Estado, universal, de diretrizes solidárias e baseado em políticas públicas abrangentes, unificadoras e redistributivas” (2019, p. 32).

A experiência como participante do difícil processo de negociação da política de saúde, aprovada pela CF com o Secretário Executivo, que detinha o controle do orçamento da União, Luiz Romero Farias, irmão do tesoureiro da campanha de Collor - Paulo Cesar Farias⁴³, descrita por Levcovitz, é sintomática sobre os interesses que esse governo representava. Além disso, havia forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais⁴⁴ e da Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde⁴⁵ quanto à descentralização que o SUS propunha.

A transferência do INAMPS do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde ocorreu em marco de 1990 (Dec. nº. 99.060), portanto, antes da edição da Lei nº. 8.080 que se deu em setembro de 1990 e isto iniciou uma implantação enviesada do SUS, porque a lógica do INAMPS foi mantida, inclusive, quanto aos formatos e limites de recursos para os entes (SOUZA, 2003).

Quando foi promulgada, a Lei nº.8.080/1990, que definiu o nome do SUS, sua forma de organização, seus objetivos, responsabilidades entre os três entes federativos representou uma importante inovação no sistema jurídico brasileiro, embora não seja estudada com a profundidade que deveria ter nos currículos de graduação em direito, economia e, muitas vezes, nem mesmo nos currículos das graduações que formará os futuros profissionais de saúde.

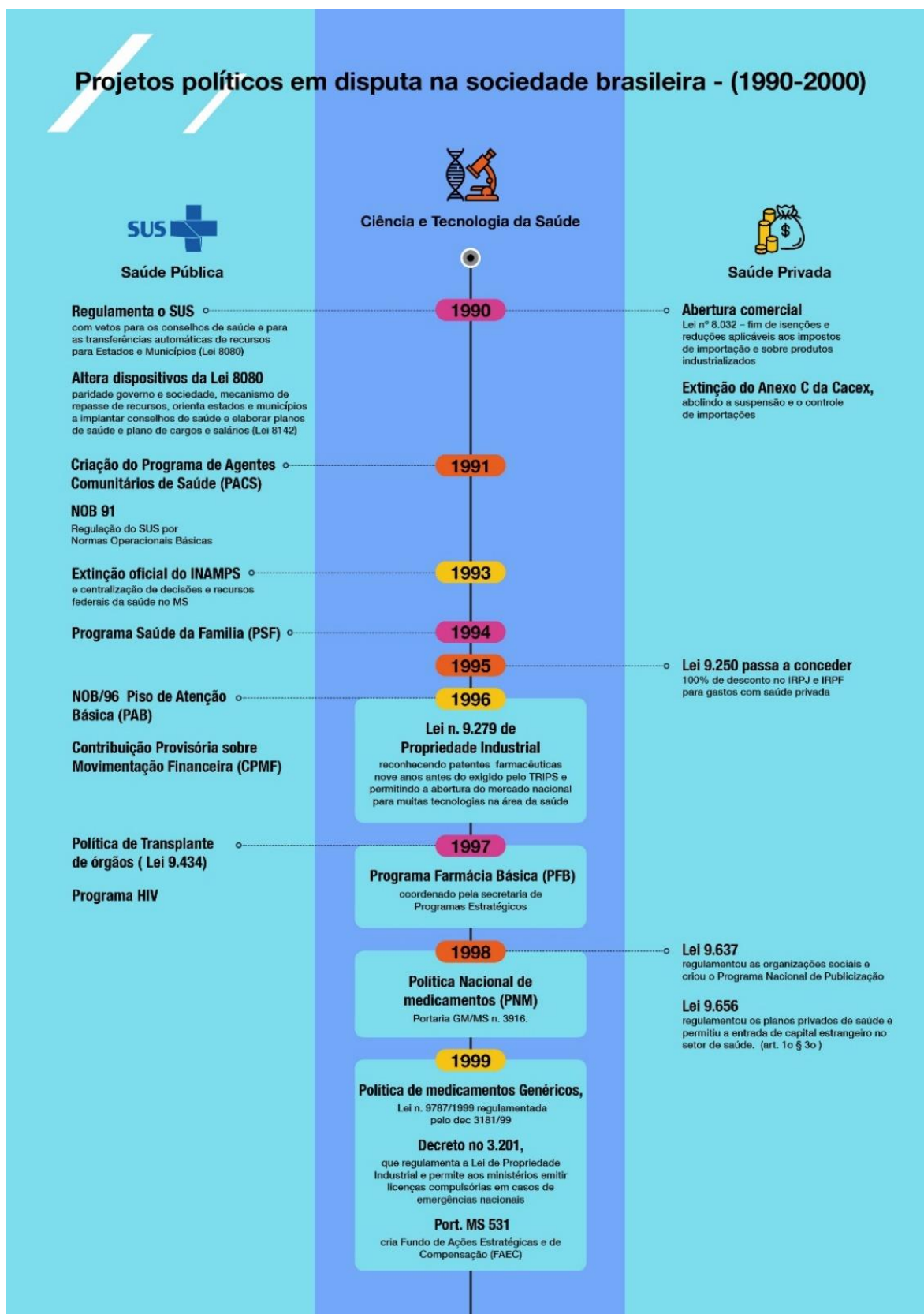
Dentre as inovações, a Lei nº. 8080/1990 determinou a regionalização como forma organizativa e operativa da política de saúde, o que significa que não são os limites geográficos, mas o território em que a população vive e trabalha que deve ser levado em conta para o planejamento das ações de saúde. Nesse sentido, os planos de saúde dos Estados devem ser integrados de forma ascendente, contemplando as prioridades comuns através de linhas estratégicas direcionadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

⁴³ Paulo Cesar Farias foi personagem principal do escândalo de corrupção que culminou no processo de impeachment de Fernando Collor de Mello.

⁴⁴ Fundada em 1966, portanto, durante o processo de expansão das empresas médicas.

⁴⁵ Fundada em 1983, portanto, quando as AIS foram ampliadas em todo Brasil.

Figura 12 - Projetos políticos em disputa (1990-2000)



Fonte: elaboração própria

A negociação para promulgação da Lei orgânica do SUS, nº. 8080/1990, também foi difícil, tanto que vinte e cinco artigos foram vetados por Collor de Mello, nos aspectos que diziam respeito ao controle social e ao financiamento da política de saúde. A Lei nº. 8.142/1990, editada em dezembro também de 1990, mostrou a resiliência dos militantes, recuperou o componente da participação comunitária, mas a questão do financiamento permaneceu com várias lacunas.

O Governo de Collor durou dois anos e duzentos e oitenta e nove dias (1990-1992) e as dificuldades no financiamento foram muitas, causadas principalmente pela não implantação do orçamento da seguridade social, que provocava instabilidade nas fontes de receita, com destaque para a baixa participação da União (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Aliás, a participação da União na realidade foi reduzida de 18,9% em 1989 para 9,1% em 1993 (LEVCOVITZ 1997, apud RODRIGUES, 2014 p. 164), quando o recurso deveria ter crescido para estruturar a nova política pública.

4.2.2 A Epidemia do HIV e a produção pública brasileira

Estava por vir um novo problema de saúde pública, a epidemia do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), cujos primeiros casos de infecção pelo vírus que provocava a Imunodeficiência Humana ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram identificados nos Estados Unidos, Haiti e África Central, em 1982. Em 1983 o primeiro caso foi confirmado no Brasil (IOC, 2021, n.p.).

A imprensa brasileira tratou a doença como a “peste gay” e, com isso, o vínculo entre a homossexualidade e o vírus se transformou em um componente muito estigmatizador, no entanto, o Brasil já tinha experiência com doenças estigmatizantes, como a hanseníase e com a luta pelo acesso a saúde pela perspectiva dos direitos humanos, como relata Teixeira (2003). Assim, naquele mesmo ano, o país iniciou a reação no nível estadual pelo governo de São Paulo, que organizou um programa para informar sobre a AIDS e implantou medidas abrangentes, incluindo a prevenção, a vigilância epidemiológica e a assistência aos contaminados.

Algumas prefeituras também se destacaram pela forma que abordaram a doença, sem julgamento e tabus, como foi o caso da Prefeitura de Santos em São Paulo, onde o prefeito David Capistrano Filho chegou a receber ordem de prisão por distribuir seringas para dependentes químicos. Capistrano criou a casa de acolhimento para os contaminados e se engajou na discussão sobre dados juntamente com o epidemiologista Fabio Mesquita,

defendendo que a doença não estava restrita aos homossexuais (FPABRAMO, 2015).

Os julgamentos morais colocavam a população em maior vulnerabilidade devido a falsa ideia de que a doença atingiria somente “grupos de risco” denominados 5 H – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês). Mas, logo vieram as notificações de infecção por HIV em crianças, mulheres, os relatos de transmissão heterossexual e da contaminação de profissionais de saúde.

Em 1986, finalmente, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids e a ciência brasileira também deu suas respostas, isolando o HIV-1 pela primeira vez na América Latina em 1987. Também em 1987, foi iniciada a terapia com azidotimidina nos EUA, medicamento mais conhecido como AZT e acessível a uma pequena parcela da população contaminada, devido ao alto custo. Em 1989, o Estado de São Paulo iniciou uma pequena disponibilização de AZT que atendeu apenas 7% dos pacientes, depois a Prefeitura de Santos também começou a distribuir para um pequeno grupo (TEIXEIRA, 2003, p. 3).

Dentre os avanços almejados pelo SUS, a descentralização foi um processo positivo para aquele momento, porque desconcentrou as decisões políticas, administrativas e financeiras do Ministério da Saúde, transferindo responsabilidades para milhares de gestores. No caso do HIV, isto foi fundamental porque iniciou um processo de baixo para cima quanto ao enfrentamento da doença e o início da oferta de medicamentos. Além disso, a aprovação do direito constitucional a saúde foi fundamental para que ativistas já engajados nos movimentos municipais pressionassem o Estado para ampliação do acesso.

Após muita mobilização social, o Ministério da Saúde decidiu adquirir os medicamentos para distribuição universal (TEIXEIRA, 2003), porém o alto custo era um fator limitador e, em função disso, pessoas eram diagnosticadas e permaneciam aguardando uma grande fila para ter acesso ao tratamento, o que gerou a pressão de ativistas sobre a indústria farmacêutica em 1989, resultando no desconto de 20% sobre o preço do AZT fornecido no Brasil pela empresa americana *Burroughs Wellcome*⁴⁶ subsidiária da Inglesa *Wellcome*.

⁴⁶ O AZT foi sintetizado pela primeira vez em 1964 na Michigan Câncer Foundation, instituição não lucrativa dedicada a pesquisa e suporte na área de oncologia. Pesquisadores da Burroughs descobriram que o AZT apresentava efeitos positivos contra certos vírus animais similares com o HIV. A Burroughs-Wellcome é

Após o impeachment de Fernando Collor de Mello, assumiu Itamar Franco, que trazia em sua equipe econômica o sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC), nomeado como pai do Plano Real. FHC foi eleito como Presidente da República em 1994 e, desse modo, após 21 anos de regime militar, o Brasil elegeu um político neoliberal, lutou por seu impeachment e elegeu outro político neoliberal.

Naquela altura, o Estado brasileiro estava comprometido com medidas subalternas, contudo, importantes cargos do Ministério da Saúde estavam ocupados por militantes da reforma sanitária e eles conseguiram, com muita criatividade, iniciar o processo de organização do SUS, adotando as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que modernizaram e alteraram os critérios de transferência de recursos federais para os demais entes.

Seguindo o formato de portarias do Ministério da Saúde, as NOB 91, NOB 93 e NOB 96 afirmaram a atribuição do ministério para normatizar e definir as ações de saúde no âmbito do país e conseguiram uma grande adesão de programas considerados estratégicos, como Saúde da Família, por exemplo.

O drama do HIV, que já vinha pautando a discussão sobre a saúde e o acesso aos medicamentos, ganhou centralidade na segunda metade dos anos de 1990. Não bastava ter um sistema de saúde de acesso universal, se os bens e serviços existentes não fossem assegurados, incluindo evidentemente as tecnologias de alto custo.

A luta pelo acesso a medicamentos para HIV mobilizou a discussão sobre a assistência farmacêutica no SUS, viabilizou a atualização da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), incluindo o debate sobre o uso racional de medicamentos, a definição dos componentes básicos, componentes especializados e componentes estratégicos no bojo do financiados pelos três entes do Estado.

No caso do tratamento do HIV, a maior parte dos medicamentos estavam sob patentes e em total contra censo com a necessária proteção do mercado interno que estavam em vigor desde a década de 1930, FHC assinou o *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) sem vetos e sem salvaguardas em 1996, submetendo-se

a um sistema dominado pelos países centrais, o que criou uma disputa entre a universalização do tratamento do HIV/AIDS e os detentores dessas patentes.

O Governo determinou a política de acesso universal e realizou dois acordos de empréstimos junto ao Banco Mundial (1994-1998) e (1998-2002), que permitiram o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e de redes alternativas assistenciais que possibilitaram a revitalização do setor público de saúde no Brasil (BRASIL, 1999, p.11). Possivelmente, os decisores do BM perceberam os benefícios que as líderes farmacêuticas teriam com a política de acesso universal que o Brasil havia determinado.

É importante notar que, no mesmo período em que o mundo enfrentava a epidemia da doença causada pelo vírus HIV, os países centrais se ocupavam de dificultar o acesso científico e tecnológico aos bens essenciais para proteção da vida humana. O desfecho do evento denominado “Rodada do Uruguai”, iniciado em setembro de 1986 e concluído somente em 1994, representou regressão de várias conquistas que os países em desenvolvimento haviam obtido em sucessivas negociações do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT) de 1947 (PRESSER, 1996, p.223).

O autor relata que a Rodada do Uruguai foi convocada para cumprir três objetivos: I. aumentar as obrigações dos países em desenvolvimento no GATT e reduzir a flexibilidade quanto às suas políticas comerciais e políticas industriais; II. restabelecer a disciplina do GATT sobre alguns setores que deveriam ter sido incluídos ou ter permanecido no Acordo original, como têxteis e agricultura; III. colocar sob a disciplina do GATT os "novos temas", serviços, investimentos de empresas transnacionais e propriedade intelectual.

Dentre os resultados desse evento, foi criada uma estrutura para o sistema de comércio exterior, a Organização Mundial do Comércio (OMC), que passou a funcionar em janeiro de 1995, incluindo em seu escopo de atuação a gestão do Acordo Geral de Tarifas e de Comércio de 1947, as sete negociações multilaterais de liberalização de comércio e todos os acordos negociados na Rodada do Uruguai. Nesse evento, também foi aprovado o acordo mais rígido de proteção aos direitos de inovação, incluindo as patentes, o copyright (ou direito do autor), uso de marcas, indicações geográficas, desenhos para indústria e para circuitos integrados e proteção de informação confidencial (THORSTENSEN, 1998).

A pressão pela adesão brasileira ao sistema de patentes vinha crescendo desde o governo militar, como mencionado no item 4.1. Durante a presidência de José Sarney (1985-1990) os EUA exigiram mudanças na legislação de propriedade intelectual, chegando a impor

retaliações tarifárias de 100% sobre as importações brasileiras de produtos farmacêuticos, eletrônicos e celulose (SELL, 1995 apud SOUZA, 2011, p. 327). Com a criação da OMC, a pressão aumentou, porque todos os países que integravam a organização precisavam acatar também os acordos, tratados e negociações validadas no âmbito do comércio internacional.

Assim, o projeto de Lei nº. 824 de 1991 sobre propriedade intelectual iniciado no Governo de Collor de Mello tramitou durante vários anos, mas rompendo com uma posição histórica que datava de 1969 em relação às patentes, no governo de FHC, o projeto escrito em inglês acabou sendo transformado na Lei de Propriedade Intelectual (LPI) nº. 9.279 promulgada em 1996 e que entrou em vigor em 1997, com elementos que foram muito além dos parâmetros mínimos que eram obrigatórios para assinatura do Acordo, o que ficou conhecido como “TRIPS-*plus*” e “TRIPS-*extra*”.

4.2.3 A aplicação da Teoria da Dependência Associada no Brasil

O Brasil havia desenvolvido uma legislação robusta para garantia de mercado interno dos produtores nacionais, como já mencionado, e não concedia patentes para o setor da indústria farmacêutica, conforme a Lei nº. 5.772 de 1971, por considerar incompatível com a saúde pública, dado o risco de restrição a tecnologias para vida, preços abusivos e escassez de medicamentos. Por ser um país de renda média e por ter que reintroduzir o patenteamento farmacêutico excluído desde 1945 para produtos e desde 1969 para processos produtivos (PARANHOS, MERCADANTE E HASENCLEVER, 2020, p. 2), o Brasil teria o direito de incorporar primeiro os padrões mínimos para concessão de direitos de propriedade intelectual até 2005 e, para o caso das patentes farmacêuticas, o prazo se estenderia até 1º de janeiro de 2016, conforme previsto na Declaração de Doha assinada em 2001 (BRASIL, 2013).

No entanto, a lei promulgada por FHC renunciou a essas prerrogativas e com isso a transição da indústria farmacêutica brasileira foi de pouco mais de dois anos, e é por essa razão que o acordo brasileiro foi chamado de TRIPS-*plus*. Além disso, foi introduzido o mecanismo *pipeline*, que permite que patentes farmacêuticas já concedidas anteriormente fora do país fossem depositadas no Brasil e concedidas apenas com base em exame formal, e não técnico, desde que não tivessem sido comercializadas em nenhum lugar do mundo, tornando-se um elemento TRIPS-*extra*. (PARANHOS, MERCADANTE E HASENCLEVER, 2020).

Como aponta o estudo elaborado pela Câmara dos Deputados concluído em 2013, a lei de patentes brasileira, negociada entre 1989 e 1995, sob pressão imensa dos EUA, ignorou salvaguardas muito importantes para um país produtor e com um sistema de saúde universal,

citando que a China e a Rússia, no primeiro momento, se negaram a assinar o acordo, enquanto a Índia manteve a quarentena por dez anos, o que propiciou consolidar sua indústria de fármacos.

Para Catalina Kiss (2018), a assinatura do Acordo TRIPS, nos termos em que o Brasil assinou, foi uma manifestação do liberalismo econômico e visou assegurar o controle sobre a acumulação pelo centro hegemônico dominado pelos Estados Unidos, Alemanha, Suíça, Inglaterra e França, responsáveis pelo desenvolvimento de 80% dos produtos que foram comercializados em todo o século XIX e XX (2018, p. 41). Segundo a autora, a manutenção da inovação restrita a esse círculo resultou na perda de instrumentos de política macroeconomia por parte dos Estados em desenvolvimento, apontando que “a assinatura do acordo visou dificultar o acesso dos países periféricos ao desenvolvimento científico e tecnológico do centro do sistema. O acesso do conhecimento técnico e científico é um instrumento central de poder” (KISS, 2018, p. 209).

Em sua tese, a autora discorre sobre o subsistema farmacêutico ter se tornado cada vez mais dependente de financiamento dos sistemas públicos e aponta que a concepção Schumpeteriana sobre inovação assume características ideológicas que justificam a concorrência a qualquer custo, inclusive de vidas humanas. A inovação tecnológica como chave única do desenvolvimento, colocada como foco apenas sobre objetivos concorrenciais, ao invés de focar nos problemas da sociedade, cria demandas o tempo todo, que ocupam a agenda da ciência, fazendo com que os velhos desafios decorrentes das doenças da pobreza continuem negligenciados.

André de Mello Souza (2011), Júlio Cesar Acosta Navarro (2011) e Kiss (2018) são coesos ao considerar que Acordo TRIPS restringiu a autonomia dos países-membros da OMC e encareceu o acesso as tecnologias, com transferências significativas de recursos dos países em desenvolvimento, que geralmente se limitam a consumir novas tecnologias. Além disso, as patentes dificultaram o acesso a medicamentos essenciais, ameaçando políticas de saúde pública.

No entanto, Navarro (2011), comparando as posições tomadas pelo Brasil e pelo México sobre as salvaguardas previstas no TRIPS em relação a questão do HIV, concluiu que o Brasil, apesar de ter se submetido a assinatura do Acordo e ter uma legislação mais radical a favor das patentes, adotou postura menos subserviente que o México. O TRIPS agudizou os problemas que já existiam para acesso a medicamentos de alto custo, mas o Brasil não se

limitou as condições comerciais determinadas e, diante da tragédia da epidemia, apresentou argumentos muito fortes no âmbito das negociações internacionais, associando saúde pública e garantia dos direitos humanos em oposição aos ganhos dos detentores das patentes (NAVARRO, 2011).

No Brasil, já havia tradição no desenvolvimento público de insumos para saúde e o país adotou como estratégia internalizar a produção dos antirretrovirais por meio de engenharia reversa, a partir do momento em que o laboratório da Fiocruz (Farmanguinhos) conseguiu reproduzir as fórmulas da maior parte dos medicamentos não patenteados. A produção local se tornou elemento central no programa brasileiro para o tratamento do HIV, além do que os laboratórios públicos passaram também a disponibilizar informações relativas aos custos de produção, permitindo negociações para reduzir preços dos medicamentos patenteados e, assim, ampliar o número de pessoas em tratamento. As negociações resultaram na redução de 81% dos preços até 2001, conforme estudo produzido pelo IPEA (2011, p. 11)⁴⁷. Foi assim que o país conseguiu universalizar o acesso ao tratamento e se tornou referência mundial no controle e tratamento de pessoas vivendo com o HIV⁴⁸.

Mas, ao mesmo tempo que esses laboratórios públicos produziam e o SUS enfrentava a epidemia do HIV e atendia as demais necessidades de saúde, o serviço público pereceu com a radicalidade do governo de FHC, que iniciou em 1995 medidas para redução das funções do Estado. FHC governou com apoio do mercado, da imprensa e das elites, podendo, ele próprio, aplicar a teoria que elaborou acerca da dependência associada, como aponta Marlúcia Araújo Tolentino (2008). Como já mencionado no item 1.1.3, Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto são os autores da Teoria de Dependência Associada (TDA).

Santos (2019) considera que a TMD desenvolveu uma construção crítica e não conciliatória ao processo do capitalismo, enquanto a TDA apresenta-se como teoria liberal e weberiana. Podemos aduzir que enquanto FHC acreditava ser possível conciliar dependência e desenvolvimento, Marini buscava comprovar que a integração da região se assentava na maior exploração da força de trabalho e na concentração de renda, configurando um quadro muito distinto do capitalismo do centro e que, portanto, integrava em um mesmo processo o

⁴⁷ Na publicação do IPEA, é possível observar na tabela nº 2 as reduções de preços que as farmacêuticas tiveram que fazer: a Merck - Efavirenz reduziu 59%, Indinavir 64,8%, Lopinavir e Ritonavir 46%. A Roche aceitou um corte de 40% no preço do Nelfinavir seis meses depois do início da negociação (p. 13).

⁴⁸ A Lei nº. 9.313 de 1996 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV.

desenvolvimento das potências centrais e o subdesenvolvimento das periferias.

A categoria da superexploração do trabalho elucidava o que já vinha acontecendo no mercado de trabalho das décadas de 1970 e 1980 em razão do capitalismo global e no Brasil seria intensificado pela implantação de nova Administração Pública na era FHC, por isso Marini foi combatido e silenciado. A reforma gerencial de FHC seguia os padrões internacionais do *New Public Management* como plano para conter os gastos públicos, essencialmente colocando limites e dificuldades para o funcionalismo público.

A verticalização de processos produtivos e seu subproduto – a terceirização – entraram de forma indiciosa na Administração Pública, até então reconhecida como espaço de empregos de qualidade e que estava blindada dos abusos capitalistas até a metade dos anos de 1990. FHC aprofundou as medidas de “gestão da dependência”, iniciadas por Collor quanto à redução do Estado, começando pelo manejo de medidas de ajuste fiscal e monetário para suportar os empréstimos estrangeiros e nacionais que sustentaram o Plano Real, ampliou a abertura da economia, realizou privatizações e extinção de empresas públicas e transferiu atividades do Estado para terceiros.

A transferência de atividades do Estado para a iniciativa privada visa transformar “atividades improdutivas” porque não há obtenção de lucro, em “atividades produtivas” e foi iniciada no regime militar com o Decreto-lei nº. 200 de 1967, que criou entidades jurídicas para execução indireta de atividades de responsabilidade do Estado, como as autarquias, as agências reguladoras, fundações públicas, empresas estatais, empresas públicas e as sociedades de economia mista. No art. 10 do Decreto-lei, foi indicado que a descentralização das atividades da União deveria ser buscada por meio da contratação e de concessões para a iniciativa privada (alínea c). Depois, a Lei nº. 5.645 de 1977 definiu os serviços que poderiam ser terceirizados, como transporte, custódia, conservação, limpeza, operação de elevadores, entre outros. Neste período não havia a obrigatoriedade do concurso público, criado somente em 1988 com a CF.

A Reforma de Estado de Fernando Henrique Cardoso e do seu Ministro de Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira de 1995 foi justificada pelo argumento de que o Estado precisava ser mais eficiente, ágil e menos custoso à sociedade para cumprir, da melhor forma, os deveres atribuídos pela CF de 1988. O mote central era o gerenciamento por resultado, e a partir dele, as funções do Estado deveriam ser segregadas em três categorias. A primeira constituiria o núcleo estratégico com atividades exclusivas que

somente o Estado poderia prestar, como a fazenda pública e a justiça; a segunda seria a categoria de serviços dentro de escopo de responsabilidade do Estado, mas que poderiam ser delegadas a execução por terceiros, na chamada ‘publicização’ nas áreas da saúde, cultura, educação, entre outras ou por meio de terceirizações que proliferaram a partir do governo FHC. A terceira categoria seriam as atividades que deveriam ser transferidas para exploração privada.

Também nesse período, a terceirização ganhou nova escala com a edição da Instrução Normativa nº. 18 de 1997 (IN nº. 18/1997), do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que regulamentou a Lei nº. 8666/1993, legitimando as contratações via terceirização. A IN nº 18/1997 ampliou o elenco de atividades passíveis de terceirização introduzindo a ideia geral de atividades acessórias, o que passou a permitir a contratação generalizada de atividades nas instituições federais em detrimento ao concurso público, de modo que o Estado passou a ter uma quantidade de trabalhadores terceirizados maior que seu quadro permanente.

Além da terceirização, foram criados formatos jurídico-organizacionais com as Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil do Interesse Público (OSCIPs) – entidades jurídicas privadas, sem fins lucrativos – que passaram a atuar nas áreas de educação, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde em 1998.

Foram criados instrumentos gerenciais como contrato de gestão, a contabilidade gerencial e de custos, planejamento e gestão estratégica, análise, melhoria e simplificação de processos, procedimentos de gestão pela qualidade, gestão por competência, entre outros. Todas essas ferramentas apresentavam como justificativa a melhoria do serviço público, que, no entanto, estava tendo seus recursos e seu quadro de pessoal reduzido.

A reforma de 1995 não atuou somente ampliando o espaço para exploração privada no âmbito das funções do Estado, interferindo também nas estruturas das organizações por meio de propostas de mudança organizacional e com sucessivos Planos de Demissão Voluntária (PDV) e extinção de cargos.

No plano da revisão de estruturas, havia indução do fracionamento de instituições centenárias, como a Fundação Oswaldo Cruz, por exemplo, que deveria ter suas unidades de serviços divididas entre agências executoras e organizações sociais. Para a fábrica de vacinas e a fábrica de medicamentos, as maiores da América Latina, e produtora central dos

medicamentos para o HIV, entre outros do elenco da RENAME, a proposta foi a privatização.

Em relação ao SUS, o caderno nº. 13 do MARE apontava para reformar “mas uma das partes fundamentais do mesmo, e certamente a mais cara: a assistência ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 12). No documento, o ministro Bresser Pereira declarava que:

A nova ideia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços **ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado**. A organização da oferta com apoio do Estado continuará nos hospitais universitários e de maior complexidade. Ocorrerá, ainda, **subsidiariamente** naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais, através de consórcios municipais. Os hospitais e ambulatorios deverão, em princípio, serem **organizações públicas não-estatais**, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS (BRASIL, 1998, p.23). (grifo meu).

FHC ampliou medidas do regime militar quanto ao incentivo do ramo de empresas médicas em plena execução da política pública de saúde, promulgando a Lei nº. 9.249 em 1995, que concedeu a redução de valores pagos na Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido⁴⁹ para Pessoas Jurídicas e a Lei nº. 9.250/1995 que manteve a dedução integral de gastos⁵⁰ com saúde no Imposto de Renda de Pessoa Física.

No início do Plano Real, houve aumento do poder aquisitivo da população e ocorreu um importante incremento na contratação individual de seguros privados de saúde (SANTOS, 2009, p.129) devido a essa medida de dedução de gastos no IPRF, servindo para incentivar o crescimento do setor de seguros privados de saúde, caracterizado pela atuação de seguradoras, cooperativas médicas, empresas de autogestão e medicina de grupo.

Esse mercado cresceu fomentado por subsídios públicos em favor do consumo privado de tecnologias de saúde, via renúncia de arrecadação fiscal de impostos que deveriam ter sido destinados ao SUS para a melhoria da assistência médica para coletividade.

Contudo, o Decreto Lei nº. 73 de 1966, que regulamentava os seguros de saúde, apresentava uma concepção geral do funcionamento, sem regular a relação entre os operadores, os prestadores de serviços e os usuários, e logo muitas reclamações dos “consumidores” dos serviços surgiram e como resposta o governo promulgou a Lei nº.

⁴⁹ A CSLL é uma das principais fontes de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS)

⁵⁰ A primeira Lei n. 8.134 foi criada por Collor de Mello em 1990 e garantiu a dedução das despesas com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias no Imposto de Renda da Pessoa Física.

9.656/1998 sobre os planos e seguros privados de saúde, sendo o marco legal do segmento suplementar. Nesta lei estão contidas as regras de fiscalização, de regulação econômico-financeira sobre a operadora e o produto, regras para cobertura, e a regra menos atendida e que diz ao ressarcimento ao SUS. Também foram previstas instâncias de controle social e a abertura para o capital estrangeiro.

Paradoxalmente, entre os anos de 1998 e 2000 acontecia a expansão dos serviços de saúde por meio da NOB 96, sendo implantados mecanismos de descentralização de recursos para Estados e Municípios com objetivo de organizar o fluxo, alocação equitativa, e orientação estratégica das ações de saúde, em especial, nas regiões mais pobres.

Outro paradoxo foi a extinção da CEME em 1997 - que já vinha tendo suas principais funções esvaziadas desde o governo de Collor de Mello - quando o país entrava na trajetória dos medicamentos genéricos, a redução do orçamento público e o esvaziamento da CODETEC.

No caso da produção de IFA, que se apresentava promissora entre 1989 e 1999, “407 linhas de fabricação de produtos farmoquímicos foram paralisadas e 110 projetos de investimento nessa área não foram implementados” e não foi apenas isso, ocorrendo também o encerramento de atividade de seis das sete unidades produtivas de antibióticos existentes no Brasil (MITIERI et al, 2015, p. 59).

É interessante notar que no mesmo ano em que a CEME foi extinta, ocorreu a ampliação do orçamento da ordem de 31,9%, passando de R\$17.120.238.461,00 para R\$ 22.598.227.190,00 em 2001 para aquisição de insumos e medicamentos (SOUZA, 2003, p. 2). Além disso, outras estratégias foram adotadas pelo Ministério da Saúde para buscar mais recursos, fontes estáveis e a distribuição equitativa dos recursos.

Segundo Souza (2003), a alocação por teto financeiro determinada pela capacidade instalada beneficiava regiões onde havia concentração de hospitais, clínicas e laboratórios que atendiam ao INAMPS. Assim, a implantação do financiamento *per capita* foi outra inovação importante do SUS e permitiu a criação, em 1998, dos blocos de financiamento definidos para Atenção Básica (AB) e para Assistência de Média e Alta complexidade (MAC), distinguindo-se do modelo anterior de repasse por prestação de serviços que mantinha as desigualdades ao direcionar mais recursos para os Estados com maior capacidade instalada no Sul e Sudeste em detrimento do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Foram também implementados métodos de incentivo com o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo para transferência de valores *per capita* e o PAB variável para municípios que aderissem aos programas estratégicos para o SUS, como o Programa Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, ações de vigilância sanitária, farmácia básica, entre outros. Segundo dados do Ministério da Saúde, até os anos 2000, 89% dos municípios brasileiros foram habilitados para gestão plena, o que significou adesão a essas estratégias de âmbito nacional (BRASIL, 2002, p. 30). Souza (2003), no entanto, aponta que essa maciça adesão representou um avanço na equidade, mas não assegurou a qualidade e a efetividade da Atenção Básica em todos os municípios, porque não garantiu o acesso aos demais níveis – secundários e terciários do sistema.

A função alocativa do orçamento público foi alterando o cenário dos Estados, ampliando-se os repasses federais de 5,02% para 6,81% para o Centro-Oeste, 18,10% para 27,08% para o Nordeste; e Norte, de 2,27% para 6,42%, com uma pequena redução no repasse ao Sudeste, da ordem de 59,28% para 44,16% (SOUZA, 2003, p. 7) e para a média e alta complexidade foi criado, em 1999, o Fundo de Ações Estratégicas (FAEC).

O FAEC foi iniciado em 1999 e consiste em recurso orçamentário fora dos tetos definidos para Estados e Municípios, admite o remanejamento de saldo e o financia o atendimento interestadual de usuários (MACHADO, 2007). Sua primeira dotação foi de 403,3 milhões e em 2002 o valor chegou a 2,19 bilhões (SOUZA, 2003, p. 11).

Não se discute a importância desse investimento que atende aos transplantados, aos pacientes de HIV, enfim a variadas necessidades de saúde de alto custo, o que é de difícil compreensão é o motivo que levou o governo de FHC a criar essa rubrica no mesmo momento em que reduziu as garantias para os laboratórios públicos e para os produtores nacionais.

Esse desalinhamento entre a política industrial e a política de saúde trouxe prejuízos incomensuráveis para área de ciência e tecnologia. Rogério Cezar de Cerqueira Leite aponta que havia na CODETEC um projeto que permitiria a sobrevivência da empresa durante o governo de “Fernando Henrique Cardoso, adverso a qualquer projeto de independência nacional em relação a insumos essenciais provenientes do exterior” (2008, p. 489), que seria a produção de pequenos volumes de fármacos especiais para o mercado interno, mas o projeto foi abandonado.

Os mecanismos de proteção do mercado interno foram desativados de 1990 a 2002, sendo fechadas aproximadamente 1.050 unidades de fabricação, segundo Jorge Lima de Magalhães (2007, p. 56). No estudo realizado pela Câmara dos Deputados (BRASIL, 2013) sobre a Lei de patentes no Brasil, esse número é um pouco maior, sendo registrado 1.096 unidades de fabricação fechadas e 355 novos projetos cancelados (2013, p. 115).

O setor químico, que caminhava para autosuficiência, se tornou deficitário, respondendo negativamente por 7,5 bilhões de dolares na balança comercial, sendo 3,5 bilhões somente no campo da química fina (2013, p. 259). Além disso, o pagamento de patentes e direitos correlatos aumentou 3.300% entre 1993 e 2012. Na área da saúde o déficit chegou a US\$ 10 bilhões (2013, p.19).

O acordo TRIPS foi muito além de uma legislação servil, demonstrando negligencia com as demandas do SUS e impondo enormes custos sociais ao país para estruturação do acesso ao medicamento, o que trouxe impacto inclusive para trajetória de produção de medicamentos genéricos autorizados pela Lei nº. 9.787 de 1999. Especificamente, no caso do HIV, em 2000, o uso de medicamentos genéricos de primeira linha permitiu a redução da despesa de US\$ 10.439,00 para US\$ 67,00 por paciente ao ano (BRASIL, 2013, p. 59).

Mas, em 2001, o Brasil foi interpelado pelos EUA, que abriu um painel alegando que o Brasil estaria interferindo na produção e na precificação de medicamentos antirretrovirais altamente lucrativos patenteados por ou licenciados exclusivamente a empresas estadunidenses. O TRIPS determina regras para todos os países membros e a OMC atua como instância de solução de controvérsias, sendo acionada por meio de painéis abertos por países que se sentem prejudicados em supostas violações de direitos, o que pode significar sanções e embargos aos países-membro infratores.

A diplomacia brasileira, tomando por base a Convenção de Paris, defendeu a posição do país argumentando que a produção não tinha fins comerciais e que visava o atendimento das necessidades de saúde pública e dos direitos humanos.

Além disso, as autoridades brasileiras levantaram a possibilidade da abertura de um painel contra os EUA em função de uma regra que determinava que empresas beneficiadas por assistência financeira do governo dos EUA só poderiam conceder direitos exclusivos às suas invenções quando essas fossem produzidas, predominantemente, no próprio país. Com a eminência de maiores prejuízos, dada a realidade da verticalização dos processos produtivos das corporações estadunidenses, os EUA retiraram o painel contra o Brasil (SOUZA, 2011).

Os debates internacionais sobre direito ao acesso aos medicamentos para o HIV protagonizados pelo Brasil culminaram na Declaração de Doha, que determina que as políticas de saúde pública devem se sobrepôr aos direitos de patente. O resultado foi o reconhecimento do Programa Nacional de tratamento dos pacientes acometidos pelo HIV no Brasil como o melhor do mundo pela Organização das Nações Unidas (ONU) e vem sendo apontado como modelo outros países em desenvolvimento, assim como para a política global de AIDS adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2003 (SOUZA, 2011, p. 10).

Mas, a adoção das patentes *pipeline* viria onerar a política pública e produzir novos desgastes institucionais. Segundo dados do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), logo que a LPI entrou em vigor foram depositados 1.182 pedidos de *pipeline*, sendo 63% relacionadas a medicamentos (BRASIL, 2013, p. 112). Com a concessão dessas patentes, a política de produção interna perdeu forças, dado que o Estado passou a ser obrigado importar das empresas das detentoras das patentes. Segundo afirma o documento da Câmara dos Deputados, “houve uma acelerada desindustrialização do país no setor químico farmacêutico, na medida em que os laboratórios que estavam fabricando medicamentos genéricos não poderiam mais fazê-lo, fato que gerou, inclusive, grande desemprego no setor” (BRASIL, 2013, p.115).

Para além disso, a LPI ainda criou um mecanismo que deveria funcionar como exceção, mas acabou virando uma regra danosa ao orçamento do SUS, que foi a extensão de vigência de patentes no caso de demora de exame pelo INPI⁵¹. O INPI foi criado como autarquia na década de 1970 sobre a vigência de regras distintas das que foram implementadas no Brasil a partir da aprovação da LPI e se viu com um acúmulo de pedidos de depósito, sem que houvesse o preparo prévio da organização.

O Brasil tem se tornado cada vez mais importador de tecnologia e a questão que está clara, principalmente para os países da periferia, é que as leis de patentes, criadas há 300 anos para gerar incentivos econômicos para inovações e proteção dos direitos dos criadores, hoje se

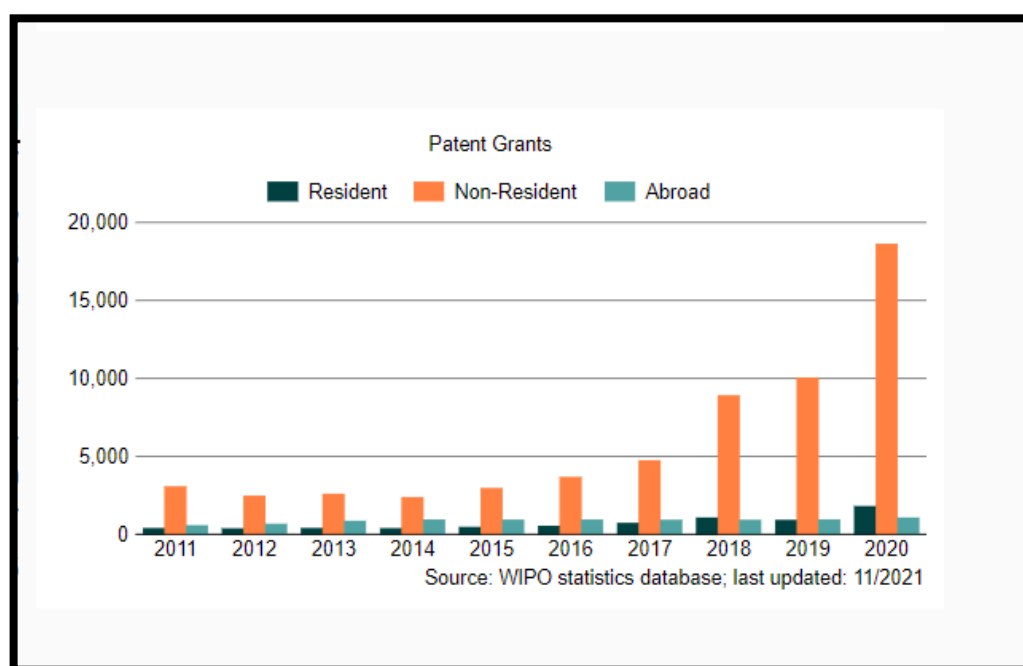
⁵¹ Em 2016 a Procuradoria Geral da República entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade do art. 40 da LPI, por considerar que esse mecanismo concedia patentes por tempo indefinido. O STF decidiu em 07 de abril de 2021 que o art. 40 não poderá ser aplicado a processos farmacêuticos, nem equipamentos e/ou materiais de uso em saúde.

constituem como barreira a inovação e obstrui o crescimento econômico da maioria dos países.

Para além disso, o sistema de patentes tem servido como mecanismo de extração de valor das periferias para os países centrais, conforme demonstram os dados sobre o déficit brasileiro com patentes e direitos correlatos, cujo valor passou de US\$ 86 milhões para US\$ 2,7 bilhões (BRASIL, 2013, p. 244), com destaque para o fato de que 72,52% das patentes depositadas no Brasil entre 2000 e 2018 são de não residentes⁵², com predomínio das multinacionais. Os EUA detêm 36,2% do total (PEREIRA ET AL, 2021, p. 10).

Esse dado é confirmado pela Organização Mundial da Propriedade Intelectual (*World Intellectual Property Organization (WIPO)*)⁵³, que demonstra que a maior parte dos recebimentos por direitos de patentes é destinada a não residentes no Brasil.

Figura 13 - Recebimento por patentes depositadas no Brasil



Fonte: World Intellectual Property Organization (2022)

⁵² Os dados organizados no estudo consideram residente, quando o responsável pelo depósito obrigatoriamente reside no Brasil, cabendo ressaltar que se incluem nesse conceito as empresas estrangeiras com filial legalmente constituída no país.

⁵³ Dados dos países podem ser pesquisados no endereço:

https://www.wipo.int/ipstats/en/statistics/country_profile/profile.jsp?code=BR

Mesmo nos casos de registros de patentes de residentes, apenas 2,3% das patentes são nacionais, sendo as demais depositadas pelas filiais ou subsidiárias de multinacionais instaladas no Brasil (BRASIL, 2013, p.20).

A análise dos dados da balança de pagamentos de tecnologia (BPT) que registra os fluxos comerciais relativos ao pagamento envolvendo receitas e despesas decorrentes de patentes, licenças, conhecimento, modelos, desenhos, assistência e serviços técnicos e uso de marcas. No Brasil, esses dados são consolidados pelo Banco Central (BACEN) por meio do código nº. 23536, que indica o fluxo de transações correntes, registrando as receitas pelo código nº. 23537 e as despesas pelo código nº. 23538.

Os dados são apresentados de forma consolidada, em US\$ milhões e representam transações correntes que envolvem serviços de royalties e licenças⁵⁴. Consultando a base do BACEN, observa-se que em 1995 o país registrava 32 milhões de dólares de receita e 529 milhões de dólares de despesa. Em 2021, o Brasil registrou 705 milhões de dólares de receita e 5.173 bilhões de dólares de despesa. Mesmo com limitações, como a falta de harmonização de informações entre países, a transferência de tecnologia parece ser um elemento importante para formulação de políticas de soberania do país.

Analisando os acontecimentos da década de 1970 até o final da década de 1990 a partir das categorias da TMD, podemos constatar que a integração subordinada à economia capitalista mundial ocorrida na década de 1950 buscou consolidar setores econômicos dominados pelos países do centro capitalista durante as quatro décadas seguintes, com agudização nos anos de 1980 pelo endividamento provocado pelos EUA com o aumento de juros e depois com a imposição de regras de disciplina fiscal. A “ideologia da crise” descrita por Mazzucato (2014) foi acionada algumas vezes para preservar e intensificar a relação desigual entre o centro e a periferia.

O processo de industrialização dos países dependentes condicionados à divisão internacional do trabalho contribuiu para a ampliação de mercados com o espraiamento de filiais e subsidiárias de multinacionais detentoras de tecnologia, ampliando as margens de

⁵⁴ Registra receitas e despesas decorrentes do uso de ativos intangíveis e direitos de propriedade, tais como: licença de exploração de patentes, licença de uso de marcas, fornecimento de tecnologia, fornecimento de serviços de assistência técnica, franquias e direitos autorais. Inclui também receitas e despesas acessórias relacionadas ao registro, depósito ou manutenção de marcas e patentes. (<https://www4.bcb.gov.br/pec/series/port/metadados/mg162p.htm>).

extração de valor das economias centrais onde estão localizadas as sedes dessas organizações. Além disso, esse processo se desenvolveu amparado pela superexploração do trabalho, produzindo deformidades no modo de produção capitalista nas periferias, comparado ao modo existente nos países centrais, o que gerou outra particularidade que é a cisão no ciclo do capital.

O modo de produção capitalista dependente condiciona, estruturalmente, o desenvolvimento de outros setores complexos, como é o caso do setor de saúde. Vejamos que Donnangelo (1979) percebeu como o desenvolvimento capitalista influenciou as práticas médicas e que a chegada das tecnologias retirou aspectos fundamentais da profissão como autonomia e toque, configurando um novo grupo de profissionais médicos assalariados.

Hesio Cordeiro (1984) captou com precisão que dentre esses grupos, iniciou-se a formação de complexo médico empresarial, demarcando o momento em que o setor de saúde é percebido como negócio a ser explorado. Neste momento, a acumulação de capital estava restrita a uma pequena burguesia interna, mas, no setor produtivo, a necessidade de formar novos mercados e escoar tecnologias fez com que o Complexo Médico assumisse cada vez mais as feições de um Complexo Médico Financeiro (VIANNA, 2000).

Com a desnacionalização da produção e o ingresso das grandes líderes mundiais no comércio global de insumos para saúde, Gadelha (2013) cravou a formação de um Complexo Econômico Industrial a Saúde caracterizado por atuação de oligopólios concentrado do centro hegemônico.

Assim, o que podemos concluir a luz da TMD é que o setor de saúde se configura como espaço para extração de valor, com uma divisão de trabalho bem estruturada em que a burguesia interna ocupa os espaços de prestação de serviços e fornecimento de bens de média e baixa complexidade e a burguesia estrangeira se dedica a produção de insumos de maior valor agregado, gestão dos ativos intangíveis e de serviços sofisticados como a transferência de tecnologia, colaborando para que o SUS se configure como uma esfera de circulação de mercadorias e serviços, como um mercado reservado, garantido por grandes parcelas de financiamento público e em constante expansão.

Agora, é preciso avaliar como o capitalismo dependente se desdobra no mercado de trabalho, tema do próximo item e quais medidas foram adotadas entre os anos 2000 até 2021, quando o mundo viveu outra grande epidemia, a COVID-19.

4.3 Ampliação da acumulação privada no âmbito do SUS

Os sistemas de seguridade social assumiram distintas concepções, não havendo modelos puros, mas nos países em que predomina o regime social-democrata, a seguridade social apresenta-se ampla, generosa e atualizada em relação as demandas da sociedade, enquanto nos países em que predomina os sistemas conservadores ou liberais, os benefícios são segmentados por grupos, podendo ser amplos e generosos para alguns e residuais para outros. Seja qual for a experiência do país, os custos da seguridade social são compartilhados pela sociedade, mas são nos regimes social-democratas que os benefícios são distribuídos com mais equidade.

As políticas distributivas são menos conflitivas porque distribuem os custos e os benefícios, embora se tornem conflitivas do ponto de vista do capitalismo e podem favorecer o clientelismo, com apropriação de recursos públicos por agentes privados. Já as políticas regulatórias propiciam benefícios concentrados à custa da coletividade, punindo e excluindo determinados grupos, gerando reservas de mercado que favorecem o monopólio e os oligopólios, como aponta André Nogueira e Edson Nunes (1993).

Edson Nunes (1997), em seu estudo sobre as quatro gramáticas políticas que permeiam a cultura brasileira e determinam os padrões de comportamento entre a sociedade e o Estado, também reforça o caráter clientelista como uma das principais práticas desde a república velha até os dias atuais.

Esping-Andersen (1995), em sua análise dos sistemas de bem-estar, chega a essa mesma conclusão sobre a América Latina, ressaltando que a segmentação pelo status e o clientelismo são precariedades das políticas sociais da região, mas destaca que o Brasil e a Costa Rica estavam trilhando novos caminhos. Nunes também reconhece que as práticas clientelistas, a partir de 1930, começaram a ser tencionadas pelo insulamento burocrático e pelo universalismo de procedimentos.

O insulamento burocrático foi a estratégia adotada para contornar o clientelismo e buscou, por meio de racionalidades e especializações, proteger o núcleo técnico do Estado contra as interferências políticas. A Constituição Federal de 1988 tratou também de definir direitos fundamentais para todos os brasileiros, tendo como objetivos uma sociedade justa, solidária e livre:

- Direitos individuais e direitos coletivos no artigo 5º;
- Direitos sociais nos artigos 6º e 193 em diante;

- Direito a nacionalidade no artigo 12;
- Direitos políticos nos artigos 14 e 17.

Dentre esses, os direitos sociais – e suas políticas decorrentes – são os elementos mitigadores dos efeitos degradantes que uma sociedade desigual produz, mas essas políticas se tornam efetivas quando institucionalizadas e materializadas pelo Estado, com o reconhecimento e a participação da sociedade, edificando o estado democrático de direito e refletindo, como a luz do sol, os valores da sociedade.

As políticas sociais de acesso universal estão entre os principais mecanismos de defesa contra os efeitos da desigualdade, especialmente, em se tratando de países como o Brasil que está entre os países mais desiguais do mundo, conforme dados da OXFAM- Brasil de 2017⁵⁵.

Há formas de analisar a natureza das políticas de um Estado e uma das possibilidades é examinar o formato e o nível de financiamento delas, como destaca Isabel Soares Santos: “é pela composição do financiamento setorial, que indica os valores que orientam o modelo de proteção social do país, isto é, se majoritariamente os de mercado ou os coletivos” (2009, p.90).

No Brasil, os recursos públicos administrados pelo Estado são executados com base na Lei nº 4.320⁵⁶ de 17.03.1964, editada no Governo de João Goulart, que instituiu as normas gerais sobre orçamento público, definindo também suas funções: alocativa, distributiva e estabilizadora. A função alocativa é utilizada para prover bens e serviços públicos, criar e desenvolver setores e/ou regiões, enquanto a função distributiva (ou redistributiva) diz respeito ao ajustamento na distribuição de renda das pessoas e receitas de empresas, para que o país tenha uma situação socialmente justa. É por meio desta função que o Estado deve combater os desequilíbrios regionais e sociais. Já a função estabilizadora está relacionada às escolhas político-orçamentárias, como a busca do pleno emprego, estabilidade de preços, equilíbrio da balança de pagamentos e das taxas de câmbio.

⁵⁵ Relatório disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacao/a-distancia-que-nos-une-um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/>

⁵⁶ A Lei 4.320 de 1964 instituiu as normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, já sofreu várias alterações, mais continua vigente no Brasil.

4.3.1 Redução do papel do Estado e ampliação da privatização dos serviços

O Ministério da Saúde ganhou novas funções alocativas após a criação do SUS e isto foi acompanhado de perto pelos empresários da saúde, que, como Ialê Braga (2012) demonstrou em sua tese de doutorado, começaram a agir de forma organizada, tendo a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços como principal representante da fração que explorava serviços privados de saúde.

Em um dos trechos das entrevistas feitas pela pesquisadora, o interesse nos níveis mais lucrativos do sistema de saúde fica muito claro a partir dos anos 2000.

... quando eu assumi a presidência da CMB em 2005, nós tivemos um contato muito grande com o José Carlos Abrahão, que é um grande líder, que eu gosto honestamente, um cara de cabeça, e também no meio de um processo de renovação da própria CNSa (...) Com o José Carlos, eu e [Carlos] Eduardo [Ferreira], da FBH, nós debatemos espaços, porque havia uma profusão de ideias das confederações, até essa primeira parte de 2000, na qual não se entendia claramente o papel de uma e de outra, umas perpassavam as outras e até competiam entre si. Então a gente falou assim: “a gente tem que estar tratando entre nós dos nossos temas em comum. E dos temas diferentes, especificamente, cada uma. Mas, principalmente, buscar articular com o governo, com as entidades, com as entidades de classe”. (...) José Carlos começou a construir isso, mas a gente sentou na mesa, os três da FBH, CMB e CNSa, tanto que passamos a informar um ao outro, nós íamos a todos os eventos comuns. José Carlos foi a todos da Confederação das Misericórdias, eu fui a todos da CNSa e todos da FBH (...) e os três estavam sempre juntos. Não havia um evento de uma ou de outra, era o evento das três, e a gente tinha as especificidades, nos comunicávamos. **Acho que a gente teve um crescimento do movimento da saúde brasileira, principalmente na média e alta complexidade do setor hospitalar, muito grande nesse período, até saúde suplementar, acho que a gente começou até a trabalhar bem nisso** (BRAGA, 2012, p. 95).

O setor privado nunca se restringiu ao setor suplementar de saúde, desenvolvendo mecanismos de exploração privada no interior da própria política pública por meio da transferência de atividades do Estado por terceirizações e/ou publicização. Em maio de 1998, foi editada a Lei nº 9.637, definindo entidades como organizações sociais (OS) e criando o Programa Nacional de Publicização. Em março de 1999, foi editada a Lei nº 9.790, qualificando pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Segundo dados do IPEA, entre 1981 e 1990 o número de OS subiu de 88.147 para 478.841 (2018, p.141), devendo ser notado que algumas não foram criadas, apenas tiveram seus estatutos sociais alterados.

Analisando a trajetória das políticas do Estado em relação ao desenvolvimento do sistema universal, podemos concluir que até a segunda parte da década de 1980 predominou a força da agenda da Reforma Sanitária, culminando na criação do Sistema Único de Saúde, no

entanto, essa força não foi suficiente para ampliar a rede pública na projeção requerida pelo SUS, principalmente porque a partir de 1995 prevaleceu o ideal de Estado Mínimo, cuja transferência de atividades para iniciativa privada foi a principal estratégia.

A solução para os gestores se adequarem a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita os gastos com pessoal e a emenda à constituição que determinava a aplicação de recursos no SUS foi a formalização de contratos com as Organizações sociais privadas.

Assim, com um sistema universal em um país das dimensões populacionais como o Brasil, o SUS foi percebido como um grande espaço para circulação de bens e serviços privados. Até 2016 foram contabilizadas pelo IPEA 820.186 organizações da sociedade civil, e dentre essas, 6.841 administram hospitais e unidades de saúde pelo Brasil. Embora seja um quantitativo pequeno em relação ao universo total, é no campo da saúde que está o maior volume financeiro e a maior quantidade de empregos formais, totalizando 112.048 postos de trabalho, dentre os quais médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde (IPEA, 2018, pp. 27 e 72).

Se o movimento pela Reforma Sanitária agiu de forma organizada para estabelecer um sistema de saúde universal no Brasil, o empresariado da saúde também se organizou e tem conseguido pautar o Congresso e o Judiciário a seu favor.

No caso da atuação das Organizações Sociais no setor de saúde, o Supremo Tribunal Federal rejeitou o pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 1.923 requerida pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) em 2015, concluindo que a prática de transferência dos serviços do Estado para esses entes privados não fere a CF, desde que cumpridos determinados princípios, como o da seleção objetiva e impessoal, procedimentos públicos para seleção de pessoal e transparência na prestação de contas.

Para além do espaço de exploração privada concedida pela CF em 1988, o próprio SUS está se constituído em uma esfera de circulação do capital. Há dominação de entidades privadas nos níveis secundários e terciários, com 72,4% dos leitos de propriedade privada e praticamente toda rede de exames privatizada, correspondendo a 90% dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), conforme aponta Victor Vilela Dourado (2013, p. 11).

Também em 2000, foi aprovada a Lei Complementar nº 101, mais conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal que, dentre outras coisas, limitou no art. 19, fixando o teto de gastos com pessoal em até 50% da receita corrente líquida para União e 60% da receita

corrente líquida para Estados e Municípios, criando dificuldades para os entes federados que haviam assumido maiores responsabilidades na produção de serviços com a criação do SUS e descentralização das ações de saúde. Esse foi um complicador a mais para o SUS, porque o orçamento da Seguridade Social, criado pela Lei nº 8.212 de 1991 com a finalidade de garantir recursos estáveis para saúde, previdência e assistência social, não havia sido implantado nas dimensões definidas pela CF de 1988.

Como justificativa, a “cultura da crise” foi lançada várias vezes sobre o sistema de seguridade social brasileiro e nunca sobre o sistema financeiro. Sabendo que o sistema de saúde é um dos componentes de maior despesa, as receitas foram contingenciadas, primeiro como Fundo Social de Emergência em 1994, depois como Fundo de Estabilização Fiscal em 1997, e finalmente como Desvinculação de Receitas da União (DRU) de até 20% nos anos 2000.

Ainda em 2000, foi realizada a alteração do art. 198 da Constituição federal pela Emenda Constitucional nº 29. A emenda fixou tetos mínimos de investimento no SUS e que deveriam ser alcançados, gradualmente, por meio da aplicação da receita dos impostos e de outras transferências, sendo 12% para Estados, 15% para Municípios. No caso da União foi definido que deveria ser aplicado o valor executado no exercício orçamentário⁵⁷ anterior, acrescido do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). O objetivo era evitar os problemas da década de 1990 quando não havia parâmetros para regulamentar as transferências para o custeio e para os investimentos no SUS.

Segundo o levantamento realizado entre 2000 e 2010, a EC nº 29/2000 possibilitou o crescimento de 112% dos recursos aplicados pelas três esferas de governo no período, considerando o gasto consolidado e 89% considerando o gasto per capita (PIOLA, FRANÇA, NUNES, 2016, p. 419).

Contudo, o aumento na aplicação de recursos, não reduziu a assimetria de gastos entre as regiões, conforme indicam os autores, permanecendo um gasto muito desigual com saúde no Brasil e que apresenta como consequência desigualdade de acesso aos bens e serviços. De todo modo, a fixação de tetos mínimos foi oportuna e a redistribuição da maior parte dos recursos que está concentrada no âmbito federal, foi regulamentada posteriormente

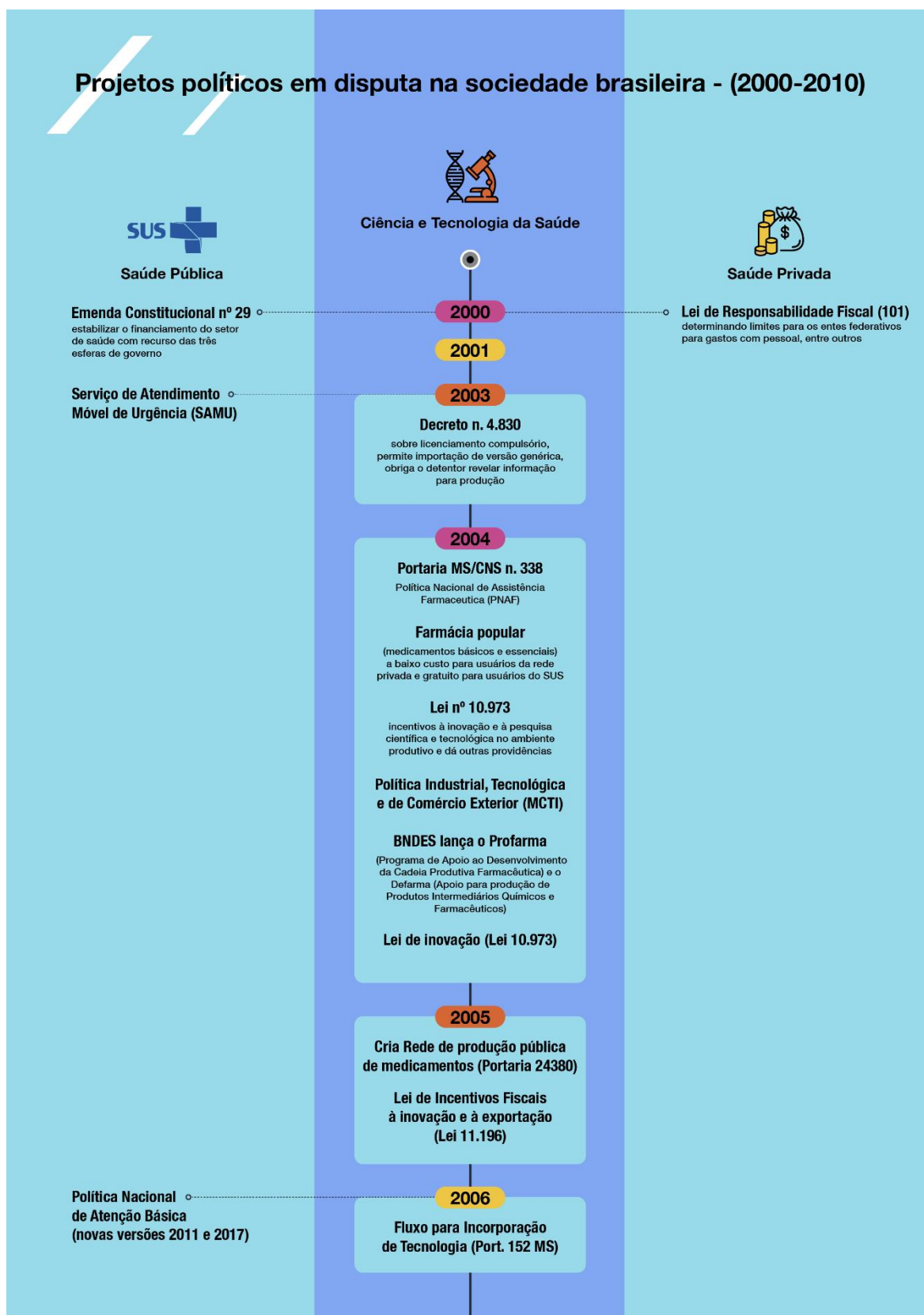
⁵⁷ O exercício orçamentário do Estado é anual e contabiliza os valores empenhados de janeiro até o último dia do mês de dezembro.

pela Lei Complementar nº 141 de 2012.

O contexto internacional estava em processo de mudanças importantes, tanto do ponto de vista global, como regional. Os países asiáticos tomavam a dianteira nos processos de desenvolvimento tecnológico, tendo a China se tornado o maior destino dos investimentos externos diretos em 2002 (KISS, 2018, p. 166). Regionalmente, havia chegado ao poder Hugo Chávez na Venezuela (1998), Evo Morales na Bolívia (2002), Nestor Kirchner na Argentina (2002), Rafael Correa no Equador (2007) e Pepe Mujica no Uruguai (2010), formando um bloco político coeso em relação aos valores da soberania e do desenvolvimento com inclusão social.

Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva ganhou a eleição. Pela primeira vez na história brasileira, um operário sindicalista, um filho do povo, nordestino, conhecedor da fome e da seca, governaria o Brasil. A esperança havia vencido o medo.

Figura 14 - Projetos políticos em disputa (2000-2010)



Fonte: elaboração própria

Lula, desde o período eleitoral, se colocava contrário ao projeto estadunidense de formação de uma área de Livre Comércio das Américas (ALCA), apontando para o fortalecimento do eixo SUL-SUL e por ações no continente africano. No entanto, uma especulação fortuita do economista Jim O’Neill publicada no Goldman Sachs, em 2001, sobre mudanças geopolíticas jogou luz sobre quatro países gigantes, indicando que Brasil, Rússia, Índia e China se tornariam fundamentais para política e para econômica mundial, renunciando assim o BRIC - (KISS, 2018, p. 167). O Brasil, sob comando de Lula, voltou-se a ideia do desenvolvimento desse bloco que, posteriormente, incluiria a África do Sul, concretizando o BRICS.

4.3.2 Investimentos em políticas sociais e no sistema nacional de inovação

No contexto interno, o primeiro governo do Presidente Lula deu prioridade ao combate à fome com a criação do Programa Fome Zero, cuja ação que ficou mais conhecida foi o “Bolsa família”, que, além de reunir benefícios pré-existentes, constituiu-se como política pública complexa, porque visou não apenas garantir acesso a uma renda complementar para todas as famílias pobres, mas fazer a inclusão dessas famílias a um conjunto de direitos sociais. Como ressalta Tereza Campello, o Programa Fome zero foi fundado em um conjunto de ações mais amplas “como a política de valorização real do salário-mínimo, os programas de fortalecimento da agricultura familiar, a defesa e proteção do emprego formal e a ampliação da cobertura previdenciária” (2013, p.15).

Em relação especificamente ao setor da saúde, o primeiro ato de Lula, depois da nomeação do Ministro Humberto Costa, foi a revogação do estranho decreto nº 4.481, editado no apagar das luzes de novembro de 2002, que determinava critérios pelos quais os hospitais deveriam ser considerados estratégicos ou não para o SUS, com uma lista de exigências que, possivelmente, boa parte da rede própria não cumpriria. Especificamente para os medicamentos, Kiss (2018) aponta que a primeira norma editada por Lula criou a Câmara de Regulação do Mercado Farmacêutico (CMED), pela Lei 10.742 em 2003 órgão interministerial responsável pelo controle econômico do mercado de medicamentos no Brasil, tendo a Anvisa como Secretaria-Executiva da Câmara.

De um modo geral, entre 2003 e 2010, um conjunto de ações fundamentais para consolidação orgânica do SUS e de sua base material – produção de insumos para saúde, foram realizadas.

Em primeiro lugar, o governo de Lula investiu na estruturação do Sistema Nacional de Inovação, fundamental para o setor saúde pelo alto dinamismo científico e tecnológico do setor, constituindo marcos legais e mecanismos de fomento e articulação entre os agentes públicos e privados dedicados a pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico.

Figura 15 - Marcos legais para o sistema de inovação



Fonte: elaboração própria

A Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (2003) apontava para dois eixos centrais, a organização do mercado interno com incentivos para produção de semicondutores, softwares, fármacos e bens de capital e ampliação do Brasil no comércio exterior e depois foi desdobrada na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, com a condução sob a responsabilidade da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

No caso dos fármacos, Kiss (2018) salienta que vários atores se organizaram para influenciar na formulação da política, dando ênfase ao Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica como ator relevante para garantia do ambiente político-institucional que viabilizasse a concertação entre os interesses do setor público e do setor privado. A ampliação da assistência farmacêutica convergia interesses entre o governo e a burguesia interna e estrangeira e teria sido “a principal agenda de convergência entre o governo e o setor privado” (KISS, 2018, p. 172).

Parte dessas regulações para o campo da ciência e tecnologia derivaram da 1ª Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde realizada em 1994, que encaminhou pela necessidade uma política de C&T e uma agenda específica para saúde, propondo a criação de uma secretaria de ciência e tecnologia no Ministério da Saúde concretizada somente no

governo de Lula, em 2003 que tratou de criar um ambiente regulatório propício a inovação.

Foi promulgada a Lei nº. 10.973 de 2004 (conhecida como Lei de Inovação) que criou os incentivos para pesquisa científica e tecnológica ligada ao setor produtivo e a Lei nº. 11.196 de 2005 (conhecida como Lei do Bem), que criou deduções e compensações fiscais para pesquisa, visou destravar burocracias e incentivar o desenvolvimento tecnológico para o setor privado.

Em segundo lugar, a nomeação de personagens ligados ao movimento da Reforma Sanitária em postos importantes do Ministério da Saúde, assim como a própria reorganização do Ministério, mais alinhada com os desafios do SUS, foram considerados sinais de que a agenda do final dos anos de 1980, e que havia sido abandonada no final dos anos de 1990, voltaria a predominar, como ressalta Maria Inês Souza Bravo (2006).

Entretanto, a autora demonstra que algumas mudanças poderiam ter ganho maior escala, citando, por exemplo, que a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) poderia ter voltado a discutir a concepção ampla do sistema de seguridade social brasileiro.

Além disso, ela registra continuidades da política de saúde dos anos de 1990, criticando a ênfase na focalização em detrimento de ações de abrangência universal, além da precarização e terceirização dos vínculos trabalhistas no setor da saúde. Como exemplo de focalização, Bravo destaca que o Programa Saúde da Família, que havia sido implantado em 1994, permanecia sem a alteração significativa, especialmente quanto a atenção básica, mantida sem a organicidade necessária e servindo como extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO, 2004 e 2006).

A focalização é uma crítica válida e é possível que o modelo de planejamento⁵⁸ adotado pelas escolas de gestão pública e pelo governo federal desde a década de 1990 tenha contribuído para políticas com recortes focais. Mas as políticas públicas precisam ser consideradas de modo amplo, especialmente no caso da saúde, cuja perspectiva central adotada desde Alma Ata aponta para uma visão ampliada de saúde, considerando as

⁵⁸ Na década de 1990 o modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus se tornou hegemônico na Administração Pública. Nesse modelo, a 'situação' é entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados, cujas propostas de mudança serão base para planos de curto e médio prazo. Nesse período houve a disputa entre o modelo de Matus e de Mário Testa, este último entendia o planejamento estratégico a partir de três momentos: o diagnóstico situacional, o poder (técnico, administrativo e político) e o postulado de coerência (propósitos do Estado, métodos empregados e organizações executoras).

condições de vida como determinantes para o processo de saúde ou de adoecimento. Portanto, políticas contra a pobreza e investimentos em educação, ciência, emprego, moradia e renda, também devem se devem ser consideradas.

Nesta direção, Telma Maria Gonçalves Menicucci (2011) salienta que a ênfase em políticas focais se justifica porque os problemas não são iguais e que na perspectiva da equidade, o atendimento das necessidades específicas de grupos específicos não colide com a universalização de direitos, muito ao contrário. Assim, políticas para mulheres, ações para a Saúde do trabalhador, prevenção de DTS/AIDS são medidas que visam atacar problemas que envolvem grupos com características particulares, materializando o direito individual e coletivo.

Na linha de atacar os problemas específicos, em 2003 foi editada a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, tratando da área de Urgência e Emergência como um componente fundamental da assistência à saúde, nacionalizando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por meio da Portaria nº 1.864 de 2003, ampliando a experiência de Municípios de São Paulo e Porto Alegre, para todo o Brasil. O SAMU faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências e inclui as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a Rede de Urgência e Emergência.

Em sua tese de doutorado, Kiss (2018) também comenta que as ações no setor farmacêutico no primeiro mandato de Lula foram continuidades de medidas iniciadas pelo governo anterior e que estavam concentradas, ou seja, focalizadas na agenda regulatória de preços, na expansão dos medicamentos genéricos e no fortalecimento da ANVISA, no entanto, a autora destaca o protagonismo do BNDES nos programas de incentivo à produção industrial farmacêutica.

Já Menicucci (2011) argumenta que o governo Lula foi mais inovador que o anterior quanto ao processo de implantação dos princípios do SUS, salientando que, apesar de a saúde não ter figurado de forma destacada no plano de governo, durante o primeiro mandato foram feitas mudanças setoriais importantes, como a política de saúde bucal⁵⁹, o SAMU e a ampliação do acesso a medicamentos e, mesmo nos aspectos que denotam continuidade de

⁵⁹ O 'Programa Brasil Sorridente' foi considerado a primeira política abrangente de cuidados odontológicos: 'entre 2002 e 2006 as equipes de saúde bucal passam de 4.260 para 14.244, atendendo a 69.700.000 pessoas' (Menicucci, 2011, p. 525)

políticas anteriores, o aprofundamento e a amplitude do investimentos remodelaram programas estratégicos, como o Saúde da Família (PSF) que teve um aumento de 57% do número de equipes de saúde, da atenção básica cujo piso de R\$ 10,00 que vigorava desde 1988 foi aumentado para R\$ 15,00 per capita e o impulso na Reforma Psiquiátrica, com expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, indicando que essas foram medidas fundamentais para a integralidade da assistência (MENICUCCI, 2011, p. 525).

O acesso aos medicamentos permaneceu como um dos desafios do governo Lula. A relevância dos medicamentos nos cuidados de saúde sempre impõe dificuldades aos governantes, que precisam regular o acesso, a disponibilidade, o preço, a segurança e o uso racional. Do ponto de vista mercadológico, há ainda dificuldades adicionais, porque a indústria de medicamentos é forte, lucrativa e oligopolizada. Para além desses aspectos, o fato de a saúde ter se tornado direito fundamental e dever do Estado no Brasil alimenta um mercado que utiliza medidas judiciais para obrigar o Estado a pagar por tratamentos, mesmo que não estejam incorporados ao SUS.

Frente a esses desafios, programas de produção pública e controle de preços foram estratégias adotadas no Brasil. No governo de FHC, a produção pública ganhou impulso sobretudo durante a epidemia do HIV, como já mencionado. Já o controle de preços foi um cabo de guerra permanente até o final do mandato. Com o aumento dos insumos importados e a extinção da política de compras centralizadas da CEME, criou-se um ambiente de insatisfação por parte da burguesia do setor, mesmo após aumentos concedidos acima do nível da inflação e da ampliação do mercado interno com a política dos genéricos.

Essa insatisfação foi captada pelo governo Lula que definiu três componentes para ampliar o acesso aos medicamentos: usar o poder de compra do Estado novamente, fortalecer os Laboratórios públicos oficiais e criar o Programa Farmácia Popular, tendo o BNDES como protagonista no fomento para a indústria farmacêutica.

Por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde e do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma) segmentou-se o investimento em três componentes: I. produção, II. fortalecer empresas de controle nacional, III. pesquisa, desenvolvimento e inovação. Durante os três anos de vigência (2003-2007) foram consumidos mais de R\$ 1 bilhão. No entanto, a maior parte dos recursos foi dedicada as grandes empresas, o que resultou em maior concentração do setor (RODRIGUES, COSTA e KISS, 2018).

De todo modo, houve apoio também para as pequenas e médias empresas no âmbito da PITCE com linhas de investimentos em inovação pelo BNDES e pela Finep que incluiu linhas de capital de giro pelo BNDES e pela Caixa Econômica Federal.

Também houve tentativa de facilitar a abertura de novos empreendimentos, com o Projeto de Lei nº. 6.529 de 2006. Esse projeto visava a simplificação e integração do processo de registro e legalização de empresários e de pessoas jurídicas e pretendia criar a Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM. Essa medida favoreceria a criação de negócios, destravando burocracia. Os empreendimentos de base tecnológica se beneficiariam ainda da Lei de inovações com investimentos, subsídios e preferência de compras do governo. No entanto, o projeto foi arquivado.

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado pela Lei nº. 10.858 de 2004 para disponibilização exclusiva por uma rede própria de farmácias formadas e geridas pela Fiocruz em cooperação com os Estados e os Municípios visando contribuir com a assistência farmacêutica fornecendo um elenco de medicamentos essenciais subsidiados com recursos públicos do Ministério da Saúde.

Em 2005, Humberto Costa (PT) foi substituído no Ministério da Saúde por Saraiva Felipe (MDB) no contexto de crise política devido a ameaça de impeachment do presidente Lula no episódio do “mensalão” que forçou a ampliação da base do governo (FELIPE, 2021, p. 226).

Saraiva Felipe fez um mandato de continuidade, com ênfase na criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e nos processos de monitoramento e avaliação, necessários para melhorar continuamente os serviços prestados e para justificar o investimento financeiro. Fez mudanças importantes na Estratégia Saúde da Família, ampliando recursos para as equipes e tornando a distribuição mais equitativa entre as regiões brasileiras.

Modernizou o fluxo de financiamento para as ações de saúde, substituindo as mais de cem “caixinhas” utilizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para realizar o repasse de recursos para Estados e Municípios, por cinco blocos de financiamento: (I) Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade; (II) Atenção Básica em Saúde; (III) Vigilância em Saúde; (IV) Medicamentos e Insumos; (V) Desenvolvimento Institucional (FELIPE, 2021, p. 246).

Sobre o Programa Farmácia Popular, Saraiva Felipe decidiu aplicar o Decreto nº 5.090 /2004 que admitia a disponibilização de medicamentos também pela rede privada de farmácias e drogarias. Conforme expôs em sua tese de doutorado, por considerar que os estabelecimentos geridos pela Fundação Oswaldo Cruz ficavam longe do local de moradia dos usuários e que o custo do deslocamento, muitas vezes, superava o preço do medicamento, achou mais prático que a rede privada, já estabelecida, fornecesse os itens.

No entanto, no estudo realizado por Rondineli Mendes da Silva e Rosangela Caetano (2015), foi identificado que o número de pessoas atendidas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil foi de 11.730.103 milhões por meio de 558 farmácias da rede própria, distribuídas em 441 municípios brasileiros, em 2012, enquanto na rede privada – “Aqui Tem Farmácia Popular” – os números são de 25.122 farmácias, cobrindo 3.730 municípios, atendendo 12.953.105 usuários (2015, pp. 6 e 8). É curioso observar que ampliação do programa para a rede privada não significou aumento relevante do público atendido, considerado o número de estabelecimentos privados envolvidos.

O estudo aponta ainda outro dado importante, indicando que o Programa Farmácia Popular contribui para minimizar falhas na provisão pública de medicamentos, mesmo com um elenco de medicamentos delimitado, mas não é só isto, é um programa que reproduz a lógica da universalidade do acesso, na medida que não exige receituário da rede pública, permitindo que não usuários do SUS se beneficiem dessa política. Silva e Caetano (2015) citam que 46% das pessoas que adquiriram medicamentos na rede própria apresentaram receituário do SUS (2015, p. 2951), sendo possível concluir que mais da metade do público atendido possui recursos para compra de serviços de saúde, mas depende do SUS para garantir seu tratamento.

Para Kiss (2018) o governo Lula buscou conciliar os interesses da burguesia interna com a necessidade de maior acesso aos medicamentos por parte da população e privilegiou o setor privado, optando por “universalizar o acesso a medicamentos essenciais por meio do setor privado” (2018, p. 199). A autora reconhece na relação entre Lula e o empresariado brasileiro uma aliança para construção do Estado desenvolvimentista, mas pondera que teria sido necessária a construção de uma burocracia estatal forte e autônoma para identificar e gerir interesses corporativos e interesses coletivos.

Aponta elementos que teriam fragmentado a política de ampliação de acesso aos medicamentos, destacando que a ampla aliança feita pelo Partido dos Trabalhadores pode ter sido prejudicial à política devido à intensa disputa pelos cargos.

Entretanto, podemos notar que a pasta do Ministério da Saúde no primeiro e no segundo mandato do Presidente Lula foi estável e contou com nomeações técnicas e alinhadas aos ideais da saúde coletiva. No primeiro mandato, a pasta teve como titular Humberto Costa, substituído posteriormente por Saraiva Felipe. Depois, foi o próprio Saraiva Felipe que tomou a decisão de sair do Ministério da Saúde para disputar o quarto mandato como deputado federal por Minas Gerais, tendo sido dele a sugestão de indicar o nome do secretário executivo, José Agenor, como interino até 2007, quando assumiu a pasta José Gomes Temporão, “continuando um ciclo de sanitaristas que participaram, desde antes da Constituição Cidadã, do processo de construção do SUS” (FELIPE, 2021, p. 251).

4.3.3 Investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a saúde

Temporão permaneceu no governo Lula durante todo o segundo mandato (2007-2010). Nos laboratórios oficiais, nas universidades e nas instituições de pesquisa também não houve interferência política, sendo respeitada as eleições e as escolhas internas. Também no segundo escalão, foram nomeados nomes prestigiados do movimento pela Reforma Sanitária e pesquisadores atuantes nas questões do desenvolvimento do CEIS.

Esse último grupo viria influenciar o programa de governo para o segundo mandato do Presidente Lula (2007-2010), colocando a saúde com maior destaque, mantendo os programas exitosos e enfatizando o aperfeiçoamento do SUS como uma política de desenvolvimento social e econômico, dando maior ênfase ao investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de insumos e equipamentos para o setor.

Assim, a questão não parece tanto as alianças partidárias realizadas, mas as próprias decisões dos atores que ocupavam os cargos estratégicos e a quem cabia contribuir para formulação e acompanhamento das políticas setoriais. Cabia à Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos, SCTIE, criada em 2003, formular, implementar e avaliar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, inclusive coordenando a política de acesso aos medicamentos. Essa secretaria foi ocupada por atores reconhecidos por sua participação em movimentos pela produção nacional para o setor de saúde, porém, não necessariamente, pública.

Analisando algumas declarações do ex-ministro José Temporão, observa-se que o Ministério da Saúde priorizou a transferência de tecnologia para produção de vacinas e medicamentos de alto custo para os laboratórios públicos, delegando a produção de medicamentos de uso da Atenção Primária para iniciativa privada, numa espécie de divisão do trabalho inversa ao que se costuma observar nas economias periféricas, quando a burguesia assumiu atividades de menor densidade tecnológica e o Estado absorveu os componentes mais complexos.

Vejamos, por exemplo, o caso dos genéricos, Kiss salienta que os laboratórios públicos poderiam ter sido os “reis do xadrez, mas acabaram não sendo valorizados” (2018, p. 147), citando o caso do investimento do BNDES para os genéricos, que em 2001 concedeu R\$ 18.8 milhões para a Medley, vendida oito anos depois para a multinacional Sanofi-Aventis (2018, p. 179) por R\$ 1,5 bilhões que, com a aquisição, se tornou uma das principais produtoras de genéricos no Brasil. A autora está correta e esse não foi o único movimento da burguesia que se beneficiou de políticas e investimentos públicos para ampliar capital, especialmente a partir de 2009⁶⁰. Kiss também tem razão quanto a reserva de mercado criada para a iniciativa privada produzir medicamentos genéricos, como o caso da Eurofarma que produziria o antibiótico Benzetacil⁶¹.

Contudo, houve também significativos investimentos nos laboratórios oficiais para o desenvolvimento tecnológico para programas estratégicos do SUS. Logo no início do segundo mandato do Presidente Lula, José Temporão enfrentou uma disputa relativa a um dos componentes para o tratamento da AIDS. Tratava-se do Efavirenz produzido exclusivamente pela Merck e que desde 1990 dificultava a política de acesso público com preços altos e sucessivas negativas de redução, mesmo sob ameaças de licenciamento compulsório. Em maio de 2007, o presidente Lula assinou o Decreto nº 6.108, concedendo o licenciamento compulsório por interesse público previsto na Lei de Propriedade Intelectual para fins de uso público não-comercial, para atender o Programa Nacional de DST/Aids. Para adotar essa medida, o Ministério da Saúde reuniu os órgãos de controle interno e de defesa jurídica –

⁶⁰ O laboratório Aché adquiriu a Biosintética, a Biolab comprou 80% de uma farmoquímica nacional – a Sintefina. A Neo Química foi adquirida pela Hypermarcas. As estrangeiras Zambon do Brasil (italiana), a Ferring Farmacêutica (suíça) e Nycomed (dinamarquesa) planejavam reforçar sua posição no mercado brasileiro por meio da aquisição de laboratórios de médio porte. (Vargas *et all*, 2013, pp. 49 e 50).

⁶¹ A partir de 2011 foi noticiado o desabastecimento de Benzetacil em vários no mercado brasileiro.

Controladoria-Geral da União, Advocacia Geral da União, Tribunal de Contas, e outros ministérios – tendo destaque especial o Itamaraty. Em 2008, a Fiocruz passou a produzir o medicamento, garantindo o abastecimento da rede pública e a sustentação material do programa.

Os investimentos direcionados para os laboratórios oficiais modificaram o parque industrial com a criação de novos atores como o IBMP – Instituto de Biologia Molecular do Paraná ampliado em 2009, o Bahiafarma reativado em 2011 e o LIFESA – Laboratório Industrial Farmacêutico da Paraíba reestruturado a partir de 2014, tudo isso com apoio e coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), respaldada pelo Programa de Modernização Produtiva e Gerencial de Produtores Públicos de Medicamentos e Imunobiológicos de 2008.

O investimento nos laboratórios públicos incluiu não só a ampliação do orçamento das instituições, como aprovação de concurso público e até um fato inédito: pela primeira vez o Estado comprou uma fábrica da iniciativa privada. Tratou-se da Fábrica da Glaxo Smith Kline (GSK), localizada no Estado do Rio de Janeiro, adquirida e incorporada a Farmanguinhos/Fiocruz o que permitiu a ampliação da produção pública de medicamentos para atender programas estratégicos do Ministério da Saúde, como o Programa HIV AIDS e o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Esses laboratórios públicos desempenham papel destacado na Política Nacional de Saúde (PNS), na produção de medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS), no suporte à regulação e no processo de capacitação tecnológica. No segmento de vacinas, atendem plenamente a demanda interna, com destaque para Bio-Manguinhos, Butantan, FAP e Funep que juntos são responsáveis por cerca de 93% do número de doses produzidas (GADELHA, et al, 2012, p. 62, 76), além de terem acumulado progressivamente capacitação tecnológica nas vacinas da terceira geração (hepatite B, gripe, tríplice viral e *Haemophilus influenzae* tipo B).

A Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) criada em 2004 para a obtenção de autossuficiência na produção de hemoderivados é hoje uma das maiores produtoras de albumina para, entre outros usos, pacientes queimados, pacientes com cirrose, uso em cirurgias de grande porte e imunoglobulina para pessoas com baixa defesa imunológica.

O governo brasileiro não se insurgiu de forma ampla contra as patentes, então na linha da conciliação de interesses, o “novo Profarma” incluiu mecanismos para incentivo da burguesia interna, com linhas para exportação, assim como definiu uma linha de investimento para os laboratórios públicos, adotando principalmente a estratégia das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) instrumento concebido em 2008.

Gadelha e Temporão (2018) defendem a aplicação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) iniciadas, efetivamente, entre 2009 e 2010, como um mecanismo que envolve a utilização das compras de produtos de alto custo e complexidade tecnológica centralizadas no Ministério da Saúde e que eram adquiridos no mercado, predominantemente estrangeiro.

Além de estimular a produção local, as PDPs incluem a transferência da tecnologia garantindo autonomia na produção interna. A produção no Brasil ocorre por meio da parceria entre a detentora da tecnologia e uma instituição pública, com protagonismo da Fiocruz e do Butantan, na forma de encomenda direta entre o SUS e o laboratório público, excluindo assim a necessidade de processo licitatório.

A despeito das críticas que se faça sobre as PDPs, propõe-se que duas delas sejam ponderadas, ao menos pelos defensores das políticas de bem-estar social que precisam refletir sobre a ausência de sentido nas comparações entre os preços finais de um produto originado de uma PDP e o produzido pela líder estrangeira, seja pelo que foi tratado até aqui em relação aos benefícios que gozam as economias centrais, ou pela forte manipulação de mercado também já elencada nesse trabalho ou, ainda, pelo fato de que a transferência tecnológica inclui ativos muitas vezes não quantificáveis nessas comparações, como o novo conhecimento, a nova capacidade instalada e os empregos de qualidade que passam a ser gerados no país. Além disso, a produção pública reduz oligopólios e se configura como um mecanismo de balanceamento e controle de preços.

O outro ponto que deve ser ponderado é que as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo não são a mesma coisa que as Parcerias Público Privado⁶², pois no primeiro caso o Estado realiza uma intervenção no mercado, passando a produzir o que era produzido, exclusivamente, pela iniciativa privada, enquanto nas PPP são as empresas privadas que

⁶² A Lei n.º 11.079/04 instituiu normas gerais para licitação e contratação para Parceria Público-Privada.

assumem o lugar do Estado no desenvolvimento ou na gestão de um bem ou serviço público.

Gadelha e Temporão (2018) apontam que tanto a produção da vacina em 1985 para conter uma crise de abastecimento que envolveu a transferência de tecnologia para os produtores locais, como o caso do Efavirenz, são antecedentes do uso desse instrumento. Os autores indicam que os produtos das PDP são predominantemente de alto custo e alta complexidade tecnológica, que todos fazem parte das demandas do SUS indicando que até o ano de 2017 havia 114 PDPs vigentes, envolvendo 50 medicamentos e respectivos princípios ativos, 12 equipamentos e materiais e 5 vacinas para o PNI (2018, p. 1898).

Além disso, o mecanismo de uso do poder de compra do Estado foi utilizado para dar preferência de compra a produção nacional por meio da Lei nº 12.349 de dezembro de 2010, que alterou a Lei de Licitações, garantindo mercado para indústrias nacionais se estruturarem para competição no mercado interno e externo. Para os produtos manufaturados e serviços nacionais resultantes de desenvolvimento e inovação tecnológica realizados no País, poderá ser estabelecido margem de preferência adicional.

Assim, analisando as PDPs a luz da Teoria Marxista da Dependência, podemos acrescentar que esse instrumento pode ser considerado como um mecanismo que visa modificar a situação de dependência tecnológica e dependência econômica do país, podendo funcionar para atenuar a cisão entre as tecnologias disponíveis no setor de saúde e as tecnologias acessadas pela população.

Contudo, há duas críticas que parecem válidas e que dizem respeito ao alinhamento entre a política industrial e a política de saúde. A primeira se refere ao fato de as PDPs retirarem a exclusividade da produção privada, porém não superar a dependência externa de IFA ou outro componente para produção dos insumos de saúde, que precisará ser adquirido mediante contrato de exclusividade com empresas estrangeiras.

A consequência de estabelecer parcerias com vínculos de exclusividade de aquisição por importação contribui para aumentar o déficit da balança comercial, que saiu de US\$ 3 para US\$ 12 bilhões (GADELHA, TEMPORÃO, 2018). Parte desse déficit se deve a importação de produtos acabados e a importação de insumos farmacêuticos (IFA) que o país não produz.

Além da debilidade na produção do IFA, ocorreu uma mudança importante na pauta de produção brasileira como podemos ver na publicação de Paulo Henrique Almeida Rodrigues, Roberta Costa e Catalina Kiss que identificaram que, entre 1996 e 2014, as

indústrias farmacêuticas e farmoquímicas no Brasil reduziram a produção de insumos para saúde humana e aumentaram a produção para saúde animal priorizando o agronegócio, o que revela o descolamento entre a política de saúde e a política industrial. A consequência foi a ampliação de 488,3% na dependência de IFA (2018, p. 13), sem que as PDP conseguissem alterar esse cenário.

Se a SCTIE é a principal instância a promover a agenda da ciência, tecnologia e inovação em saúde, sendo responsável pelo perfil de atuação do campo, por que não conseguiu, ao longo dos seus quase vinte anos, apontar soluções para superação de velhas necessidades e evitar o desabastecimento de itens essenciais? Talvez o foco excessivamente direcionado para inovação para o caso dos laboratórios públicos, que a princípio estão fora do mercado competitivo, pode ter colaborado para que os esforços de P&D se concentrem em nichos de alto custo, como se as palavras “insumos estratégicos” excluíssem sumariamente um conjunto de itens extremamente necessários para o abastecimento do país, como os antibióticos, os antitêrmicos, e até os sedativos. Não há sentido de o país depender do fornecimento de insumo farmacêutico para produzir medicamentos clássicos e sem patentes, como é o caso da produção da hidroxicloroquina fabricada por Farmanguinhos, por meio de contrato de exclusividade para fornecimento de IFA com uma empresa indiana⁶³.

O outro aspecto a ser considerado para uma futura reformulação das regras das PDPs diz respeito a limitar as parcerias somente ao conjunto de itens adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde porque essa é uma regra que não faz nenhum sentido no país em que o sistema de saúde funciona em rede com responsabilidade tripartite. Essa restrição é apontada pelos autores como o motivo pelo qual as PDPs não contemplam os produtos, equipamentos e materiais para a atenção básica, incluindo os medicamentos negligenciados como os utilizados para oncologia infantil.

Ora, se a política industrial deve estar alinhada a política de saúde, e se a atenção primária é o eixo da política, o elemento de alicerce e de interação, qual o sentido de as necessidades desse nível de atenção não serem consideradas em um programa de produção nacional pelos laboratórios públicos, as empresas brasileiras não serem incentivadas a produzir equipamentos e depois a vender as peças sobressalentes, realizar a manutenção,

⁶³ A IPCA Laboratories Limited é o maior fabricante mundial de cloroquina.

criando um amplo mercado aqui no Brasil?

Em 2010 foi realizada uma alteração na Lei nº. 8.666/1993 que trata das compras e contratações no âmbito do governo federal, estabelecendo margens de preferência para produtos manufaturados e para serviços nacionais, por meio da Lei 12.349. A nova regra previu também que a preferência de compra levasse em consideração a geração de emprego e renda, os efeitos na arrecadação de tributos federais, estaduais e municipais e, claro, o desenvolvimento e inovação tecnológica realizados no País.

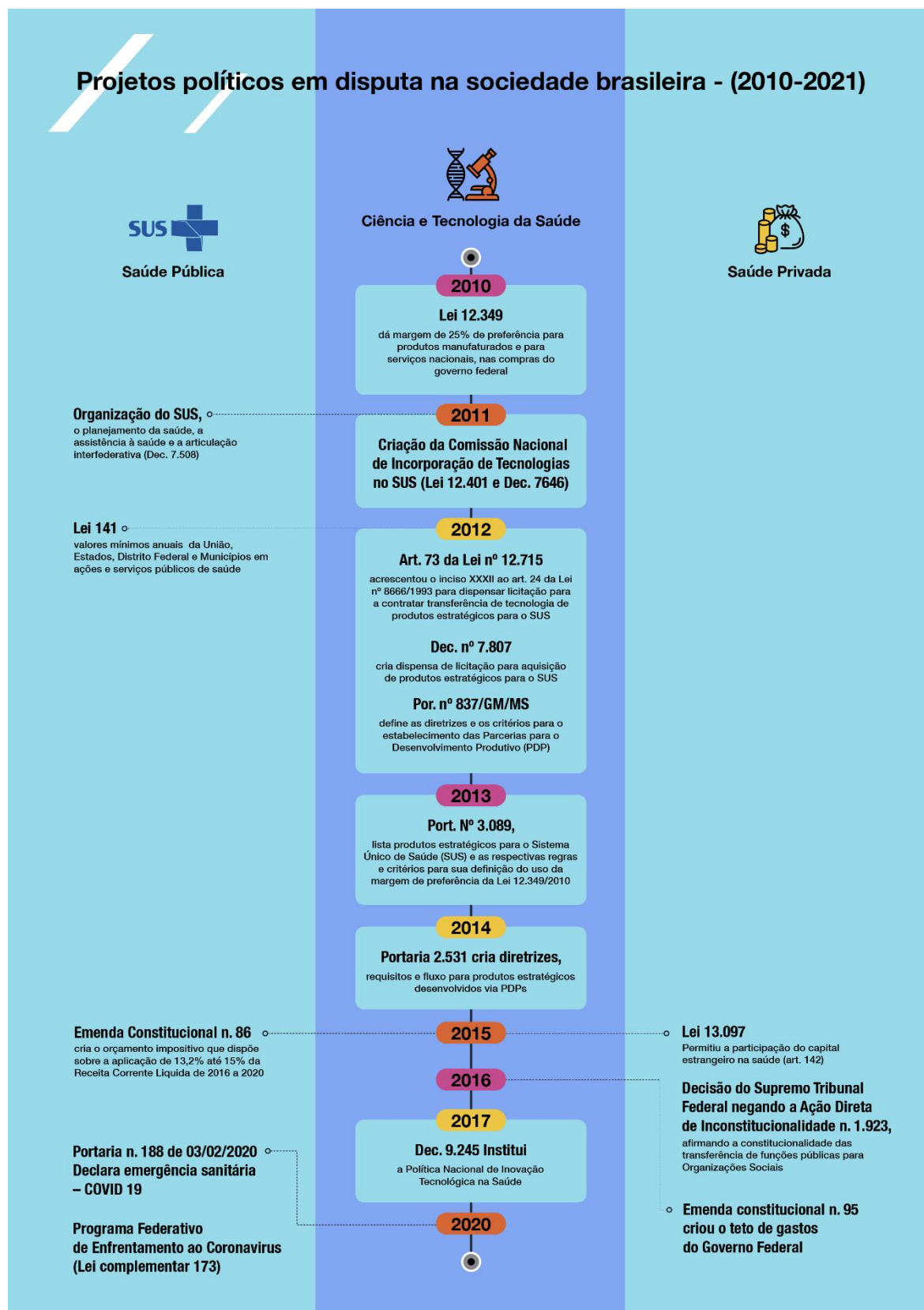
No entanto, não há estudos sobre os impactos dessa regra sob a produção de inovação no Brasil, nem mesmo estudos sobre a preferência para contratação de serviços nacionais e que gerem arrecadação, que afinal é o que sustenta a própria política de saúde.

O governo do Presidente Lula assumiu características desenvolvimentistas, especialmente no segundo mandato. A estratégia principal de utilizar o poder de compra do governo e estabelecer Parcerias de Desenvolvimento Produtivo, a despeito de críticas, parece acertada pelo grupo do CEIS no Ministério da Saúde, na medida que inverte uma das principais estratégias de dominação que é a não integração de processos produtivos em todas as suas fases, mantendo a etapa de pesquisa e projeto nas economias centrais e a produção e logística nas periferias. No entanto, há questões a serem encaradas antes de assumir a perspectiva marxista e até mesmo a perspectiva estruturalista, comumente citada como referencial no campo de estudo do CEIS.

Primeiro, dentro da perspectiva marxista a principal questão seria tratar das leis tendenciais que constroem as economias periféricas, de modo que as análises não deveriam apenas pautar-se na balança econômica. A inclusão de análise de balança de pagamentos tecnológicos e do mercado de trabalho da saúde é fundamental para compreender a realidade do setor e transformá-la com políticas potentes que reconfigurem o SUS na dimensão esperada. Depois, a matriz estruturalista aponta intervenções na indústria que alinhem políticas, assim, não basta que o desenvolvimento industrial esteja alinhado a política de saúde, mas deve atingir o centro dessa política e no SUS – a atenção básica é o centro -, portanto, é preciso estar disposto a modificar a cultura organizacional instalada que continua priorizando o segundo e o terceiro nível de atenção e promover uma mudança radical na atenção básica.

Assim, o foco no SUS do futuro deve privilegiar ao invés da inovação *per se*, as demandas sociais, porque são elas que devem orientar a política pública industrial e não ao contrário, assim como não são os serviços de saúde que tem “uma função no sistema produtivo” como afirma Costa (2013), ao contrário, os serviços de saúde devem ter necessidades consideradas para orientar as prioridades para o sistema produtivo, de modo a garantir a universalidade, a integralidade e a equidade de acesso as tecnologias de saúde.

Figura 16 - Projetos políticos em disputa (2010-2021)



Fonte: elaboração própria

4.3.4 Expansão do SUS e ampliação da privatização

O Ministério da Saúde seria assumido por Alexandre Padilha (2011-2014) no governo da primeira mulher eleita no Brasil, a presidente Dilma Rousseff. Durante a gestão de Alexandre Padilha, o SUS finalmente receberia sua regulamentação de organização, planejamento e funcionamento com o Decreto nº. 7.508 de 2011, que estabeleceu os conceitos sobre Região de Saúde, sobre Mapa da Saúde e Rede de Atenção à Saúde e sobre a definição de serviços de portas de entrada do usuário e serviços de acesso aberto do SUS.

O Decreto também definiu o conceito de protocolo clínico e diretriz terapêutica e tentou inovar com a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que seria um mecanismo oficial de colaboração entre os entes federativos. No COAP devem estar descritas as formas de organização e de integração das ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, a definição das responsabilidades, dos indicadores e das metas de saúde, assim como os critérios de avaliação do desempenho. Também devem estar previstos os recursos financeiros, a forma de controle e de fiscalização da execução do instrumento. Essa seria uma inovação incremental fundamental para integração dos sistemas, mas não foi plenamente aplicada nos estados.

Nesse mesmo período, foi promulgada a Lei 12.401/2011 sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, criando a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), integrada por representantes dos conselhos de saúde, das agências reguladoras, do Ministério da Saúde, e representante do Conselho Federal de Medicina.

A CONITEC tem como missão qualificar o processo decisório na avaliação de tecnologias em saúde, buscando a promoção e a proteção da saúde da população brasileira, a melhor alocação dos recursos disponíveis e a redução das desigualdades regionais. Está sob sua responsabilidade emitir avaliação sobre a incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, propor a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, entre outras funções.

No balanço de 2021, a CONITEC comunicou a incorporação no SUS de 25 novas tecnologias, sendo 18 medicamentos, 4 procedimentos novos e 3 produtos, tendo sido priorizadas aquelas relativas ao tratamento da Covid-19, como, por exemplo, as vacinas de prevenção para a Covid-19. Outros itens foram incorporados e dizem respeito a problemas de

larga escala no Brasil, como os quimioterápicos para câncer de mama, medicamento para malária, testes diagnósticos de Hanseníase, entre outros. Apesar de não figurar como um dos atores relevantes para o Sistema de Inovação do setor de saúde, a CONITEC é uma instância fundamental e o aperfeiçoamento das práticas de avaliação de tecnologia contribui, não apenas, para racionalizar os custos do SUS ao prevenir a entrada de item sem efetividade comprovada, como garante a atualização dos procedimentos e o acesso a tecnologias para o uso coletivo. Os pareceres são encaminhados para a SCTIE, a quem cabe a decisão final e sendo o resultado positivo à incorporação, o SUS deve disponibilizar em até 180 dias.

A criação da CONITEC e a regulação de sua composição e funcionamento por meio do Decreto nº 7.646 de 2011 foi fundamental para apoiar as decisões sobre disponibilidade de novas tecnologias, especialmente diante do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) em paradoxo às demandas crescentes de incorporação de tecnologias, muitas vezes judicializado para assegurar o direito de acesso.

Rosângela Caetano et al (2017) entendem que a definição de critérios e fluxos contribuem para racionalidade e para tomada de decisão embasadas, salientando, no entanto, a necessidade de maior transparência, sobretudo na disponibilização dos documentos que dão base as recomendações, além de outros críticas mais atuais⁶⁴.

Há também um conjunto de críticas sobre a composição da Comissão que tem sua maioria formada pelo por membros indicados pelo Ministério da Saúde (7/13 dos membros), o que pode abrir espaço para cooptação, conflitos de interesse e influência política na medida que o financiador, no caso o próprio Ministério, terá também participação decisiva nas recomendações. Além dessa questão, as alterações recentes – Lei 14.313/2022 e Decreto n. 11.161/2022 ampliaram o raio de ação da CONITEC, inclusive colocando suas decisões acima da ANVISA, como é da autonomia para decidir sobre o uso *off label* de medicamentos, ou seja, sobre a indicação de uso distinto do que a Agência tenha aprovado.

⁶⁴Uma das críticas é a composição da comissão da Comissão que tem sua maioria formada por membros indicados pelo Ministério da Saúde (7/13 dos membros), o que pode abrir espaço para cooptação, conflitos de interesse e influência política na medida que o financiador, no caso o próprio Ministério, terá também participação decisiva nas recomendações. Além dessa questão, as alterações recentes – Lei 14.313/2022 e Decreto n. 11.161/2022 os poderes da CONITEC, inclusive colocando suas decisões acima da ANVISA, como é da autonomia para decidir sobre o uso *off label* de medicamentos, ou seja, sobre a indicação de uso distinto do que a Agência tenha aprovado.

Em 2012 a Lei Complementar nº 141 inovou ao definir o que não podem ser classificadas como ações e serviços saúde (art. 4o), criou as unidades orçamentárias (art. 14) e avançou em relação aos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal para estados, Distrito Federal e municípios (art. 17) e da esfera estadual para os municípios (art. 19), com base na redução das disparidades regionais de saúde (Artigos nº 17 e 19).

O governo da Presidente Dilma também investiu em políticas para grupos específicos, destacando-se políticas para mulheres e crianças como a “Rede Cegonha”, instituída pela Portaria de nº 1.459, de 24 em 2011, visando assegurar o planejamento reprodutivo e a linha de cuidados durante a gravidez, o parto e o puerpério. O estudo avaliativo realizado em 2017 sobre o programa identificou a prevalência de boas práticas e diminuição de iniquidades regionais com ampliação do acesso de mulheres pobres, mulheres negras, principalmente no norte e nordeste (LEAL, 2021).

Em relação ao desenvolvimento tecnológico, Dilma deu início ao Plano “Brasil Maior”, com 19 agendas setoriais orientadas pela Política Industrial, Tecnológica de Serviços e de Comércio Exterior (2011-2014). O plano apontava para modernização estrutural do setor industrial com metas destinadas a aumentar a produtividade, garantir investimentos e incluiu medidas de conjuntura como a desoneração tributária e previdenciária sobre a folha de pagamento dos setores de bens consumo importantes para o mercado interno, como calçados, vestuário, móveis. Desta vez o plano incluiu também o setor de serviços, devido a ampliação da importância desse segmento na economia.

No Plano Brasil Maior deu ênfase no CEIS e na estratégia das PDPs para beneficiar a produção nacional, resultou na alteração na Lei de Licitações criando a dispensa de licitação exclusiva para na contratação em que ocorra a transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS (art.73, Lei 12.715/2012). O SUS seguiu tendo sua base organizativa em processo de aperfeiçoamento e sua base material recebendo investimentos. No entanto, os trabalhadores da saúde permaneciam com vínculos cada vez mais precários e essa situação ainda não se modificou.

O CEIS faz o recorte do subsistema de serviços especificamente pela lente da prestação de serviços, de modo que as análises estão relacionadas a propostas de adaptações nos componentes dos sistemas nacionais de saúde, análises das relações público-privado, debate sobre incorporação (ou não) de tecnologias e, claro, os gastos com a assistência.

O acrônimo CEIS poderia perder o I (industrial) e incluir o T (Trabalho), se tornando assim CEST – Complexo Econômico da Saúde e Trabalho, ampliando sua linha de pesquisa para um dos principais recursos do complexo, que são seus trabalhadores. O recorte atual já cumpriu uma importante função, mas se permanecer como está levará futuros pesquisadores a continuar investigar o campo, a integração dos serviços, a transformação digital e outros mecanismos como soluções para ampliar o acesso e reduzir custos, sem levar em conta que o setor de saúde se caracteriza principalmente pelo contato humano, pelo trabalho vivo, sendo um setor em que, diferente de vários outros, o especialista, muitas vezes, é a pessoa que está na ponta, em contato direto com o usuário. Certamente, essa ampliação traria uma perspectiva mais crítica para esse recorte e seria muito proveitoso para a saúde coletiva.

De qualquer modo, é evidente que a aplicação da telemedicina, diagnósticos remotos e cirurgias ambulatoriais, assim como de novos modelos de prestação, como os hospital-dia, assistência domiciliar são importantes e ajudam a dar resposta social as necessidades de saúde, mas nada disso será feito sem “gente disponível e qualificada”.

Entre os anos de 1990 e 2002, a cobertura da Atenção Básica era de 31,87% da população brasileira (CAMPOS, PEREIRA, 2016, p. 2657), mas entre 2003 e 2015 a implantação da Estratégia Saúde da Família alcançou 5.463 municípios com 40.162 equipes de Saúde da Família (ESF) e 266.217 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), respondendo pela cobertura de 63,72% da população (MS, 2015, pp. 37, 58).

Mas, mesmo com toda essa capilaridade, a Atenção Básica ainda é pouco considerada quando se trata de integrar políticas, talvez pela falsa compreensão de que é um nível de baixa complexidade – outra negação permanente que surge em discussões sobre o SUS, quando se confunde arquitetura de serviços e uso de tecnologias complexas.

A atenção básica é um nível de serviço altamente complexo porque funciona não só como a porta de entrada, mas também como ação prolongada e de contato mais direto com a população. Fincada nos territórios, deve ser o integrador de toda rede de bens e serviços do SUS. Contudo, voltando a questão do SAMU por exemplo, o estudo produzido por Gisele O’Dwyer *et all* (2019) revela que apesar da política contribuir para o aperfeiçoamento do sistema universal, algumas fraquezas estruturais comprometem a qualidade do serviço e uma delas é justamente a falta de integração entre o SAMU e a Atenção Básica. Nesse estudo, foi identificada a alta rotatividade dos médicos, baixa disponibilidade de leitos referenciados, número de ambulâncias em número maior ou menor que a capacidade dos municípios e outras

questões mais estruturais, como a dificuldade de comunicação via celular, que ainda hoje é precária em algumas regiões do Brasil.

Apesar desse estudo ser setorial, ou seja, específico sobre uma das políticas em torno do SUS, ele revela problemas gerais e que, em boa parte, derivam da mesma disfunção crônica, que é a baixa participação do nível de Atenção Básica na implantação de programas, uma espécie de negação crônica, permanente, sobre as decisões de Alma Ata que apontam para centralidade da Atenção Básica em sistemas de saúde de acesso universal.

Se o SUS foi capaz de realizar uma mudança radical no paradigma do acesso aos bens e serviços de saúde, é preciso que ocorra também na Atenção Básica mudanças radicais. O serviço implantado inicialmente a partir de adesão e incentivos precisa assumir características de funções obrigatórias para que seja possível redefinir o papel dos hospitais e dos serviços especializados na dimensão do SUS do presente e do futuro e isto inclui a reversão da lógica em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe da Atenção Primária, como aponta Gastão Wagner de Sousa Campos e Nilton Pereira Júnior (2016).

Os autores analisaram o desenvolvimento das políticas de Atenção Primária no Brasil, especialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) e apontaram que, para implementar a Atenção Primária no SUS, foi adotado um método indutivo de criação de demandas, sem um planejamento sistêmico e, por isso, a programação de recursos ocorria conforme a adesão dos municípios interessados, respeitando o caráter federativo do país e o processo de municipalização das ações de saúde. Assim, diferente de outros países⁶⁵, não houve orientação progressiva da Atenção Primária quanto à equidade entre regiões e as prioridades das populações. O governo federal, ou melhor, os agentes encarregados de implantar o SUS definiram que o Programa de Saúde da Família teria a abordagem de uma “oferta que cada cidade ou estado poderia ou não abraçar” (CAMPOS, PEREIRA JÚNIOR, 2016, p. 2656). O principal indutor era a possibilidade de os municípios captarem recursos federais, resultando no crescimento dos serviços sem priorizar territórios e populações vulneráveis.

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) visaram corrigir essa rota, a de

⁶⁵ Na Espanha, Portugal, Canadá e Inglaterra houve o planejamento integrado entre a implementação do sistema nacional e a constituição de uma rede de Atenção Primária e assim foi assegurado o acesso a mais de 80% de suas populações (CAMPOS, PEREIRA, 2016, p. 2657).

2006 alterou o conceito de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família, dando um tom mais permanente a ação de saúde, assim como orientou a qualificação dos serviços com apoio à formação de pessoal por meio da reformulação dos cursos de graduação em saúde, ampliação dos programas de residência médica e multiprofissional, cursos e seminários de educação permanente ofertados aos profissionais dos estados e dos municípios.

A PNAB de 2011 valorizou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado em 2008, visando ampliar a perspectiva sobre determinantes sociais da saúde. Nesta PNAB, foi ampliada a proposição de rede considerando as equipes da Estratégia Saúde da Família, mas também as Unidades Básicas tradicionais. Também viabilizou a utilização de até 8 horas semanais da carga horária dos membros das equipes em serviços da rede de urgência, na formação em Saúde da Família, em outras atividades de educação permanente e no apoio matricial. No caso dos médicos, tornou-se possível em equipes com dois médicos cadastrados adotar 30 horas ou 20 horas semanais de trabalho.

O objetivo era também ampliar e chegar em populações específicas como as pessoas vivendo em situação de rua e os povos ribeirinhos da Amazônia Legal e do Pantanal. O argumento sobre o ESF sempre foi que a composição multiprofissional das equipes de saúde da família e dos NASF era fundamental para a integralidade dos cuidados, porém, a operação das equipes sempre foi heterogênea, devido aos municípios serem os responsáveis pelas contratações e, como já mencionado nessa tese, com sérias limitações decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal. Desse modo, sempre foi marcante a dificuldade de recrutamento e fixação de pessoal, em particular dos médicos, inclusive pela “oposição corporativa contra grande parte das diretrizes da atenção primária” (CAMPOS, PEREIRA JÚNIOR, 2016, p. 2658), resultando em precariedades nos serviços, como unidades básicas funcionando com baixa resolutividade ou funcionando apenas de forma burocrática.

No Brasil, tem predominado a terceirização por meio das Organizações Sociais (OS) para expansão dos serviços que integram o SUS, aumentando o custo do serviço sem gerar qualquer benefício concreto para os usuários, para os trabalhadores e para os gestores. Ao contrário, os problemas decorrentes desse modelo de gestão são vários. Do ponto de vista do funcionamento do SUS, as terceirizações geram fragmentações e baixa governabilidade para funcionar em rede e mesmo com a instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública, pouco se tem avançado na integração das redes temáticas e da integração dos serviços por regiões de saúde; do ponto de vista dos profissionais, gera assimetria salarial entre os

municípios ‘ricos’ e os municípios ‘pobres’, vínculos instáveis, desgaste e intensificação do trabalho; do ponto de vista do usuário, gera a incerteza quanto à continuidade do acompanhamento e de tratamentos prolongados, assim como limitações de acesso a atendimento especializado, e por fim, para o gestor gera a insegurança das contratações fictícias em que as empresas funcionam como mero pagadores de salários repassados pelo Estado.

Além de todos esses aspectos, há baixa capacidade de coordenação da ESF sobre a rede hospitalar própria, contratada e das universidades, porque prosperam uma infinidade de sistemas de informação que regulam de forma desintegrada a rede hospitalar.

A terceirização de serviços, ao contrário do que certos autores defendem, não está relacionada a restrições financeiras, pois torna o serviço ainda mais caro, além disso, não resolve a questão da fixação de pessoal, ao contrário, impede a constituição de uma carreira que é o que realmente fixa profissionais. Portanto, sem um arcabouço de garantia para os trabalhadores da saúde, qualquer política de ampliação, ou qualquer medida de formação continuada terá resultados muito limitados.

Para tentar mudar esse quadro, duas intervenções foram realizadas pelo governo de Dilma, uma no âmbito dos hospitais universitários com a criação da EBESERH e outra no âmbito da Atenção Básica com a criação do Programa Mais Médicos (PMN).

A Lei Federal 12.550 de 15/12/2011 criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo a partir dos seguintes motivos: I - equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos através do Regime Jurídico Único, solução existente nos marcos atuais da administração pública e II - autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações.

Como se vê, os objetivos não foram modernizar a estrutura normativa do Estado, ao invés de tornar os instrumentos do concurso público e do orçamento público coerentes com as dinâmicas contemporâneas e com as necessidades de um Estado provedor, passou-se a formular mecanismos para fugir desses instrumentos, inclusive colocando os gestores públicos na condição de burladores de regras. Andreazzi (2013) salienta que na literatura sobre reforma do Estado pode ser identificada a passagem de uma primeira geração baseada na privatização e na descentralização, passando para uma segunda geração, reduzindo o papel

do Estado a financiador e regulador.

Para Andreazzi (2013), o objetivo de acabar com serviços próprios do Estado e terceirizar os setores mais lucrativos é uma das estratégias dos grandes negócios privados de serviços de saúde, como o diagnóstico e tratamento, que, no entanto, precisam dos investimentos públicos para a compra dos equipamentos biomédicos de alto custo. A autora menciona que essa tem sido a prática das Organizações Sociais do Estado de São Paulo albergadas sob o “estatuto não lucrativo, de inúmeras empresas lucrativas como forma de contornar as normas ainda vigentes do SUS quanto à contratação de empresas privadas” (2013, p. 278).

A reflexão econômica sobre os sentidos e os efeitos dessas reformas do Estado deve ser realizada a partir dos interesses materiais envolvidos e, no caso da saúde, há interesses vorazes das empresas de medicamentos, farmoquímicos, equipamentos médicos que integram oligopólios e, mais recentemente, das seguradoras que tem se envolvido no setor de serviços, que antes estavam sob a dominação do pequeno capital⁶⁶.

Já o Programa Mais Médicos se configurou como uma intervenção federal nos municípios, por meio de um planejamento nacional de impacto na Atenção Básica do ponto de vista da gestão de pessoal, com o Ministério da Saúde tomando a responsabilidade pela execução direta da maior parte das ações definidas. Dentre essas ações, o MS se encarregou de fazer o maior processo seletivo para contratação de médicos da história do Brasil, alocando mais de 18.000 profissionais na Atenção Básica (CAMPOS, PEREIRA, 2016, p. 2660). A maior parte desses profissionais foi contratada por uma cooperação internacional entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o governo brasileiro e o governo Cubano, que forma médicos gratuitamente e vende serviços para países interessados na medicina comunitária praticada naquele país.

Apesar desses médicos terem sido alocados em regiões onde os médicos brasileiros não tiveram interesse em atuar e de a população atendida demonstrar satisfação⁶⁷ com os

⁶⁶ Andreazzi cita um caso de dominação do mercado de hemodiálise por poucas empresas multinacionais que também fabricam o equipamento, como a Fresenius. Esta empresa atua fortemente no Brasil, também no setor de terceirização de serviços.

⁶⁷ 94,1% dos usuários entrevistados em 32 municípios avaliaram a consulta como “muito boa” e “boa” e 98,1% declararam que o médico ouviu com atenção todas as suas queixas. 87% dos entrevistados compreenderam as

serviços deles, o Programa se tornou motivo de conflito entre uma parte da corporação médica e o governo da Presidente Dilma, sob o argumento de que esses profissionais não haviam passado pelo exame de revalidação do diploma para atuar no Brasil – processo conhecidamente burocrático e moroso, pesando também questões ideológicas, devido ao país de origem desses médicos, além dos contornos racistas que ficaram evidentes.

A alocação dos médicos cubanos sem o revalida não foi o único problema, a tentativa de regulação da profissão e da formação médica gerou muito desgaste. Pela primeira vez, o Brasil tentava interferir no mercado de trabalho da corporação médica, não no sentido científico e muito menos limitando práticas médicas, mas tentando remodelar o sistema de formação para torná-lo mais aderente a política nacional de saúde.

Para tanto, o Conselho Nacional de Educação em 2014, determinou a reformulação do currículo médico, com ampliação dos campos de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família, de modo que 30% do internato deveria ser realizado na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS, sendo este o componente do Programa Mais Médicos que sofreu mais resistência do movimento médico e de outros setores conservadores, segundo Gastão Wagner de Sousa Campos e Nilton Pereira Júnior (2016).

No final do primeiro mandato, a Presidente Dilma passava pelo desgaste dos movimentos de junho de 2013, enfrentava a oposição do congresso, da imprensa, do mercado, estava em marcha a Operação Lava a Jato. Alexandre Padilha também passava por desgastes em função de uma PDP negociada entre o Laboratório da Marinha, a Farmacêutica EMS e a empresa Labogen para produção de citrado de sildenafil (medicamento para disfunção erétil). A PDP havia passado pelas instâncias técnicas, mas foi cancelada devido a denúncias apresentadas pela Operação Lava a Jato de que o pagamento da PDP serviria de lavagem de dinheiro. Padilha decidiu deixar o Ministério da Saúde para concorrer ao governo de São Paulo e em fevereiro de 2014 foi nomeado Arthur Chioro (2014-2015).

A Presidente Dilma Rousseff foi reeleita em 26 de outubro de 2014 em um cenário muito desfavorável política e economicamente e desde o primeiro momento teve seu governo contestado pelo Partido Social da Democracia Brasileira (PSDB), que no dia 30 de outubro de

explicações, demonstrando que não houve barreira do idioma e se surpreenderam com o fato de os médicos cubanos visitarem suas casas para compreender as condições de vida (CAMPOS, PEREIRA, 2016, p. 2.659).

2014 entrou com um pedido de auditoria para “confirmar a lisura”⁶⁸ da eleição pelo candidato derrotado.

A instabilidade política crescia, a imprensa apoiava de forma incontestada as denúncias e qualquer especulação apresentada pelos integrantes da Operação Lava a Jato, fazendo também a cobertura midiática dos movimentos de rua que passaram a exigir o impeachment da presidente Dilma em 2015. A presidente se viu obrigada a realizar uma reforma ministerial para atender a base aliada diante dos riscos do impeachment e o MDB, novamente, exigiu a pasta da saúde, sendo então nomeado Marcelo Castro (2015-2016).

Com o governo nas cordas, medidas estranhas ao programa eleito começaram a ser adotadas, afastando o governo de bandeiras tradicionais da esquerda, o que fez com que Dilma perdesse apoio de setores importantes. Uma dessas medidas foi a introdução do *Foreign Direct Investment*, mecanismo instituído pelo *General Agreement on Trade In Services* (GATS), criado em 1995 para regular o comércio internacional de quase todos os tipos de serviços e que vem atuando de forma global para transformar setores de saúde em mercado, por meio da definição de pacotes de serviço padronizados. Precisamente, foi o art. 142 da Lei nº.13.097/2015, que é uma lei que trata de vários assuntos completamente desconexos entre si que introduziu, sem debate, a abertura do setor saúde ao investimento estrangeiro, inclusive nas terceirizações, cada vez mais usuais nos serviços de saúde.

O SUS é um sistema público, mas, como já mencionado, sua implantação ocorreu quando a política apontava para redução do papel do Estado e para cumprir, mesmo que parcialmente, as novas obrigações originárias da Constituição Cidadã, apontou como única resposta justamente a desresponsabilização do Estado por meio da privatização dos serviços. Com o substituto de Dilma, as medidas de década de 1990 voltaram em uma voracidade ainda maior, dando início a austeridade rígida e intransponível.

Voltaram a ser frequentes as rumações contra o serviço público e mesmo após tantas demonstrações sobre o fato de que a transferência de atividades do Estado para o

⁶⁸ um ato inédito de desconfiança do processo de votação e contabilização realizado pelo sistema eletrônico pelo Brasil desde 1996. Somente um ano depois, foram concluídas as verificações da auditoria independente contratada a pedido PSDB e que não encontrou qualquer irregularidade. Mesmo assim, o partido não se deu por satisfeito e emitiu um relatório com diversas recomendações ao TSE, dentre elas “o voto impresso”, demonstrando que o objetivo inicial da contestação não foi o confirmar a lisura do processo e sim levantar dúvidas sobre ele.

empresariado não ter tornado a prestação de serviços melhor para a população ou menos onerosa para a sociedade, os contratos de trabalho terceirizados continuam sendo uma peça cada vez mais acionada na engrenagem de acumulação de capital, com impacto também no trabalhador do serviço público, que passou a ocupar boa parte de sua jornada de trabalho como fiscal da prestação de serviços, fiscal de recolhimento de impostos, fiscal de obrigações trabalhistas, funções para quais, na maioria não está capacitado, resultando em disfunções, irregularidades ou mesmo em fraudes.

No estudo realizado em 2017 por Bernardo Seixas Pilotto e Virginia Junqueira, foram apresentados dados de avaliações realizadas por órgãos de controle do Estado e por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), realizada no Estado de São Paulo que demonstram que os hospitais de Administração Direta tinham mais equipamentos de diagnósticos por imagem e exames, como raio X e ultrassom do que hospitais geridos por Organizações Sociais, significando que as OS quarteirizam serviços com muita intensidade e sem passar por controle algum, adotando subcontratações.

Isso pode não parecer um problema, no entanto, uma das obrigações empresariais para receber recurso público é estar com a situação jurídica e fiscal regular, portanto, com suas obrigações previdenciárias e os impostos devidamente recolhidos. Mas, quando se usa o expediente de terceirizar serviços para as OS e essas quarteirizam para outras empresas, comprando serviços como consultas, exames, internações ou qualquer outro procedimento, além de não realizar licitações fazendo escolhas, muitas vezes, nada republicanas, a questão da regularidade também não é avaliada o que pode implicar na transferência de recurso do Estado para devedores do próprio Estado.

Nesse estudo foi identificado ainda que nos sete hospitais que faziam parte da amostra, as empresas terceirizadas eram escolhidas pelo gestor sem justificativa ou processo licitatório. Também foi identificada a terceirização da assistência médica nas áreas de anestesiologia, neurocirurgia, cardiologia, ortopedia e oftalmologia, pronto socorros em sistema fechado. Nesses contratos é possível observar também grande rotatividade de pessoal, e não por causa da CLT, mas sim por baixos salários, atrasos no pagamento dos salários e dos benefícios.

Os autores também identificaram muitas denúncias de corrupção, o que fez com que alguns estabelecimentos deixassem de contratar Organizações Sociais e adotassem outros modos de terceirização como as fundações estatais de direito privado e as empresas públicas,

como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Assim o que se observa é que a maioria dos argumentos utilizados para priorizar a terceirização em detrimento da Administração Direta não se sustenta, como é o caso da logística e do abastecimento, dado que não são raros a falta de material, os atrasos e os descumprimentos contratuais. Na verdade, confirma-se que a crise fiscal transmutada para crise do Estado e que justifica as medidas de redução tidas como “reformas gerenciais” não resolveu nenhuma das questões a que se propunham.

Ainda em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 86 alterando a regra de cálculo do piso federal do SUS. A EC estabeleceu 15% da Receita Corrente Líquida da União, incluindo ainda um % obrigatório das emendas parlamentares individuais e da receita dos royalties do pré-sal.

A presidente Dilma foi afastada em abril de 2016 e sofreu o impeachment em agosto do mesmo ano, assumindo o vice-presidente que adotou o programa de governo do PSDB – que havia sido derrotado nas urnas. Chamada de “ponte para o futuro”, a agenda principal era de reformas, destacando-se a Reforma Trabalhista, a Lei de Terceirizações e a Emenda Constitucional nº. 95, que criou limite de gastos para o Estado durante 20 anos, sendo considerada a medida mais austera adotada por uma nação, até então.

A Presidente Dilma Rousseff não fez um mandato submetido, negou-se a assinatura do Acordo com a União Europeia para evitar o desmantelamento da Indústria Nacional. Manteve a política de valorização do salário-mínimo, o investimento em educação, saúde, ciência e tecnologia e planejou ampliação desse investimento com a receita que viria com o Pré-sal. Do ponto de vista da TMD, o impeachment assumiu ares de Estado de contra insurgência e, sem o uso da força, conseguiu deslegitimar a escolha popular, e colocar no poder a agenda derrotada. O que se viu a partir de 2016 foi a submissão completa do Brasil aos dogmas da economia liberal, o desmonte do Estado e a agudização da superexploração do trabalhador.

Parte do proletariado também foi convencido das necessidades das reformas e pela primeira vez assistimos no Brasil manifestações de rua que apoiavam “menos direitos” e muito se veiculou na imprensa sobre o país estar “quebrado” e a extrema necessidade de retomar a disciplina fiscal, mesmo com o país figurando entre as seis maiores economias mundiais.

A Lei de Responsabilidade Fiscal voltou ao olimpo, sendo propagada como medida eficaz para saúde financeira do país, mesmo parte dos Estados completamente endividados, envolvidos em crises jamais vistas e que geraram atrasos no pagamento dos salários dos servidores públicos, interrupção de contratos, atrasos no pagamento de fornecedores, cortes de luz, telefone e água por falta de pagamento. Como se viu, após vinte anos da edição da LRF foi necessário que o Congresso Nacional aprovasse uma nova lei permitindo a renegociação das dívidas do Estado (Lei Complementar nº. 159 em 2017). No conjunto dessas renegociações, as cláusulas impostas aos Estados determinaram a privatização de empresas públicas e a suspensão de concursos públicos, deixando claro que a LRF jamais serviu para evitar o endividamento, muito ao contrário, ao proibir a contratação direta de pessoal, aumenta os custos de transação das atividades sob a responsabilidade do Estado que passam a pagar a mais por contratos de prestação de serviços terceirizados.

Portanto, a Reforma do Estado de 1995 e a LRF de 2000 foram as principais responsáveis pela precarização do trabalho no âmbito do SUS, mas não parou por aí. Podemos dizer que o ano de 2016 inaugurou medidas de austeridade ainda mais abrutais para o trabalhador brasileiro, assim como relegou ao Estado o papel da inutilidade social, tirando deste agente econômico a capacidade de reação perante crises econômicas.

A Emenda Constitucional nº. 95, que congelou os gastos da União até 2036 e que, segundo levantamento do Conselho Nacional de Saúde (2020), retirou 20 bilhões de reais do SUS em 2019. A projeção do Cebes (VIEIRA et al., 2018) é que, até 2036, o SUS sofra uma perda aproximada de 168 bilhões de reais (MONTEIRO, 2020, p. 5) sendo a principal demonstração de que as forças de mercado se sobrepuseram ao Estado nos anos recentes.

A reforma trabalhista realizada em 2017 prometia a retomada dos investimentos, a criação de novos postos de trabalho e o aumento do consumo, gerando receitas para o Estado, essenciais para o desenvolvimento das políticas públicas. No entanto, tudo que produziu foi a redução da renda do trabalhador numa velocidade que praticamente anulou os ganhos dos últimos 15 anos. Os dados de 2020 apontavam como população ocupada 94,2 milhões de pessoas, sendo 40,7% compostos por trabalhadores informais e 23,2% subutilizados (IBGE, 2020). A ampliação do mercado informal, dos intermitentes e dos subutilizados é indicada como a principal causa da perda de renda, pois boa parte desses trabalhadores não recebem auxílio alimentação, vale-transporte, 13o salário, adicional de férias, abonos ou horas extras. A perda de renda significa menor capacidade de reprodução social, implicando na procura de

segundas e terceiras jornadas de trabalho.

Não tem sido diferente no caso dos trabalhadores da saúde, porque os concursos se tornaram escassos e a principal estratégia tem sido a terceirização com baixos salários, fazendo com que os profissionais acumulem três ou quatro jornadas com regimes diferentes de contratação e grandes assimetrias salariais. Isso provoca ainda outro problema grave para o setor de saúde, que é a indisponibilidade para atualização e aperfeiçoamentos desses trabalhadores, além, evidentemente, de um desgaste precoce de suas condições físicas e mentais, a custos mais altos para a sociedade. Como pode-se observar no Apêndice D, no quadro terceirizado os salários são menores e os custos são menores se comparado ao quadro de trabalhadores concursados.

Do ponto de vista da sociologia do trabalho, o estudo produzido por Graça Druck (2016) não deixa dúvidas quanto a impossibilidade de conciliar promoção da saúde do trabalhador e vínculo com empresa terceirizada. A autora identificou que após a decisão do STF de 2015 que confirmou a constitucionalidade da transferência de atividades do Estado para as Organizações Sociais, passou-se a admitir a terceirização de todos os serviços essenciais, precarizando áreas de trabalho muito sensíveis para a política de saúde.

A mercantilização da força de trabalho tem atingido níveis que beiram cinismo, com um discurso de que a Administração Pública contrata a prestação do serviço e não a pessoa, fazendo com que o indivíduo e suas necessidades sociais desapareçam, porque o contrato leva em conta um elemento métrico, mensurável: o posto de trabalho, a ordem de serviço, o metro quadrado, o ponto de função.

A gestão dessa força de trabalho reproduz essa perspectiva com controle de produtividade que desconsidera as condições de trabalho, a quantidade e a qualidade do material e dos equipamentos empregados. A substituição de uma empresa por outra, decorrente dos processos licitatórios ou das decisões de gestores, resulta em um alto nível de insegurança, isolamento e perda de identidade entre o trabalho e o trabalhador, que se vê descartado por critérios quaisquer, inclusive critérios discriminatórios, como a idade, o gênero e até o local de moradia.

Sindicatos desvalorizados e fragmentados dificultam a formação da consciência e a luta representativa e, finalmente, todo um conjunto de leis, normas e um forte sistema de controle e de justiça motivados, orientados e a serviço de ideais de acumulação, transformam o mercado de trabalho em um campo de sobrevivência e não de reprodução social, de

desenvolvimento de competências e de fruição de cidadania.

Em relação aos custos, a transferência da atividade do Estado para a iniciativa privada apresenta um volume importante dos gastos públicos. Druck (2016) utilizou dados de uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União que concluiu que os gastos com terceirização já são maiores que o gasto com quadro permanente em vários Estados e Municípios. No caso da saúde, a autora aponta que o IBGE identificou que o número de pessoas ocupadas em 2014 era de 1.574.318 nos 5.513 municípios que disponibilizaram informação. Desse total, quase 30% não possuíam vínculos permanentes com o município. A auditoria identificou que 43% da rede de serviços de saúde era administrada por OSs, 28,4% por empresas privadas, 18,2% por consórcios públicos e 5,7% por OSCIP, 3,2% por cooperativas e 1,3% por outro tipo de consórcio (p.23).

Os achados permitiram concluir que há falta de critérios e procedimentos, primeiro para classificar as entidades privadas como OS, depois no controle das suas atividades, supostamente “sociais”, ou seja, sem fins mercadológicos. Druck (2016) salienta que essa avaliação realizada pelo TCU em 2012 registrou uma série de fraudes, concluindo que as OSs são “uma farsa”, em todos os lugares auditados. Nesses contratos, o patrimônio público é utilizado sem investimentos adicionais, os trabalhadores treinados pelo Estado se tornam força de trabalho da OSs e que essas organizações recebem os hospitais prontos e com clientela garantida, sendo identificadas, inclusive, OSs recém-criadas, sem qualquer experiência no setor de saúde, o que as configura como meras intermediadoras de mão-de-obra.

A autora também apresenta críticas quando a criação da EBSEH, que para ela não se distingue das OSs. Para aderir a essa empresa, 37 universidades renunciaram o controle dos hospitais em troca de recursos para contratar pessoal e de recurso para investimentos. A argumentação era a de que faltava recursos para essas universidades resolverem os problemas estruturais, no entanto, os recursos da EBSEH são públicos, portanto, não há nenhuma sustentação para esse argumento, para além da flexibilização que a empresa possui diante do insulamento burocrático a que o Estado está submetido.

É importante registrar, também, que os hospitais universitários, para além da assistência qualificada prestada a população, realizam um papel destacado no ensino, na pesquisa e na extensão na área da saúde, e essa transferência de atividades coloca todo esse capital intelectual a serviço empresarial.

Outro aspecto importante apontado na dissertação de André Cordeiro (2018) sobre os desafios na promoção da saúde do trabalhador terceirizado. A tabela a seguir demonstra claramente que as empresas terceirizadas funcionam apenas como pagadoras da folha de pagamento, desconhecendo a natureza dos serviços prestados, os espaços físicos, os equipamentos, de modo que ao fim é o próprio Estado que continua fazendo a gestão dos serviços.

Nesse estudo, também ficou evidente o nível de assédio em que esses trabalhadores estão submetidos, por serem um dos vínculos mais frágeis em relação a proteção social, havendo um sentimento de insegurança permanente, que impede fazer planos de vida, seja pela falta de confiança na capacidade financeira da empresa terceirizada, seja no cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias, e pela ameaça permanente do desemprego.

Figura 17 - Elementos de análise nos contratos de terceirização

CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	ANÁLISE DOS ELEMENTOS CONTRATUAIS
Baixa influência sobre o ambiente de trabalho	Nos 21 contratos analisados, não constam referências ao domínio do ambiente de trabalho pela contratada, confirmando que o maquinário e os espaços físicos permanecem sob responsabilidade da contratante.
Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho	Foram identificados comandos para "fazer cumprir a legislação trabalhista" em 100% dos contratos analisados.
	Apenas 4, dos 21 continham instruções específicas para elaboração e entrega dos laudos ambientais, PPRA e PCMSO.
	Nestes, o prazo menor foi de 30 dias e o maior 180 dias, demonstrando grande variabilidade de tolerância aos prazos.
Monetização da Saúde	19% dos contratos contém referência às emergências, mas de maneira genérica: "a contratada tomará todas as providências cabíveis no caso de acidente". Não há detalhamento de como serão os procedimentos ou sobre como estes serão ajustados com a contratante.
	Existe referência ao pagamento de insalubridade em 81% dos contratos.
Risco moral	Em nenhum dos contratos foi encontrado um plano ou metas para redução da exposição à insalubridade ou periculosidade.
	O processo licitatório combinado com as cláusulas de aditivção pressionam o custo para baixo sempre.
	Não foi localizada cláusula de incentivo financeiro para transparência na gestão de saúde e segurança ocupacionais.
Seleção Adversa	Não foi localizada menção às penalidades específicas por ocultamento de informações, recusa a registrar acidentes de trabalho, ou outra forma de dissimulação.
	Não foi localizada cláusula de incentivo financeiro por ações que tenham impactos positivos sobre a saúde e segurança ocupacionais.
	Não foi localizada menção às penalidades específicas por adoecimento ocupacional, acidentes de trabalho e/ou óbitos em serviço.
	Apenas 2, dos 21 apresentaram explicitamente comandos para a contratada ter médicos e engenheiros presentes fisicamente para realizar o trabalho, mesmo que em tempo parcial.

Fonte: Cordeiro, André (2018, p. 80)

Ainda sobre as Organizações Sociais, Lygia Bahia realizou um estudo em que aponta aspectos antidemocráticos na prestação de serviços dessas organizações, assim como denuncia a crescente financeirização dessas organizações que atuam, especialmente, em três setores filantrópicos: um que se organiza em torno de hospitais gerais exclusivos para clientelas ricas e apresenta-se como um segmento descolado dos órgãos públicos, outro que explicita demandas junto aos órgãos governamentais e que é apoiador da ampliação do mercado privado de planos de menor preço e um terceiro, especialmente voltado à oncologia, que vem se modernizando por meio de investimentos governamentais. Em todos esses casos, se observa a crescente financeirização das organizações filantrópicas, seja por meio de venda de serviços ou de participação de rentistas especuladores em seus fundos de pensão (BAHIA, 2018).

A financeirização do setor de saúde brasileiro é também discutida no texto de Filippin (2015) que alerta que empresas estrangeiras estudam o mercado brasileiro há muito tempo e que a vedação de investimentos estrangeiros na prestação de serviços de saúde dificultava a entrada de capital. Com a aprovação da Lei nº.13.097 de 2015, o primeiro e o segundo estágio de dominação de mercado no Brasil estão em curso, com a compra e a fusão de prestadores de serviços privados.

De acordo com Filippin (2015), na terceira fase, os grandes *players* se estabelecem, recuperam os prejuízos das fases anteriores e passam a regular a oferta. Neste momento, acontece o aumento de preço e a maior segmentação do mercado. Com um SUS altamente dependente de serviços privados, o Estado ficará de joelhos perante a exploração privada e a tendência é sucumbir, perdendo a capacidade nos níveis secundários e terciários, nos quais o capital vai se concentrar em busca de maior lucratividade, limitando a oferta pública aos cuidados básicos com os pobres e assistindo à exploração desmedida da classe média (MONTEIRO, 2020).

A demonização da política, a negação do papel das políticas públicas, a marginalização da pauta de direitos humanos e a excessiva valorização da Operação Lava Jato, que denominou a “corrupção” como a única causa das mazelas do Brasil, possibilitou a eleição de um político que não apresentou um projeto de desenvolvimento e que assumiu o comando do Brasil em 2019 criando mais crises para o SUS, começando pelo conflito ideológico com Cuba que resultou no encerrando da cooperação para atuação no Programa Mais Médicos.

O programa foi encerrado pelo Ministro Luiz Henrique Mandetta pela Medida provisória nº. 890 em agosto de 2019, convertida na Lei nº 13.958 em dezembro do mesmo ano, instituindo o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Tais medidas apontavam para a contratação dos médicos e outros profissionais de saúde pela CLT e não mais por bolsas, aumento nas remunerações que passariam de 11 mil para até 31 mil e os contratos seriam firmados pela nova entidade criada, como serviço social autônomo, de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública.

Alguns autores se apressaram em realizar as primeiras análises sobre a criação dessa entidade, alertando sobre os riscos de a Atenção Básica do SUS se tornar um novo espaço de exploração comercial e dos possíveis retrocessos que isto causaria para a formação de médicos de família, inclusive a partir dos interesses demonstrados pela Unimed, que se apresentou como parceira do Ministério da Saúde nessa empreitada (GIOVANELLA et al., 2019, p.2).

Para os autores, a criação dessa entidade demonstra a adesão as diretrizes da década de 1990, *new public management*, dentro da utopia liberal e ainda não superada de transferência da provisão de serviços sociais para o setor privado. Os argumentos são os mesmos: maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão, além da “desejada” ampliação das parcerias entre o Estado, mercado e sociedade civil.

O Programa Mais Médicos integrava três eixos, sendo: a provisão, a regulação e formação para o SUS e a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS), afetando positivamente o SUS, enquanto o programa que ficou no lugar se restringe ao aspecto da provisão carregada por aumento de remuneração, mantendo o contrato inicial como bolsa por dois anos até que o médico conclua e seja aprovado na especialização, rompendo com o ciclo formativo que exigia quatro anos de prática em formato de residência com preceptor. Assim, considerando as estratégias atuais dos planos de saúde em investir na atenção básica como forma de reduzir custos com especialistas, é bem provável que o Estado financie a formação desses profissionais, que em seguida serão cooptados para atuar na saúde privada, em face da ausência de um plano de carreiras para sua fixação no SUS, e possivelmente este é o interesse da cooperativa privada de médicos (Unimed).

Além disso, o interesse do setor de saúde brasileiro pelas corporações financeiras que gerenciam planos de saúde e hospitais, se tornou mais acentuado, o que pode transformar a

Atenção básica do SUS no modelo defendido na proposta de cobertura universal de saúde, uma vez que o caminho para o componente mais capilarizado do SUS está sendo aberto para a iniciativa privada, gradualmente, inclusive abandonando o projeto de regulação da formação em medicina no nível da residência e da graduação e que pretendia retomar a tarefa política que fez nascer a medicina social, disputando os futuros médicos com os reprodutores ideológicos do capital.

O governo caminhava para uma proposta de privatização da Atenção Básica quando, em 30 de dezembro de 2019, a China comunicou à Organização Mundial da Saúde (OMS) o aumento atípico dos casos de pneumonia na província de Wuhan. Na semana seguinte, autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, uma cepa ainda não havia sido notificada em humanos. No mesmo mês, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), alertando as autoridades sobre os riscos do novo coronavírus (PHO, 2020).

O objetivo era iniciar a coordenação, a cooperação e a solidariedade mundial diante do alto risco de propagação da doença. No entanto, ao contrário de uma rede de proteção, formou-se uma guerra comercial por equipamentos de proteção individual (EPI), respiradores, testes e medicamentos produzidos principalmente pela China, evidenciando vulnerabilidades não só dos países periféricos, mas de boa parte do mundo desenvolvido. O desabastecimento interno de insumos para enfrentar a epidemia na Europa e nos Estados Unidos revelou alta dependência de produtos vindos da Ásia, escancarando a concentração da produção de bens essenciais fora do controle dessas potências e, apesar de todo domínio tecnológico e dos fabulosos parques produtivos que possuem, as suas nações pereceram.

A pandemia da COVID-19 ao invés de unir esforços, valorizar a ciência e integrar governos no sentido comum de preservação das vidas humanas, se tornou uma das maiores demonstrações de que a característica central do capitalismo é a falta de responsabilidade coletiva e de solidariedade. A solução capitalista das potências econômicas foi a adoção de bloqueios de exportação do que produziam em regime emergencial e retenção ou mesmo pirataria de produtos que não produziam.

Em março de 2020 foi confirmada a primeira contaminação no Brasil -, um homem de 61 anos que havia voltado da Itália e que conseguiu se recuperar no Hospital Israelita Albert Einstein. No mesmo mês, ocorreu também a primeira morte, uma empregada doméstica de 63 anos, cuja patroa também havia estado na Itália. A doméstica saiu do

trabalho diretamente para a unidade de saúde, já em estado grave, falecendo no Hospital Municipal Luiz Gonzaga demonstrando assim que apesar de o vírus contaminar ricos e pobres, a violência da desigualdade entre as classes seria determinante, portanto, havia razões suficientes para fortalecer as medidas coletivas de saúde.

O Brasil, país que enfrentou com eficiência e protagonismo a epidemia do HIV e que a partir dessa vivência se tornou competente na produção de medicamentos complexos, na gestão de doenças virais complexas, acabou se tornando o país das “covas coletivas” e das mortes por falta de oxigênio dentro de hospitais.

A velocidade do contágio e a gravidade de suas consequências alteraram as prioridades globais e mesmo de maneira assimétrica, a ciência se apresentou com pesquisadores das áreas de infectologia e epidemiologia, autoridades sanitárias nacionais e, especialmente, a OMS protagonizando o debate mundial, emitindo orientações de prevenção e informações sobre o que estava sendo descoberto em passos rápidos e consistentes.

A emergência sanitária apontava também para necessária organização dos sistemas nacionais de saúde, sugerindo medidas mitigadoras para conter o contágio e evitar o colapso desses sistemas e ordenamento dos casos, que deveria ter servido para estruturar a atenção básica na coordenação da rede. Mas, as fragilidades conhecidas pelos pesquisadores, profissionais e os usuários do SUS, tornaram-se debate público e a profundidade do caráter dependente do setor de saúde brasileiro foi evidenciada pela dificuldade em adquirir Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) básicos ao trabalho dos profissionais de saúde, equipamentos de socorro como ventiladores respiratórios, suprimentos essenciais como sedativos e oxigênio, além da difícil possibilidade de uma resposta rápida e autônoma do setor de CT&I para o enfrentamento da pandemia.

Para além dessas debilidades com as quais o SUS se debate rotineiramente, diante de uma pandemia, a subordinação dos interesses públicos aos interesses privados de agentes nacionais e internacionais resultaram em iniciativas como a montagem de hospitais de campanha provisórios por meio de parcerias com a iniciativa privada, que, posteriormente demonstrou, ser meio para comportamentos corruptos, como no caso do Rio de Janeiro, em detrimento de investimentos que viessem fortalecer permanentemente as unidades do Sistema Único de Saúde.

A crise sanitária se tornou crise política, crise econômica e humanitária porque a função de “gestor da dependência” foi levada até as últimas consequências pelo Presidente da

República, cujo nome não constará dessa tese.

Em primeiro lugar, foi colocado o sistema financeiro. Em março de 2020 o Banco Central disponibilizou R\$ 1,216 trilhão (16,7% do PIB) para os bancos manterem a disponibilidade de dinheiro para que as instituições financeiras funcionassem normalmente, volume esse muito superior ao disponibilizado durante a crise econômica global de 2008 e que, na época, correspondeu a R\$ 117 bilhões (3,5% do PIB), como se o mercado fosse capaz de resolver o que estava por vir (UOL, 2020).

Neste mesmo mês, o inominável iniciou sua campanha de desinformação, juntamente com apoiadores, contra as medidas sanitárias de distanciamento social e, mesmo com o decreto do Governo do Distrito Federal (GDF) que determinava o funcionamento apenas de serviços essenciais, ele visitou postos de gasolina, farmácia, padaria e supermercado, promovendo aglomeração para fotos, vídeos e apertos de mão.

A leitura e a consciência sobre as funções de um Estado dependente permitem um olhar atento para o papel que ele fazia e que visava atender interesses econômicos do empresariado nacional, que não aceitou a ideia de que seus negócios precisariam ser fechados ou reduzidos, temporariamente, diante de um vírus que se mostrou mortal para milhares de pessoas. Esses dois atos – salvaguarda do sistema financeiro e descumprimento de regras sanitárias – deixariam claro a opção que o governo faria e isso seguiu.

Para a elite exportadora, algumas medidas já haviam sido tomadas antes da COVID, como fim da política de estoque de alimentos em 2019 que gerou a alta dos preços de vários itens como a carne. Durante a pandemia as medidas que beneficiam essa classe continuaram por meio do afrouxamento do câmbio pelo Banco Central, desvalorizando a moeda brasileira o que fez com que a exportação se tornasse ainda mais vantajosa em detrimento do abastecimento do mercado interno.

A elite estrangeira também se beneficiou, e, ao invés de reversão industrial e de medidas para proteger a indústria interna, foi realizada uma abertura comercial com isenção de impostos de importação para mais de 500 itens, muitos dos quais não tinham qualquer relação com o combate a COVID-19.

Ações aterradoras como a ideia de imunidade de rebanho para um vírus agressivo, que por óbvio demonstra o desprezo pela vida, especialmente a vida dos mais pobres, que seriam e, que foram os mais afetados por não possuírem bases materiais para o isolamento social, até a total paralisia quanto a medidas estratégicas como a reversão industrial para produzir o

essencial no Brasil foram executadas sob os auspícios do mercado financeiro, de uma parte da burguesia, de uma parte da corporação médica e de parte da própria população.

As margens de lucro não só foram recuperadas, como foram ampliadas e o respeito a disciplina fiscal foi utilizado como argumento para atrasar a compra de insumos, testes e vacinas dos laboratórios estrangeiros, bem como para a atrasar a produção nacional, enquanto recursos eram viabilizados pelo BNDES para produção de medicamentos sem eficácia cientificamente comprovada. Até mesmo a possibilidade de privatizar as Unidades Básicas de Saúde do SUS no meio da pandemia foi aventada por agentes do Ministério da Economia, mesmo diante do total esgotamento também da rede privada.

No meio de tudo isso, mudanças no Ministério da Saúde com a demissão de Mandetta, contratação de um médico que desconhecia o SUS e depois a substituição por um militar que desconhecia a geografia do Brasil. Hoje há um cardiologista no comando da pasta, mas sua atuação não deixará um bom legado ao Ministério da Saúde, para além do quadro de Carlos Chagas, personagem que cuja luta pela saúde coletiva e pública ele desconhece, senão não teria feito questão de colocar um quadro do cientista em seu gabinete, em Brasília.

A gestão da dependência é o principal papel de governos alinhados com a elite interna e estrangeira que adota diferentes mecanismos da dependência do país em suas relações com o mundo, e foram, portanto, amplamente revelados pela pandemia da COVID-19. Mas as instituições funcionaram e a imprensa, por mais sabuja que tenha se mostrado em determinados períodos da história brasileira, foi correta quanto à produção e disseminação de informações sobre a doença, formando um consórcio que cuidou de manter a população informada contra a rede extensa de Fake News, negacionismos e revisionismos patrocinados pelo governo federal, como demonstrou a CPI da Covid. O Brasil havia chegado ao número de 34.384.747 casos com 683.494 óbitos, segundo dados do painel covid do dia 29.08.2022 (<https://covid.saude.gov.br/>).

O SUS, no entanto, saiu maior desse terrível episódio. A sociedade compreendeu sua importância e a campanha #DefendaOSUS ganhou relevância nas redes sociais. O brasileiro, culturalmente acostumado a se vacinar e vacinar seus filhos, compareceu aos postos de saúde e mais de 80% da população está totalmente vacinada.

A vacina demonstrou sua eficiência e o número de óbitos foi reduzido drasticamente a partir de abril de 2021, quando a campanha começou. Novamente foi o Estado que resolveu, foi a ciência que deu o resultado esperado por meio do Butantan com a Coronovac, da Fiocruz

com a AstraZeneca e do SUS comprando doses de laboratórios internacionais para complementar a demanda interna.

O SUS é uma das fronteiras de defesa da população que vive no Brasil, a produção pública da vacina e desta vez, o novo modelo de PDP que incluiu também a produção do IFA no Brasil por meio da Fiocruz.

Compreender como os países atuaram diante da pandemia de Covid, como foi feito no caso da pesquisa entre o Brasil e o México na condução da epidemia do HIV, é uma tarefa a ser realizada e que não cabe no escopo dessa pesquisa exploratória, mas, de qualquer modo, o mundo assistiu a eficiência do NHS na comunicação, no rastreamento dos contactantes, na disponibilização dos insumos necessários, assim como viu a brilhante atuação da governante da Nova Zelândia, isso sem falar na rapidez com que a China atuou para conter o vírus na província de Wuhan, local onde o vírus foi primeiro identificado.

Em todos esses casos foi a prevenção que funcionou e como sabemos a prevenção está na Atenção básica, para onde o CEIS deve se voltar totalmente, pelo menos em sua face de produção pública e em sua visão de futuro. Não haverá nada mais inovador que o próprio SUS e nada mais efetivo do que tornar a Atenção Básica uma estrutura moderna, robusta, ampla, um autêntico portal de entrada para quem precise utilizar o Sistema Único de Saúde.

5 O ESTADO EMPREENDEDOR DA SAÚDE UNIVERSAL

O empreendedorismo é considerado uma das virtudes da iniciativa privada e há mesmo muitas empresas que empreendem e geram produtos e serviços relevantes socialmente. No entanto, há autores que dão outra conotação ao termo e consideram que o Estado é um dos agentes mais empreendedores da economia, embora seja sempre sua face atrasada que apareça mais. Mariana Mazzucato é uma dessas autoras.

Em 2014 lançou o livro “Estado empreendedor” em que expôs os mitos sobre o empreendedorismo da iniciativa privada, apresentando evidências sobre o Estado ser o patrocinador da maior parte das inovações que transformaram a sociedade, como a internet, por exemplo. Mazzucato apresenta com detalhes uma série de dados sobre o Estado ser o agente econômico que investe na pesquisa básica e que assume a maior parte dos riscos em benefício do progresso científico e tecnológico, desmontando crenças limitadoras sobre o papel do Estado na sociedade. Mais do que um agente que corrige as “falhas de mercado” ou financia de forma passiva a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, o Estado cria mercados, demandas e inovações que posteriormente são apropriados em setores lucrativos como a Google, a Apple e líderes da indústria farmacêutica.

Para Mazzucato, o ponto central é que, ao reforçar a ideia de que a iniciativa privada é o tigre e o Estado é um gatinho, os valores sociais da produção pública são invisibilizados e, com isso, o esforço da geração de inovação financiado pela sociedade é transformado em recompensa para os poucos.

A autora argumenta que seu foco em inovação não é motivado por ser a única coisa importante que o Estado pode fazer e onde deve investir, uma vez que o papel do Estado na garantia dos direitos humanos, saúde, educação e infraestrutura que permita o funcionamento da sociedade é tão ou mais importante para a economia do que as inovações. A escolha pela abordagem do Estado pela via da inovação é justificada porque essa é uma questão muito controversa em que o Estado costuma ser subestimado enquanto o setor privado é superestimado, apontando que o Estado não tem apenas “interferido, mas criado e inovado. No entanto, a história que é contada, na qual infelizmente as pessoas acreditam, fala de uma indústria farmacêutica inovadora e de um governo que se intromete” (MAZZUCATO, 2014, pp. 39, 47), mas o Vale do Silício e a indústria biotecnológica não teriam alcançado o sucesso econômico sem os investimentos públicos e, mesmo após a introdução de novas tecnologias, o setor privado continuou recessivo. Nesses dois segmentos, Mazzucatto aponta que não foi o

setor empresarial e sim o Estado que investiu na internet e as novas áreas do conhecimento como a biotecnologia e a nanotecnologia, além de tantos outros setores como o desenvolvimento da aviação, energia nuclear, informática e, na economia verde.

O que mantém o Estado na posição de investidor em inovações de risco é o fato de que, para o poder público, não há alternativa, é preciso avançar em áreas em que a sociedade precisa de avanços e a iniciativa privada não se apresenta. Há também o fato de que a iniciativa privada direciona seus investimentos para setores mais lucrativos, como é o caso das indústrias farmacêuticas e farmoquímicas que, no Brasil, reduziram a produção de insumos para saúde humana e aumentaram a produção para saúde animal priorizando o agronegócio, como já mencionado. Além disso, Mazzucato alerta que os grandes investidores têm optado pelo setor parasitário da economia, a financeirização, em detrimento de investir no setor produtivo.

A esse respeito, Mazzucato faz uma discussão fundamental e, mesmo para os que não são economistas de formação, como eu, fica perceptível a relevância do que ela aponta em relação a necessária discussão sobre a teoria do valor e as atividades consideradas produtivas e improdutivoas. Em sua obra “O valor de tudo” de 2020, a autora faz um rico levantamento sobre as origens da teoria do valor e demonstra claramente que, na atualidade, atividades tratadas como criadoras de valor, não criam nada, apenas extraem valor. A discussão sobre “valor” está fincada no conceito de atividades produtivas e improdutivoas e esses conceitos apresentam variadas compreensões teóricas que foram evoluindo ao longo do tempo que subverteram o pensamento dos cânones da economia e saíram do debate dos economistas contemporâneos. Mazzucato destaca é que a atividade rentista passou da fronteira das atividades improdutivoas para fronteira produtiva e como isso é problemático para a economia.

Os dados apresentados indicam que entre 1975 e 2017 o PIB real dos EUA praticamente triplicou, com um crescimento de 60% de produtividade. No entanto, em 1979 o salário da maioria dos trabalhadores estagnou ou foi reduzido e, assim, por quase 10 anos uma pequena elite acumulou os resultados da expansão da produtividade. A partir dessa perspectiva, ela inicia a discussão sobre quem são os criadores de valor, quem são os que ganham com atividades produtivas e, portanto, qual é de fato a origem da criação de valor, problematizando, por exemplo, o fato de que em 2009 o Lloyd Blankfein declarou que seu pessoal estava entre os mais produtivos do mundo, mesmo um ano após os contribuintes

estadunidenses terem desembolsado 125 bilhões de dólares para salvar o banco durante a crise causada pelo sistema financeiro em 2008 (MAZZUCATO, 2020, p. 16).

Ela explica que o governo salvou o banco com o dinheiro dos contribuintes e, apesar da evidente fraude praticada pelo sistema financeiro, não foram impostas novas regras para o funcionamento do sistema financeiro, que mantém o nível de risco especulativo e poderá causar novas crises globais. O que ela argumenta é que, como o sistema financeiro foi alçado para a fronteira produtiva integrando a conta nacional, ou seja, o PIB dos países, a operação de salvação dos bancos fez sentido, porque como gerador de valor para a sociedade o sistema financeiro precisa ser sempre salvo.

Mazzucato ressalta que isso não foi sempre assim. Ao percorrer a história da economia, a autora identifica que até 1960 as finanças eram consideradas como um setor importante para transferir riquezas e não para criá-las, entrando no PIB somente como insumos intermediários, e que isso mudou após 1970, quando o setor financeiro passou a integrar as contas nacionais, momento em que aconteceu a desregulação do setor, relaxando o controle sobre empréstimos, sobre a taxa de juros e sobre produtos financeiros. Essa mudança promoveu uma alteração no modo como o setor financeiro influencia a economia real. Não se trata de desconsiderar a importância do setor financeiro, mas de advertir sobre os riscos da excessiva e impaciente busca retornos rápidos e extraordinários, cada vez mais sofisticados na arte de se camuflar como as atuais “instituições financeiras não bancárias” e de invadir setores como a saúde.

Essas mudanças promoveram alteração no modo como o setor financeiro influencia a economia e ao longo dos anos 2000 assistimos a financeirização da economia, com ganhos exorbitantes comparados ao setor produtivo, embora este também se beneficie com ganhos exorbitantes justificados por merecimento devido a atuação em atividades de risco e geração de inovação⁶⁹, como o caso da indústria farmacêutica.

⁶⁹ A justificativa para enormes ganhos derivados de medicamentos de alto custo no chamado “preço com base no valor”, tem sido refutada por especialistas que não identificam correlação entre o preço dos remédios para câncer, por exemplo, e os benefícios que oferecem (MAZZUCATO, 2020, p. 18).

A discussão sobre atividades produtivas, e a questão da lei do valor são temas que devem permanecer estranhos nos estudos da saúde coletiva. A proposta do “valor público”, que, segundo Mazzucato, é abordada a milênios pela filosofia e pela sociedade, mas segue negligenciada pelos estudos econômicos e diz respeito a interpelar a teoria marginalista que determina o valor de uso, substituindo o conceito de “bem público” que há na economia, mas tem sido utilizado para criar limites para atuação do Estado, ou seja, para apoiar medidas sociais para vulneráveis ou pacotes limitados de serviço para a sociedade em geral, enquanto a proposição do “valor público” visa demonstrar como a ação estatal em alguns segmentos contribui para a economia.

Segundo Mazzucato (2020), Smith elaborou uma classificação e considerou que alguns tipos de trabalho não remuneravam suficientemente para a subsistência do trabalhador, mas nesses casos ele afirmava que os excedentes gerados pelos mais produtivos faziam a compensação, iniciando também a discussão da produtividade.

Utilizando a teoria de produtividade e a teoria do valor-trabalho de Smith, David Ricardo iniciou estudos para explicar como a sociedade mantinha as condições de reprodução. O interesse dele estava relacionado a um ponto ausente na teoria de Smith sobre como o valor era distribuído na sociedade, preocupando-se com o salário. No entanto, ele adotou como base a teoria de Thomas Malthus (1766-1834) e, assim, partiu de preocupações com o crescimento populacional e a escassez de alimentos.

Para Ricardo, o preço baixo dos alimentos permitiria que os salários fossem baixos e que, com isso, os lucros aumentassem, gerando excedente para investimentos futuros. Então, em sua perspectiva, à medida que os lucros crescessem, o capitalista deveria investir mais na produção, empregar mais e aumentar salários. Ricardo definiu renda como transferência de lucro e conseguiu estabelecer a diferença entre renda, lucros e salários (MAZZUCATO, 2020).

Outro aspecto que consumia atenção dos autores da economia clássica era a definição das atividades produtivas e improdutivas, porque esta era e, ainda é, a base para composição da contabilidade interna dos países. Segundo Mazzucato, Smith acreditava que a manufatura era a fonte geradora de valor e por mais úteis e honrados que fossem as atividades descritas como serviços, como as atividades do Estado, da justiça, padres, médicos e artistas, eram considerados trabalhos improdutivos (2020, p. 63). Ricardo, por sua vez, não estava preocupado se as atividades produtivas eram materiais ou imateriais, seu foco era a defesa de

que em havendo excedentes, este deveria ser investido de maneira produtiva, sendo contrário ao acúmulo de renda. Mazzucato menciona que Ricardo fracassou ao tentar e encontrar uma mercadoria externa útil como padrão invariável de valor, uma mercadoria que determinasse o valor de todas as outras, mas Marx avançou e estudando profundamente o capitalismo conseguiu fixar como medida invariável – os próprios trabalhadores. A autora salienta que Marx foi cuidadoso ao distinguir o trabalho gasto na produção e a força de trabalho, que é capacidade de trabalhar.

Mazzucato aduz que os seres humanos são capazes de criar mais valor do que precisam para restaurar sua força de trabalho e que, se um trabalhador precisa de cinco horas para produzir o valor necessário para restaurar sua força de trabalho diária, o valor da força de trabalho é equivalente a cinco horas, porém se a jornada durar dez horas, as cinco horas adicionais criarão valor além do necessário para restaurar a força de trabalho. A genialidade de Marx então foi afirmar que a fonte da riqueza era o próprio trabalho com a concepção de que “a força de trabalho cria a mais valia” (2020, p.76).

Não se trata de considerar, como a autora o faz, que o Estado cria valor, porque nesta tese a perspectiva é de que é o trabalho que gera valor na sociedade como nos ensinou Karl Marx, mas considerar o Estado como um agente produtivo e não apenas o ator que entra no cenário quando ocorrem “falhas de mercado”, ou seja, nos setores em que a iniciativa privada não tem interesse ou para complementar necessidades não atendidas.

Sobre as crenças limitantes em relação ao papel do Estado que predominam desde a década de 1970, Mazzucato afirma que são pautadas em narrativas baseadas em números mágicos, tirados do “nada”, indicando que, naquela época, a ideia era limitar os gastos públicos para que a dívida pública fosse reduzida até o patamar de máximo 60% do PIB dos países (MAZZUCATTO, 2020, p. 292). Depois, outra proposição recomendava para os países europeus endividados não permitissem que os gastos públicos superassem 3% do PIB. No entanto, o que se assistiu foi a falha de todas essas recomendações de austeridade, como no caso da Grécia, que mesmo obtendo 260 bilhões de euros, reduziu gastos sociais, inclusive salários e aposentadorias, e acabou caminhando para recessão e depois para depressão, fenômeno que Mazzucato chamou de “cura que mata o paciente” (2020, p. 293 e 294).

O neoliberalismo falhou, assim como a austeridade também falhou, com enormes custos sociais, sem que ninguém seja realmente responsabilizado, tanto assim que a autora salienta que seus defensores continuam dispostos a criar números e realidades para comprovar

suas teorias, mesmo que esteja suficientemente claro que os cortes de impostos e os cortes de gastos do governo não tenham reativado a economia em nenhum lugar do mundo e, ao contrário, vêm produzindo muito caos social, como se viu na Grécia, ou mais perto de nós, no Chile. Para a autora, a questão que deveria ser discutida pelos economistas não é a dívida pública, mas o que os governos estão fazendo com os fundos obtidos, salientando que enquanto esses fundos forem aplicados em setores como saúde, educação, pesquisa, entre outros que estimulem a produtividade, a relação entre a dívida pública e o PIB será proporcional e estará sob controle.

Aqui no Brasil, a despeito das medidas de ajuste fiscal implementadas desde a década de 1990 e já enumeradas nessa tese, a partir de agosto de 2016 uma série de medidas de austeridade previstas no documento “Ponte para o futuro” começaram a ser aplicadas. Parte dessas medidas na realidade integram o documento “Ajuste justo”, elaborado pelo Banco Central, em 2017, com recomendações para a política econômica brasileira. Essas recomendações miram sempre o mesmo lugar, os fundos públicos, sendo curioso como não se encontra recomendações para o empresariado cumprir regras sociais, ambientais, legais, nem mesmo para o próprio sistema financeiro.

Sob o argumento falacioso da defesa dos mais vulneráveis, podemos ver na página n.11 do relatório que o teto de gastos deve introduzir um ajuste gradual, reduzindo em 0,6% os gastos públicos até chegar a um corte cumulativo de 25% ao final de dez anos.

O relatório chega a ensaiar e quase ousa orientar para o aumento da tributação dos grupos de alta renda e para revisão da tributação regressiva que sobrecarrega os mais pobres, mas salienta que tais medidas “não são discutidas em detalhe neste relatório, mas deveriam fazer parte da estratégia de ajuste fiscal”(BM, 2017, p.12) e, assim o relatório passa a detalhar, é claro, onde o Estado deveria cortar: benefícios, pensões e assistência do sistema de seguridade, salários dos funcionários públicos, fim da isenção da zona franca de Manaus, entre outros programas de incentivo à produção nacional, que segundo o relatório, deveriam ser abandonados.

No geral, recomendam que o investimento em saúde deve ser reduzido, mas o mais grave é o caso da educação em que é recomendado um corte de 50% do orçamento destinado, surgindo assim os números mágicos que no final, nada mais é do que o retorno do Estado pré-constituição de 1988.

5.1 O valor público do Sistema Único de Saúde

O valor público das atividades do Estado não é um debate com o qual a saúde coletiva tenha afinidade, mas precisa ter. Primeiro porque, como Mazzucato (2020) alerta, há um problema não resolvido entre as teorias que analisam as “falhas de mercado” e a teoria derivada do marginalismo, a “teoria da escolha pública”, que trata das “falhas do Estado”. Segundo essa teoria, criada por James Buchanan, aluno da escola de Chicago e Nobel de Economia, o fracasso dos governos é provocado pelos interesses privados que capturam ou corrompem políticos que acabam fazendo investimento incorretos, escolhendo perdedores ou atuando em competição com a iniciativa privada. Sobre isso, Mazzucato salienta que enquanto os nekeynesianos se preocuparam com medidas que o Estado deveria adotar para corrigir supostas falhas de mercado e os teóricos da escolha pública se preocupavam com os fracassos dos governos, a teoria da utilidade marginal seguiu sem ser desafiada.

A teoria da escolha pública levada ao ápice prega que o governo deve intervir o mínimo possível na economia para minimizar o risco de fracasso do próprio governo, uma proposição no sentido de que “se não faz, não erra”, transferindo assim atividades para o setor privado. Além disso, recomenda que o Estado não tenha propriedades, já que não tem competência para geri-las, justificando assim as privatizações, desconhecendo, ou melhor, fingindo desconhecer valores como soberania, autonomia e direitos humanos.

Mesmo o liberal, J. Arrow – ganhador do prêmio Nobel de economia de 1972 – ao realizar o primeiro estudo sobre as incertezas e a economia do bem-estar, em 1963, afirmou que a solução *laissez-faire* para a saúde seria intolerável. Evidente que o olhar dele acabou moldando as linhas de pesquisa que tratam os efeitos colaterais do capitalismo como “falhas de mercado”, desenvolvendo toda uma indústria de seguros e riscos que acabou inviabilizando a saúde como uma política universal no país mais rico do mundo, mas, de qualquer modo, não é cabível olhar a saúde com os mesmos pressupostos direcionados a produtos e serviços distribuídos somente pela via da comercialização, mas isto continuará a ocorrer enquanto prevalecer a teoria marginalista.

A importante contribuição que o marxismo presta sobre essa questão e que Mazzucato enfatiza é que a distinção entre o valor de troca e o valor de uso é fundamental e que o desaparecimento do debate acerca do ‘valor’ beneficia diretamente atividades que expropriam valor ao invés de criá-lo. Ela chama atenção para o fato de que ao deixar de debater o conceito de valor, a cultura do “valor está nos olhos de quem vê”, ou seja, é o preço

que determina o valor, vem prevalecendo e trazendo implicações para o nível de distribuição de renda.

O que pauta essa lógica é que, desde que exista um mercado, a receita obtida é merecida, sem que seja feita qualquer reflexão sobre atividade produtivas ou improdutivas altamente recompensadas pela sociedade, auferindo altas rendas, porque são percebidas como detentoras de valor, quando elas bloqueiam ou mesmo destroem valores existentes (MAZZUCATO, 2020, p.37). A definição de valor está vinculada ao modo como a sociedade deve se desenvolver e, ao se colocar como atividades “criadores de riqueza” a partir da perspectiva do preço baseado no valor (e não ao contrário), uma indústria farmacêutica deveria ser condicionada a apresentar, por exemplo, o valor da participação do setor público – responsável pela maior parte do investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico – em suas inovações e isso modificaria completamente a performatividade que tem sido propagada, fazendo assim a relação entre os gastos públicos com educação e ciência e os resultados para a sociedade.

Outra questão a ser seriamente debatida são os critérios de recompensa da produção de pesquisa básica. Nos países desenvolvidos, a mudança nas políticas de C&T se pautaram na busca pela liderança e pela hegemonia, mas na América Latina os motivos foram outros, esperava-se romper com atrasos e conquistar alguma autonomia.

No entanto, as políticas de C&T foram introduzidas na região sem o correspondente desenvolvimento científico, o que resultou em grandes dificuldades de acessar tecnologias de ponta, resultando na importação intensiva dessas tecnologias prontas que já estavam sob o domínio das empresas estrangeiras, como já mencionado.

Além disso, não houve preparação do ambiente de inovação, permanecendo a academia de um lado e o sistema produtivo do outro. Anne-Marie Maculan (1995) demonstra que essa separação é de certo modo, natural e não se modificará se não houver intervenções pactuadas, porque a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são processos distintos, como demonstra o quadro n. 3 a seguir.

Quadro 3 - Distinção entre Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Pesquisa	Desenvolvimento tecnológico
Autonomia dos pesquisadores	Empresas e tecnoestrutura estatal
Formação de pessoas	Aquisição de tecnologia externa
Financiamento Público	Financiamento dual
Incerteza quanto ao retorno do investimento	Garantias de retorno de investimento
Realizar investigações	Crescimento econômico
Difundir novos conhecimentos	Proteção dos novos conhecimentos

Fonte: Adaptada de Maculan (1995)

As empresas investem em pesquisas com objetivos muito bem definidos a partir de possibilidades concretas de formação de mercados consumidores. Protegem o novo conhecimento visando aumentar suas vantagens competitivas e criar monopólios para aumentar sua rentabilidade, seja com patentes e/ou consumo. Já o Estado atua na produção pública do conhecimento científico, difundindo em artigos científicos cada passo em direção a determinado objetivo ou passos dados em direção ao que ainda não se conhece ao certo. Com riscos maiores e resultados imprevisíveis, a ciência básica fica cada vez mais a cargo do Estado.

Além da distinção de motivações entre esses processos, a autora aponta basicamente para dois modelos de intervenção do Estado. No primeiro deles, o Governo investe e gere políticas em setores estratégicos com objetivos, por meio de pequenos núcleos que possuem autonomia orçamentária e podem estabelecer relações comerciais com empresas nacionais. No outro mecanismo de intervenção citado pela autora, mas semelhante ao que ocorre no Brasil, o Estado financia uma base técnica do sistema de educação e formação técnica para desenvolver e acumular conhecimentos de base.

Sobre o Brasil, Maculan destaca a concentração das decisões sobre C&T no nível federal em que as grandes questões de estratégia e conteúdo das políticas são definidas, com centralização dos recursos na administração direta (Ministérios) e por meio de suas agências CNPq, Capes e Finep. Apesar da base científica ter desenvolvido relações com as agências financiadoras e coordenadoras de políticas de C&T e isto ser bastante positivo, na visão da autora, há necessidade de envolver os setores responsáveis pelo planejamento da indústria e do comércio na definição dessa agenda de prioridades, hoje a cargo dos próprios cientistas.

Conceitualmente, as políticas de desenvolvimento de C&T devem estar integradas a um contexto mais amplo de desenvolvimento econômico e social direcionado, minimamente, a sustentar políticas estratégica para o país, como o SUS. Como ressalta Mazzucato (2014), vários países entraram em consenso sobre o papel empreendedor do Estado e estão buscando recuperar atrasos em relação as economias centrais. A autora afirma que não basta a existência de um sistema de inovação nacional, pois “o Estado precisa comandar o processo de desenvolvimento industrial, criando estratégias para o avanço tecnológico em áreas prioritárias” (2014, pág. 71).

Mazzucato (2020) aponta que o *NHS* tem se mantido como um sistema de saúde equitativo e muito eficiente e mesmo as reformas de viés mercadológico implantadas a partir dos anos de 1990 não prejudicaram estruturalmente o serviço de saúde, cujas bases e valores centrais do acesso universal e da gestão pública continuam sendo reconhecidos como pontos positivos pelos ingleses que colocam o sistema público de saúde no mesmo “panteão que a rainha e a BBC”.

Isso significa que, para além de um bem público, o *NHS* alcançou prestígio como um valor de cidadania para seus usuários, ao ponto de 84% pensarem que o sistema deve continuar sendo gerenciado pelo Estado (Mazzucato, 2020, p. 312). A questão para nós é como o Brasil pode alcançar essa percepção pública sobre o SUS?

Primeiro, exatamente em oposição ao que orienta a teoria da escolha pública, o Estado deve assumir e pensar grande, deve enfrentar as dificuldades do SUS, que a essa altura são sobejamente conhecidas, deve investir na própria capacidade sem medo do fracasso e sem crenças limitadoras, que poderiam ter inviabilizado completamente o projeto de saúde universal em seu nascedouro. Os defensores do SUS ousaram, foram para além dos limites determinados, e conquistaram a política de acesso universal, parece, então, que é dever da nossa geração, conquistar, a equidade e a qualidade ao ponto que o sistema público de saúde

brilhe tanto que tenham vergonha de retirar recursos, isso passa por não ser mesquinho com a ciência e tecnologias para o setor.

Depois, precisamos falar mais em valor público do que em bem público, porque isto é muito mais que uma questão de semântica. Discutir valores públicos nos dará condições de discutir qual é afinal o papel do Estado na sociedade brasileira, qual é a influência das ações e políticas públicas na vida das pessoas, e então poderemos discutir a contribuição dessas ações para o PIB⁷⁰, medida que interessa aos defensores e não interessa aos opositores de políticas de inclusão.

Segundo Mazzucatto (2020), valores públicos são aqueles em que há consenso sobre I. os direitos, os benefícios e as prerrogativas aos quais as pessoas devem ou não devem acessar determinado serviço; II. As obrigações de cada cidadão em relação a sociedade, ao Estado e a comunidade e III. os princípios pelos quais os governos e as políticas devem se guiar. Tais aspectos reposicionam os serviços em função de seus beneficiários e mantém o alinhamento permanente, tarefa que vem sendo cumprida pelo cumprida pelo SUS, apesar dos ataques incessantes.

Apesar de toda produção pública e de apresentar custos mais vantajosos para a sociedade, o SUS é mais conhecido como um serviço caótico e ineficiente. Gabriela Silva e Emerson Rasesa (2013) coletaram e analisaram mais de 600 notícias de jornais de grande circulação no Brasil identificando práticas jornalistas que tinham o propósito de massificar a percepção de caos no sistema público. Os autores destacaram o total desinteresse da mídia tradicional na divulgação dos êxitos do SUS. Em razão deste contexto, a maioria dos brasileiros gostaria de ter um seguro privado de saúde ao invés de reclamar maiores investimento para o SUS.

Evidente que a exposição e a denúncia dos problemas são importantes para responsabilização e melhorias no setor público, mas se a informação de massa está a serviço de interesses parciais, a ideia do “caos da saúde” se cristaliza, dificultando a mobilização social pela defesa dessa, que é a maior política universal do Brasil. Enquanto a iniciativa

⁷⁰ Um estudo realizado por Richard Kahn (1905-1989) demonstrou que a cada libra que o governo gastava, gerava outras tantas libras e junto com Keynes afirmou a função multiplicadora dos gastos públicos. O próprio FMI apontou o efeito positivo dos gastos do Estado na produção, chegando à conclusão de que a cada 1 libra de aumento da despesa pública, aumentava 1,5 libras na produção (MAZZUCATO, 2020, p. 307).

privada se beneficia com a boa imagem transmitida pelas propagandas contratadas, o SUS depende demais dos que advogam e militam pela justiça social. Depende sobretudo que seu funcionamento seja compreendido por parte da população que, ainda hoje, não entende que são os seus impostos que financiam essa política, a um custo individual pequeno.

O termo “valor”, tão prestigiado pelos economistas liberais, precisa ser revivido pelos progressistas, primeiro para reafirmar que quem gera valor é o trabalho e quem trabalha é gente. Depois, para escorraçar a subjetividade dessa palavra e demonstrar que a transferência das atividades para o Estado encarece os serviços e não desonera a estrutura pública de suas obrigações.

Santos (2009) constatou por meio do levantamento dos sistemas de saúde europeus que o crescimento do setor privado e sua maior inserção nos sistemas públicos não resultou na retração das responsabilidades do Estado, que permaneceu com todos os encargos quanto ao financiamento, ao planejamento e a condução da política de saúde. No Brasil, a terceirização, a publicização e as parcerias público-privadas não resolveram essa situação e ainda acrescentam custos adicionais para administração pública porque, como vimos, a terceirização de perfis profissionais é mais cara do que a contratação direta.

Além disso, muito ao contrário do credo liberal que defende a melhora da qualidade por meio da concorrência, no caso dos bens e serviços de saúde, o monopólio e o oligopólio são praticamente as regras de negócio e, em geral, esse cenário de concentração de nichos nas mãos de poucos resulta em esquemas de corrupção perpetrados por políticos, empresários e funcionários públicos, com consequências muito graves para os doentes (ALBUQUERQUE, 2017). Esses inquéritos, essenciais para apuração de desvios, também são utilizados para reforçar a imagem negativa do poder público e mesmo para enquadrar governantes e escamotear crises, muitas vezes, causadas pelo setor privado.

É uma espécie de técnica que Mazzucato aponta como descrição feita por Noam Chomsky “técnica padrão de privatização: corte recursos, garanta que nada funcione até que as pessoas fiquem furiosas, repasse ao capital privado” (2020, p.314)

Mazzucato aponta que o custo para os contribuintes dos trabalhadores terceirizados é maior do que dos trabalhadores do serviço público e não é porque eles recebem melhores salários, ao contrário, em geral recebem menos e trabalham em piores condições, porque as margens de lucro são sempre preservadas em detrimento da qualidade do serviço e do bem-estar dos trabalhadores. É possível observar isto no Apêndice B, desta tese.

Assim, o valor público do SUS precisa ser melhor trabalhado e difundido para população brasileira, inclusive para os trabalhadores da saúde, por meio de mecanismos que esses beneficiários acessem.

5.2 Mecanismos de proteção do valor público do SUS

Michael Thiede e Di McIntyre (2008) abordam a importância da educação do usuário para o acesso consciente ao serviço de saúde, determinando sua posição social no sistema e empoderando o indivíduo enquanto sujeito participativo. Os autores chamam atenção para que a informação seja voltada ao receptor, para que sejam interativas e não unilaterais.

No caso do setor de saúde, Gilles Dussault (1992) esclarece que, devido às suas características particulares, por atender necessidades complexas com dimensões variáveis, cada problema de saúde acaba sendo único e, mesmo em casos simples, elementos de risco se incorporam e uma prestação de serviço ruim levará a graves prejuízos. Por isto, os serviços de saúde devem respeitar normas de qualidade, preservando-se procedimentos institucionalizados, normas técnicas e a autonomia dos profissionais, mas há consensos bem gerais sobre o que esperar dos sistemas de saúde, como demonstra a figura a seguir:

Figura 18 - Expectativas dos interessados no setor saúde

Usuários	Profissionais	Estabelecimentos privados	Governo
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de qualidade • serviços acessíveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver seus conhecimentos e prestar um bom serviço • Obter boa renda 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar mercado • Fazer bons negócios 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento social • Benefícios políticos

Fonte: Elaboração própria a partir de Dussault (1992).

Concentrando no que querem os usuários dos serviços de saúde, parece não ser muito desejar serviços de qualidade e acessíveis. Se perguntarmos aos britânicos ou a quem vive no Reino Unido porque valorizam o *NHS*, geralmente respondem simplesmente “porque funciona”. O tratamento acolhedor, as instalações acessíveis, a qualidade do corpo de trabalhadores, a racionalidade no atendimento e nas prescrições são marcas positivas desse

funcionamento. Além disso, a marca *NHS* está em todo lugar, desde o jaleco do médico, até as campanhas de saúde pela tv, pela internet. Não é o Ministério da Saúde, o protagonista de coisa alguma, mas o próprio *NHS* e assim, já são mais de 70 anos de relacionamento entre essa política e seus beneficiários.

Então, a qualidade e o acesso devem ser pontos principais antes a qualquer outra questão para que as iniquidades em saúde sejam reduzidas e que façamos projetos amplos, estruturalmente impactante, como foi a ideia SUS de 1980. Como podemos continuar defendendo o valor-trabalho como base ideológica e permitindo que o SUS se torne esfera para circulação de bens e serviços importados para burguesia estrangeira e reserva de mercado para super explorar trabalhadores para a burguesia interna? Por que não estamos todos defendendo, ao menos, o emprego público como meio de fixar profissionais, desenvolver uma carreira no SUS, pagar salários justos e prestar o serviço de qualidade?

Temos em nossas mãos, neste momento, uma ótima condição para a segunda onda de ruptura no setor de saúde no Brasil, o que faremos com ela? A Covid não deixou dúvidas sobre o Estado ser o único agente capaz de mitigar riscos sociais de alta monta. Fez a população perceber, de forma dramática, que a provisão de bens e serviços de saúde dever ter uma base material potente porque nunca se sabe quando precisaremos dela, mesmo os mais ricos entenderam isso porque a excelência do serviço privado foi também desmantelada, e embora pouco falemos disso, nenhum de nós poderá esquecer do que aconteceu na Prevent Sênior.

Reafirmar o Estado social, o Estado necessário é fundamental diante dos problemas constantes de sociedades desiguais e de emergências sanitárias como ocorreu no Brasil e no mundo. Mas não podemos sair desse cenário do mesmo jeito em que entramos. Portanto, uma das primeiras iniciativas deveria ser a transformação definitiva do SUS em uma política de governo aberto, pois quem vai tornar o SUS uma rede integrada serão os usuários e não os gestores ou os políticos que estão ocupando temporariamente os cargos. São as pessoas que usam o SUS o tempo todo e a vida toda.

Valor público é a sensação que tem um cidadão comum tem sobre a maneira em que está se beneficiando ao acessar um bem ou um serviço público. Que sensação de satisfação, que grau de satisfação e de oportunidade são obtidos, quais elementos de participação e formas de criar cidadania esses serviços que o Estado oferece, geram nas pessoas?

A CEPAL tem realizado uma série de atividades voltadas ao desenvolvimento do valor público, porque aqui na América Latina os serviços públicos, em geral, são mal avaliados pela população, diferente do que acontece nos países nórdicos e europeus, em que o serviço público é considerado adequado e necessário, porque como já mencionado “funciona”. Hoje uma das principais mudanças que precisamos e podemos fazer no SUS é realmente tirá-lo das mãos dos que não querem que funcione e podemos começar melhorando a relação do sistema com as pessoas, sobretudo aquelas que buscam informação ativa e querem participar das decisões.

Nas ciências, por exemplo, um dos assuntos que mais tem chamado atenção da academia é a “ciência aberta”, tema muito importante para o funcionamento das redes de pesquisa. A Ciência Aberta (*Open Science*) é um movimento mundial e as instituições públicas de ciência e tecnologia tem investido em tornar o conhecimento científico aberto e compartilhado para a comunidade científica de diferentes países e para toda a sociedade.

O objetivo é que a maior acessibilidade ao conhecimento científico proporcione mais cooperação, que os dados registrados nas bases possam ser reutilizados e que as partes interessadas possam se sentir incluídas. Nesse movimento, os laboratórios deixam de ser *bunkers*, assim como as centrais de regulação, as Unidades básicas de saúde, as centrais de exames, as unidades de emergência e os hospitais também deveriam deixar de ser sistemas fechados em si, permitindo que a informação circule e que os processos de trabalho sejam abertos para contribuição, a avaliação e a prestação de contas.

Em várias regiões do mundo a discussão sobre aperfeiçoamentos nos sistemas de saúde tem sido na direção de maior autonomia dos usuários, sobretudo após a ampliação da capacidade de as pessoas realizarem interações mediadas por tecnologias digitais, que pandemia da COVID acabou acelerando. Não significa que tenhamos que digitalizar todos os serviços, mas se queremos tornar o SUS coerente com a atualidade, que sejamos nós a propor esses aperfeiçoamentos apontando como o sistema de saúde pode se beneficiar das inovações na área de TI. Já há várias iniciativas em curso, mas mais uma vez de forma assimétrica e por adesão, como se o SUS não fosse um só sistema.

O modelo de atenção precisa ser reconfigurado para empregar serviços baseados na conectividade e na autonomia para cada etapa do ciclo do cuidado, ou seja, antes, durante e depois do atendimento, privilegiando a intenção, a experiência do uso e o grau de confiança que os usuários podem estabelecer com esses itens de serviço (STANTCHEV et al, 2013).

Este é o momento para o SUS se mostrar como um sistema moderno e atento as tecnologias e de colocá-las nas mãos dos usuários. No *NHS*, por exemplo, as pacientes são avisadas quando a data do próximo exame preventivo está próxima e abre-se para elas uma agenda com possibilidades de datas de sua conveniência. Além disso, a disponibilização de insumos com sensores inteligentes - cada vez menores e mais baratos – tem sido disponibilizado para o paciente e sua rede de apoio para monitorar condições, especialmente para doenças de longa duração. Os cadastros e transmissão de dados vêm sendo realizados por pacientes ou apoiadores, beneficiando os profissionais de saúde que deixam de perder horas preenchendo formulários e atualizando dados nos sistemas.

A proposta de mudança na forma pela qual os sistemas de saúde organizam suas atividades, promovem e comunicam a melhoria no desempenho e são financiadas precisa coincidir com novos formatos de serviços, mais bem aceitos pela população. Não adianta impor a forma com que o serviço deve funcionar, não é racional que ainda hoje seja preciso um Agente Comunitário de Saúde ir até a casa de uma pessoa avisar que o exame dela está marcado e que será no dia seguinte. O custo dessa operação é alto demais para o SUS se considerar o número de vezes em que ocorre, além disso, as pessoas têm vida, merecem que suas prioridades sejam respeitadas e que não percam seu exame ou sua consulta simplesmente porque não foram avisadas com antecedência. Qual o sentido de um exame ser marcado por plataformas digitais e o usuário, ou seu familiar, não ser avisado imediatamente por e-mail, por Whatsapp? Qual sentido do usuário do SUS não poder escolher o local e o horário do seu próprio exame? Dentre os mecanismos para gerar e proteger o valor público está o de realmente reconhecer capacidades nos outros, reconhecer cidadania nos outros.

Também não há mais sentido em considerar que a população usuária do SUS não tem capacidade para utilizar plataformas digitais, porque a Covid mudou isso radicalmente e vimos um enorme contingente de pessoas acessarem os aplicativos para obter auxílio emergencial financeiro. Se é verdade que um grupo grande ainda não tem acesso às tecnologias da informação, também é verdade que um grupo muito maior já aprendeu a usar e valoriza o uso da internet.

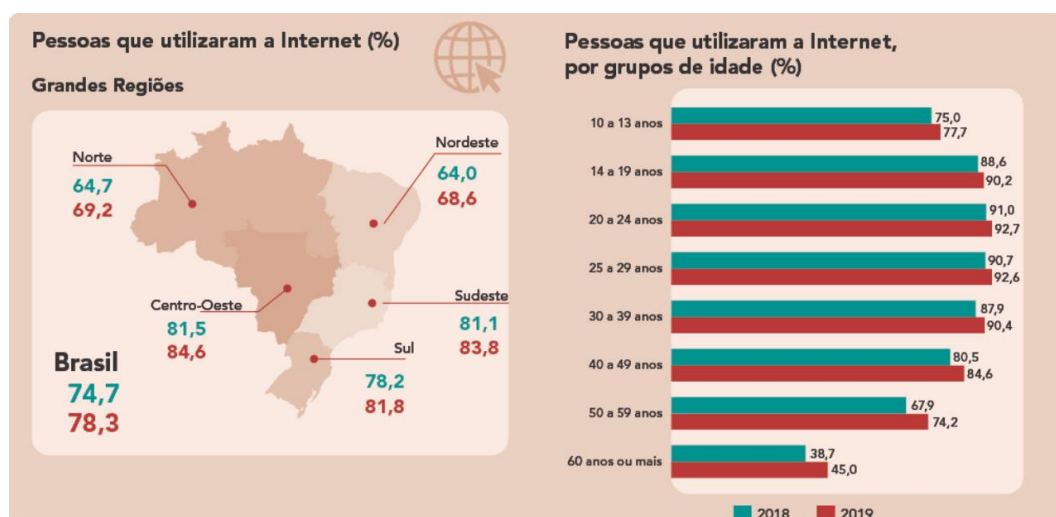
Segundo dados do IBGE (PNAD 2019), a internet chega em oito de cada dez domicílios no Brasil, e as diferença de acesso entre as regiões, entre a área rural e urbana e até a diferença de uso por faixa de idade têm diminuído (IBGE, 2019, p.1).

No módulo temático sobre Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC – que

levantou o acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal, a PNAD revelou que o celular é o equipamento mais usado para o acesso à Internet, chegando a 98,6% dos acessos e que o meio de enviar e receber informações é por mensagens de voz e de vídeo. O levantamento publicado em 2019 demonstrou que dentre a população de 183,3 milhões pessoas de 10 anos ou mais de idade do País, 143,5 milhões afirmaram que utilizaram a Internet no período de referência dos últimos três meses.

A pesquisa revelou ainda que 78,3% dessa população acessa internet e que as mulheres são as que mais utilizam a rede, conforme demonstra a figura n. 19.

Figura 19 - Pessoas que utilizam internet no Brasil (%)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019.

Evidentemente, vão nos interessar as 34,9 milhões de pessoas não informaram não ter acesso a um celular para uso pessoal com internet e agir no sentido de que essas pessoas tenham acesso por meio tradicionais, ou mesmo pela disponibilidade dessas ferramentas na própria unidade de saúde, como também vem acontecendo em pequena escala no Brasil, apesar dessa realidade, possivelmente, ter mudado após a pandemia da Covid e a partir da chegada do 5G no Brasil em 2022. De todo modo, sempre haverá os excluídos, portanto, também será um tarefa do Estado viabilizar meios para que esse grupo não fique para trás.

Sem desejar entrar demais nas questões micro setoriais, mudanças como essas podem colaborar para que a classe trabalhadora, sobretudo os que tem salários medianos, passe a utilizar mais o serviço público de saúde e assim somar sua voz com tantas outras que lutam pela melhoria do SUS, modificando o que alguns autores chamam de “universalização

excludente” que significou que o SUS fez uma expansão do acesso aos bens e serviços da saúde por baixo, incluindo milhões de pobres e indigentes e uma exclusão por cima, com segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral renunciando, aparentemente, a assistência médica do SUS, em busca de atendimento diferenciado dos planos de saúde (OCKÉ-REIS, CARVALHO, 2009).

Além do governo aberto com plataformas do SUS com a interface do usuário, há também a questão da popularização, sim, por mais incrível que possa parecer, o SUS precisa ser popularizado. Compreender como o investimento na pesquisa, no desenvolvimento tecnológico, na formação e na assistência tem impacto na percepção pública sobre a política de saúde coletiva e na cultura na promoção a saúde precisaria entrar na agenda de pesquisa. Nos últimos 30 anos, várias iniciativas nacionais e regionais buscaram mapear e avaliar as ações de saúde, mas não há ainda um campo dedicado, como já há na ciência, a divulgar e popularizar as ações da saúde, em todos esses níveis, por isso o brasileiro ainda relaciona saúde apenas como o hospital, desconhecendo as organizações públicas de pesquisa, o grande sistema produtivo da saúde, as escolas de formação, as universidades.

Em 2020, a pandemia do Covid-19 promoveu uma mudança radical na vida de bilhões de pessoas, não só com a mudança espacial do local de lazer e trabalho, como maior atenção aos fatos das ciências da saúde e em uma velocidade muito rápida, as pessoas se informavam ou de desinformavam, a depender do canal que acessavam. Editorias de ciências da saúde ganharam destaque e a ciência se tornou protagonista da atenção dos brasileiros por vários meses.

No entanto, ainda não foi aproveitada a oportunidade para difundir o SUS em toda a sua potência, o SUS como direito conquistado, o SUS como uma das joias da coroa brasileira. Essa tarefa, ainda precisa ser realizada. No campo das ciências há eventos anuais como a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia que estabelece temas gerais e promove várias ações concentradas em um período em praticamente todos os estados do Brasil. Não são como as conferências Nacionais de Saúde restrita a participação de delegados, são eventos abertos ao público em geral.

Alguns programas de Pós-Graduação vêm investindo na divulgação e na popularização da ciência, mas se a ciência não for relacionada diretamente à vida das pessoas, será mais um investimento que promoverá o conhecimento acadêmico e que, claro, tem valor, mas não chegará nos corações e mentes das pessoas e não ajudará a esclarecer a população

sobre a existência de um conjunto enorme de organizações produzindo bens e serviços públicos de qualidade.

5.3 Projetos inovativos de interesse público

Nicos Poulantzas (2000) nos lembra que não existem classes sociais anteriores às suas contestações, ou seja, às suas lutas. Nos lembra também que estando as relações políticas e ideológicas presentes na formação das relações de produção, o papel desempenhado pelo Estado capitalista será o de reproduzir o processo de dominação, ou de subordinação, por meio de seus diversos aparatos, como as forças armadas, as escolas e universidades, a burocracia, a polícia e a política. Vimos também que o Estado capitalista transforma as relações sociais e que os trabalhadores podem se tornar reprodutores ideológicos dessa transformação.

O autor também salienta que o Estado capitalista tem um papel diante dessas classes e que é o Estado que concentra a relação de força entre a classe dominante e a classe dominada, e que, por vezes, precisa conceder ou se antecipar as demandas dos dominados. Salienta ainda que o Estado não é monolítico, que é atravessado pelas lutas de classe e ocupado em suas instâncias decisórias por distintas perspectivas ideológicas. Poulantzas questiona

se é preciso transformar o Estado a fim de poder modificar as práticas de seu pessoal, em que medida se pode contar, nessa transformação do aparelho do Estado, com o pessoal que se inclina para as massas populares? (POULANTZAS, 2000, p. 160)

As funções sociais do Estado dependem diretamente da intensidade da mobilização popular, mas mesmo essas funções, segundo Poulantzas, a longo prazo serão inseridas em estratégias a favor do capital ou compatível com as formas de sua reprodução ampliada, podendo ainda, ocorrer o despojamento de conquistas populares, portanto, nossos projetos precisam ser claros e coerentes com o mundo real e no mundo real. Logo, quais projetos inovativos de interesse público podemos traçar?

Parece que a primeira tarefa é ocupar os espaços, todos os espaços possíveis, afinal não foi à toa que foram criados o IMS, CEBES e ABRASCO e não foi à toa que Hesio Cordeiro ocupou a presidência do INANPS e Sérgio Arouca ocupou a Presidência da Fiocruz. Essas pessoas sabiam o que precisava ser feito e fizeram.

Como é possível notar em cada linha do tempo, tivemos décadas cheias de ações dedicadas a expansão da saúde coletiva e ao sistema produtivo do SUS, mas precisamos agora de um sistema de saúde mais aberto e de um sistema produtivo menos dependente.

Sobre a dependência e o desenvolvimento, Angelita Matos Souza (2021), ao escrever sobre a “novíssima dependência”, termo que toma emprestado de Fiori, aponta que ocorreram “enormes obstáculos à combinação da dependência com desenvolvimento” entre 1950 e 1970, porque o pacto estava está alicerçado na acumulação financeira. A autora reconhece que o governo Lula alimentou teses desenvolvimentistas, o que dificulta denominar seu governo essencialmente liberal, como muitos o fazem, porque mesmo que o governo tenha atendido às demandas do mercado, sobretudo, ao manter o tripé macroeconômico, Lula fez três movimentos fundamentais em direção a desenvolvimentismo, sendo: I. investimentos estatais para formação/expansão de multinacionais brasileiras competirem no plano internacional; II. Expansão do mercado interno por meio da ampliação da capacidade de consumo com valorização do salário-mínimo (aumento de 70% entre 2004-2014), transferência de renda, e III. diplomacia ativista com enfoque nas relações do cone sul (SOUZA, 2021, P. 116).

Além disso, a autora ressalta que Lula vetou privatizações, retomou investimentos estatal no setor do petróleo, energia e gás de forma articulada com o setor industrial, incentivou a construção naval e civil, principalmente por meio dos Programas de Aceleração do Crescimento, e colocou os bancos públicos para financiar políticas de desenvolvimento industrial. Podemos adicionar também os investimentos em ciência e tecnologia para o setor de saúde, como já mencionado nessa tese.

Então, é possível uma outra política, mesmo sem o viés revolucionário, para o campo da saúde, o investimento na ciência e tecnologia em setores inovadores por meio da PITCE, PDP, Plano Brasil Maior por mais que tenha críticas, não deixa dúvidas de que um caminho positivo foi trilhado e isso nos permitiu ter a produção nacional da vacina contra a COVID-19, só para citar um exemplo.

Assim, os projetos inovativos de interesse público devem estar voltados ao SUS do futuro, estruturando os investimentos do CEST, Complexo Econômico da Saúde e Trabalho, para mudar radicalmente e fazer o que não foi possível fazer em 1988 e nos 30 anos de luta pela consolidação do SUS.

Primeiro, atuar para o letramento e disponibilidade plena das tecnologias digitais com foco na Atenção Básica. Depois os bancos públicos devem investir na infraestrutura da

atenção básica e nos laboratórios oficiais. A diretriz precisa ser clara quando ao interesse público desses investimentos. O empresariado pode e deve recorrer ao sistema bancário empresarial, enquanto o setor público precisa ser alavancado com os recursos pagos pela população, é justo que tenhamos maiores recompensas por todo imposto pago.

No artigo dedicado a discutir a produção de medicamentos estratégicos para a população, Paula Teixeira Pinto Ferreira Neto e Camila Rocha Cunha (2020) apontam a deficiência de infraestrutura, de competências técnicas e gerenciais dos laboratórios públicos e a alta dependência externa de insumos farmacêuticos como elementos desafiadores para o SUS, informando ainda que dentre os laboratórios oficiais, há sete que ainda não possuem nenhum medicamento com registro vigente na ANVISA.

Parece meio evidente que, na realidade, essas deficiências relatadas são negligências, porque recurso financeiro não faltou, assim como não falta competência técnica e gerencial nas instituições de ciência e tecnologia, tanto assim que há registros de um alto número de servidores com título de especialização, mestrado e doutorado, além disso o recurso para área da saúde e para área da ciência e tecnologia vem se ampliando ano a ano, portanto, faltou decisão e direcionamento para os grandes investimentos que vieram. Neste momento, por exemplo, seria mais relevante para o país que esses laboratórios, ou parte deles, se dedicassem a produção de Insumos Farmacêuticos, por meio de parcerias com produtoras chinesas ou indianas, epicentro tecnológico dos insumos. Uma nova Portaria aos moldes da Portaria Interministerial nº. 4 seria necessária, elevando as alíquotas de importação de fármacos e insumos por parte do governo, de modo que Brasil tenha não apenas uma, mas algumas CODETEC.

Como Catalina Kiss (2018) mencionou em sua tese de doutorado, as novas tecnologias, as novidades que surgem o tempo inteiro, ocupam a agenda da ciência, fazendo com que velhos problemas continuem existindo. Senão, o que explicaria sete laboratórios oficiais de produção de medicamentos sem registro na Anvisa continuarem operando, quando é sabido que sem o registro, o medicamento sequer pode ser disponibilizado? Por que esses laboratórios não têm suas funções completamente reconfigurados, mesmo depois da pandemia quando as prioridades ficaram mais evidentes?

A pandemia da Covid-19 evidenciou que os países precisam desenvolver uma base produtiva capaz de sustentar suas políticas de saúde. Com exceção da China, praticamente todos os países se viram desabastecidos de insumos para saúde, dos mais básicos como EPI,

até os mais complexos como o insumo farmacêutico ativo (IFA) e as vacinas.

A dependência de insumos essenciais para produção é uma das consequências negativas da divisão internacional do trabalho, que concentra o acesso a tecnologias e a produção em algumas regiões do mundo. A dependência de insumos importados para o setor da saúde chega a 94% conforme ressaltou Gadelha (2020). Portanto, a crise de desabastecimento que o mundo enfrentou, é praticamente permanente quando se trata do Brasil.

Reverter parte das PDP que estão em curso para que incluam em todas elas a produção do IFA está sendo uma opção considerada? Refazer PDP para direcionar a transferência de conhecimento para países onde realmente a tecnologia está concentrada, como China e Índia, está considerado? Ou mantemos nossa subordinação ao velho continente europeu, que ficou tão desabastecidos quanto nós na América Latina?

No Brasil, as inovações tecnológicas da saúde são conceituadas como meios pelos quais a atenção e os cuidados com a saúde devem ser prestados à população, tais como: vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos médicos e técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais (Brasil, 2011).

Tais inovações podem ser classificadas de acordo com natureza do material, propósito do cuidado, complexidade tecnológica e estágio de difusão e podem não seguir o ciclo de vida linear de uma inovação. Como aponta o Conass (2011), na área da saúde uma tecnologia considerada obsoleta para uma terapia pode retornar para uma aplicação diferente e uma tecnologia pode não ser substituída mesmo após surgirem novas possibilidades citando o Raio-X, que não foi totalmente substituído pela tomografia ou pela ressonância magnética.

Então, evidente que a inovação é um caminho, mas não é o único, e se for o único, não necessariamente será por meio do financiamento de grandes empreendimentos para iniciativa privada vender no futuro próximo, assim, voltando ao Quadro nº. 3 em que Maculan (1995) menciona a não integração entre academia (pesquisa básica) e o sistema produtivo, pergunta-se por que as PDP não cuidaram disso, no sentido de integrar as inovações das instituições públicas de ciência e das universidades aos laboratórios de produção pública, que inclusive contam com uma série de incentivos fiscais para produção e, portanto, podem produzir para o SUS com custos menores, gerando empregos de qualidade no país?

O planejamento para o SUS precisa ser de âmbito nacional, não se trata de centralizar decisões, mas de fazer o que precisa ser feito ordenando o provimento sistemático dos principais recursos indispensáveis para constituição de uma ampla rede de Atenção Primária, potente para alterar o modelo de atenção do SUS e para funcionar como porta de entrada, eliminando de uma vez por todas a incerteza e as indefinições sobre o provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos.

O êxito da municipalização da saúde dos anos de 1980 é uma questão ainda sem consenso nas publicações da saúde coletiva, mas alguns pontos são praticamente unanimidade, um deles ao menos, a municipalização não foi eficaz quanto a redução das iniquidades, sendo fundamental investimentos mais amplos e simétricos entre as regiões.

As Unidades básicas de saúde devem receber recursos dos bancos públicos por meio de linhas especiais de financiamento para tornar esses estabelecimentos hubs de tecnologia nos locais onde estão instalados, colaborando assim para o progresso da região e para atração e fixação de profissionais.

Assim como foi nacionalizado o SAMU a partir do aparato estadual, a Atenção Básica também precisa ser e assim resgatamos também o papel dos Estados no sistema federativo, sem que seja necessária ter intervenientes da iniciativa privada, de modo que qualquer proposição de PPP para esse setor deve ser sumariamente rejeitada. Para alcançar a resolutividade dos 80% dos casos, devemos ampliar os serviços de forma a funcionar inclusive como hospital dia, como em muitos lugares já são, assim como deverá ter salas para atendimento online, como muitas unidades já tem, para ampliar o acesso daqueles usuários que ainda não tem ou não sabem usar os recursos da tecnologia.

Se não foi possível ter um Sistema de Saúde integralmente estatal em 1988, que as ABS sejam e seus recursos derivem da União e dos Estados, numa nova formatação que permita com mais recurso para Estratégia Saúde da Família e que esta observe os novos formatos de família, desenvolva novas formas de acesso, o que inclui saber não só o endereço físico dos usuários, mas também suas redes sociais, onde são muito mais facilmente encontrados. Implica também em reconhecer que alguns modelos ficaram ultrapassados, como a questão da adscrição da clientela que faz todo sentido para planejamento e atuação das equipes de território, mas não faz nenhum sentido como critério ou barreira para utilização dos serviços do SUS.

A integração vertical e horizontal da rede de serviços será mais fácil se o próprio usuário puder transitar livremente por essa rede. Em muito pouco tempo, os melhores serviços serão reconhecidos sem que seja preciso um esforço enorme de avaliação pelo Estado, porque a população poderá participar diretamente dos ciclos avaliativos.

As equipes multiprofissionais devem ser compostas por trabalhadores formalmente vinculados a UBS por contratos de trabalho e salários iguais em qualquer lugar do Brasil. A composição deve ser a que melhor convier aos serviços, a cultura local e os especialistas devem ter contrato específico para funcionamento em qualquer lugar do Brasil por meio de consultas remotas, avaliações remotas e referenciamentos por contratos de serviços, já que a maior parte desse grupo, como sabemos, jamais fará parte do quadro permanente do SUS ou atuará exclusivamente nele.

Lidar com a realidade e transformá-la significa reconhecer cenários, adaptá-los para o objetivo principal, fazer o SUS funcionar definitivamente, até que o setor de saúde, pelo menos no segmento da prestação de serviços, seja desencorajador para o mercado privado. Se alguns ganham mais dinheiro que os outros, que não seja às custas das vidas das pessoas e nem do aumento de custos desnecessários para a sociedade. Os serviços, mesmo não sendo a ponta mais pesada em termos de custos para o SUS, estão no contato direto com a população e é o segmento capaz de racionalizar o uso das tecnologias no sentido de garantir o necessário, nada “além” e menos ainda “aquém”.

A reconfiguração dos serviços precisa também, e de uma vez, considerar o envelhecimento da população e os problemas de saúde mental. Neste sentido, os Agentes de Saúde da Família – grupo que está em maior número no SUS – deverão, rapidamente, assumir uma parte importante de sua jornada em cuidados aos idosos, aos acamados e em monitoramento das condições de saúde dos pacientes com comprometimentos mentais. Os cuidados domiciliares já são uma realidade em vários sistemas que adotaram o regime social-democrata, mas no SUS não avançou em quase nada para além de registros e visitas, colaborando pouco com as famílias. A linha de cuidado domiciliares criará oportunidades para o SUS, porque há muita inovação incremental a ser introduzida para ampliar a autonomia do paciente e de sua rede de apoio, envolvendo kits diagnósticos, monitoramento médico no formato remoto, equipamentos de diagnósticos automáticos e de baixo custo para o segmento de serviços em saúde no Brasil.

A UBS somente será a porta de entrada se os pacientes perceberem que funciona, que suas necessidades não só são ouvidas, como atendidas. Falamos aqui do SUS do futuro, moderno, aberto a sua clientela, que revolucione pela segunda vez a saúde pública, esse deve ser o principal projeto inovativo.

Devemos investir na formação de uma rede de divulgação e popularização do SUS. A leiteracia digital é assunto do SUS, assim como a comunicação também é, e esse tema mostrou sua importância também durante a COVID. Por falta de uma comunicação direta entre o SUS e os usuários, muita fake news prosperou, ministros tentaram aparecer, governo tentava desaparecer e no final a comunicação pública sobre saúde ficou a cargo do consórcio que imprensa formou para produzir e difundir informações. Ainda assim, o governo federal e seus apoiadores não envidaram esforços no sentido de desacreditar os dados apresentados pelo consórcio.

Durante uma entrevista acerca comunicação, Ronaldo Teodoro (2021) apontou que se “o poder de se comunicar é desigualmente distribuído na sociedade, a formação da opinião sobre as diferentes dimensões da vida, incluindo o sistema de saúde, fica prejudicada”. O professor falava para o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, instância que funciona como um *think tank*, produzindo e difundindo temas de relevância sobre o SUS e chamava atenção sobre o sentido político da comunicação. É verdade que muitas vezes são os próprios defensores do SUS que interdita o debate, se a voz que se levanta apresenta ideias dissonantes, mesmo que seja a voz de quem usa o SUS e se confronta todo dia com seus benefícios e suas disfunções. Por isso, a popularização do SUS passa também pela melhora da escuta, por dar voz aos usuários, sem intermediações. Por ouvir, refletir, pactuar e implementar, porque às vezes são soluções simples e passíveis de realização.

Por último, tratemos da questão do fundo público, do tesouro público, do orçamento público, fonte de receita composta por impostos, contribuições, taxas decorrentes, principalmente, da tributação do trabalho e do consumo, que o Estado recolhe e gerencia.

No Brasil, o sistema tributário regressivo onera proporcionalmente mais as pessoas que ganham menos, demonstrando que o sistema econômico, do qual as regras tributárias fazem parte, não opera para alcançar a justiça social, o que faz com que as pessoas, pensando em receber algum alívio imediato, se associem a discussões maniqueístas sobre redução de impostos (Apêndice B), sem notar que haverá prejuízos diretos para os serviços dos quais dependem, como saúde, educação e segurança pública. A abordagem sobre a carga tributária e

sobre o “custo Brasil” são falsos problemas colocados para desviar a atenção da desigualdade promovida pelo sistema de tributação regressivo. Uma reforma tributária deveria estar entre os temas de atenção de grupos que discutem a seguridade social brasileira, podendo ser o novo mote para uma discussão séria e profunda sobre o bem-estar social no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresentou a Teoria Marxista da Dependência como uma abordagem nova para embasar reflexões, pesquisas e análises no campo da saúde coletiva, esperando contribuir para discussões que considerem os problemas estruturais do país e que impactam de forma muito significativa na política pública de saúde. O Sistema Único de Saúde está inserido em um setor da vida com imensas demandas e responsabilidades, assim como operacionaliza ações em um campo da economia de alto interesse das dinâmicas capitalistas.

Foi feito o esforço de contextualizar o período em que essa TMD foi produzida, seus antecedentes e as disputas entre as comunidades que pensam a dependência como resultado do processo de desenvolvimento capitalista da América Latina limitado pelos padrões definidos pelo centro hegemônico. A produção da Comissão Econômica para América Latina e do Instituto Superior de Estudos Brasileiros a despeito de qualquer crítica, são construções intelectuais fundamentais para que se compreenda a capacidade de análise daqueles que perceberam, ou que tiveram a coragem de anunciar, que o padrão de desenvolvimento determinado para o mundo capitalista apresentava sérias contradições e bloqueios para o desenvolvimento das nações periféricas.

Como crítica apropriada, a TMD se constitui como um arcabouço válido, amplo e ainda com um conjunto de elementos a serem explorados. Essencialmente, seus principais autores – Theotônio dos Santos, Ruy Mauro Marini e Vânia Bambirra – demonstraram que os resultados econômicos na região não poderiam ser os mesmos obtidos pelos países centrais, porque a integração de toda a América Latina ao sistema capitalista industrial se deu em bases distintas e limitadas por uma distribuição internacional do trabalho que mantinha e ainda mantém a região como lócus de extração de valor. Os autores demonstraram que, sob essa condição, o subdesenvolvimento das periferias seria parte do processo de desenvolvimento dos países centrais e que haveria contradições internas, elucidando como acontecem fenômenos específicos no mercado interno desses países, como a cisão no ciclo do capital. Apontaram ainda uma especificidade da teoria de valor-trabalho, indicando que a burguesia interna para compensar as desvantagens derivadas do sistema internacional de trocas, adensariam mecanismos de superexploração dos trabalhadores para preservar suas margens de lucro.

Além desses clássicos da TMD, a tese apresentou a produção de Mathias Luce, pesquisador que tem trazido novas contribuições para a teoria, ampliando a discussão sobre os

elementos de análise, em especial, as formas com que ocorrem a transferência de valor da periferia para o centro. Mathias Luce (2022) elaborou uma periodização, ainda a ser publicada, indicando que na atual fase da dependência, a divisão internacional do trabalho está migrando do padrão de integração financeirizada para um novo padrão voltado a exportação com base na especialização produtiva, com apropriação monopolista de lucros decorrentes de ativos intangíveis, e esse aspecto é muito importante para as pesquisas no setor da saúde, porque o monopólio do conhecimento resulta em dependência tecnológica e econômica em um nível de difícil superação, sendo extremamente ameaçador para o projeto de saúde universal nos países periféricos.

Tais projetos se inserem em modelos de desenvolvimento econômico e social voltados à conquista de uma vida plena para todos e teve origem no movimento revolucionário da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, quando a luta do proletariado fez emergir um conjunto de políticas de universalização de direitos. As lideranças da revolução russa, uma vez conquistada a posição de poder, investiram e, de forma muito engenhosa, deram um novo sentido a existência da superestrutura do Estado, trazendo para sua responsabilidade uma profunda transformação da realidade social, com políticas de saúde que inspiraram modelos muito prestigiados, mas que vieram muito tempo depois, como o *NHS*.

No Brasil, as políticas de saúde tiveram abordagem inicial voltada à manutenção da força de trabalho ativa, mas gradualmente foram assumindo um importante papel na construção de uma ideologia nacional de desenvolvimento, intervindo em áreas fundamentais para sociedade como o saneamento e a urbanização necessárias para o combate as doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Além das cidades, os sanitaristas realizaram expedições e puderam reconhecer no Brasil profundo, um contingente enorme de pessoas submetidas as iniquidades dos vazios assistenciais. Dessa experiência, surgiram ações e proposições para uma ampla política de Estado na área da Saúde que perduraram por todo século XX, em um processo longo e sinuoso de luta que culminou no primeiro sistema de saúde universal dentre as nações capitalistas da América Latina.

Ao universalizar o acesso integral as tecnologias de saúde e formalizar o Sistema Único de Saúde como dever do Estado, o Brasil se colocou dentro do conjunto de países desenvolvidos que implantaram regimes de seguridade social amplos e generosos, no que se refere ao acesso a saúde, mesmo sob condições políticas, econômicas e tecnológicas distintas

desses países. Contudo, o fato de o SUS finalmente ter se tornado realidade, coincidentemente, durante o avanço do neoliberalismo na América Latina, o fato de ser uma política inovadora implantada sob a estrutura arcaica e alinhada aos interesses de uma fração da burguesia interna, gerou muitas dificuldades para o alcance dos ideais almejados pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Para tratar desse processo, embora essa tese não tenha a pretensão de realizar estudo historiográfico, foi realizado o esforço de compor uma memória, de juntar partes de um todo, de contribuir com perspectivas integradoras sobre o desenvolvimento do sistema público de saúde sem apartá-lo dos estudos do setor de ciência e tecnologia da saúde e vice-versa, porque o SUS não se viabilizaria se o Brasil não tivesse uma potente base científica e tecnológica, assim como essa base não se desenvolveria de forma dinâmica se, no Brasil, não existisse uma política pública de acesso universal que desse vazão a produção acadêmica, científica e tecnológica no setor de saúde.

A escolha de observar como o Estado conduziu suas ações para desenvolver a política pública de saúde, expandir atividades no campo da ciência e tecnologia e incentivar o mercado privado de saúde a partir dos anos de 1970 buscou demonstrar as contradições do Estado capitalista dependente que ora atuou para prover bens e serviços para a coletividade e ora atuou de forma a assegurar os interesses da burguesia interna e estrangeira. O simples exercício de observar as cinco imagens representativas permite que o leitor identifique rapidamente quais colunas estão mais “recheadas”, distinguindo-se, por conseguinte, os governos que se ocuparam de realizar a gestão da dependência, dos governos que desenvolveram políticas de viés emancipatórios para o setor da saúde.

Na contextualização dos fatos em destaque em cada década, é possível observar que a mobilização popular, dos militantes pela Reforma Sanitária Brasileira e a organização de espaços de formação, pesquisa e difusão das ideias dos sanitaristas fez muita diferença, qualificando o debate, organizando as comunidades de pensamento, os grupos interessados em torno de uma pauta muito clara, sobretudo entre os anos de 1980 e 2000, como apontou Levcovitz (2018).

A agenda de pesquisa no setor de saúde passou a tratar como assuntos acadêmicos separados, a questão do subfinanciamento, a gestão e o modelo de atenção e suas problemáticas ou êxitos, separado do setor de produção industrial, o que fez e faz com que as análises do cenário geopolítico e mesmo do cenário interno se apresentem de forma

segmentada, perdendo de vista a totalidade e as questões estruturais que condicionam economias dependentes como o Brasil.

Nessas economias, a função do Estado é principalmente assegurar condições de acumulação para o capital multinacional, que ocupa um lugar privilegiado e dominante no interior da estrutura econômico-social, assegurando também os interesses da burguesia interna. Isso implica constante arranjo e rearranjo das regras de exploração de setores econômicos de interesses da burguesia. Mas, como Poulantzas (2000) salienta, o Estado capitalista também tem o papel de concentrar a relação de força entre a classe dominante e a classe dominada e que, por vezes, e a depender da organização dessas classes, cederá ou se antecipará às demandas.

A análise de como o Estado faz essa intermediação por meio da trajetória expressa nas linhas do tempo respondeu à questão de pesquisa sobre “como o capitalismo dependente se expressa no interior do sistema público de saúde?”.

As décadas de 1970 e 1980 expressaram um nível de dissociação da função de “gestão da dependência”, com intervenções estatais de amplo espectro. No nível industrial ou investindo em estruturas como CODETEC, nas medidas organizacionais como a CEME e nas medidas tributárias como a Portaria Interministerial nº. 4 resultaram no avanço na produção de insumos farmacêuticos (IFAs) e autossuficiência na fabricação de medicamentos, garantindo mercado interno e reduzindo a importação ao nível de 10% no mesmo período (MITIDIERI et al, 2015, p. 58). Em termos da política pública de saúde, a década seguinte 1980-1990, inegavelmente, foi a década de ouro da saúde porque as forças progressistas conseguiram se organizar e se impuserem sobre a “ideologia da crise”, que poderia ter servido para os liberais reduzirem o papel do Estado. Os movimentos populares e o movimento sanitário conseguiram interpelar discursos reducionistas, demonstrando cabalmente o fracasso do modelo de saúde previdenciário, em termos de injustiça social e gasto público, apresentando propostas consistentes e organizando base amplas de apoio para ao invés de reduzir a seguridade social, ampliá-la no componente da saúde, transformando a “década perdida”, na década “literalmente ganha” (MARANGONI, 2012).

A hipótese levantada na pergunta da pesquisa sobre o SUS estar se configurando uma esfera de circulação de bens e serviços para acumulação de capital privado nacional e estrangeiro também se confirma a partir dos anos de 1990, quando o modelo de intervenção estatal se modifica radicalmente, se configurando como agente de gestão da dependência ao

priorizar a transferência de atividades do Estado para burguesia interna e realizar a abertura de mercado em benefícios da burguesia estrangeira. A redução das funções da CEME até torná-la irrelevante, o desinvestimento na CODETEC até sua extinção e a revogação das medidas de proteção interna para o setor produtivo farmacêutico, além de toda manipulação das regras comerciais e tributárias fizeram com que os esforços da década anterior se esvaíssem. Os novos mecanismos de extração de valor entraram em curso com a privatização de estatais de interesse da burguesia estrangeira, a extinção de estatais e a terceirização para garantir espaço para burguesia interna, onde o setor de serviços foi sendo apropriado e se tornando espaço de acumulação de capital no interior da política pública. FHC aprofundou as medidas de “gestão da dependência” iniciadas por Collor, atuando para gerar vantagens para burguesias estrangeiras, numa espécie de padrão ou ciclo em que o Estado investe em um setor, em seguida abre esse setor para exploração da burguesia interna que, após se beneficiar, cede o segmento para burguesia estrangeira acumular capital em níveis mais avançados.

O SUS avançou na década de 1990, porém desconectado de uma base de produção de insumos e ao ampliar o acesso e a disponibilidade de tecnologias, a política pública de saúde se transformou em um novo mecanismo de ampliação da dependência interna desses insumos, em geral produzidos pelos países estrangeiros ou por suas filiais no mercado interno, especialmente ampliação dos recursos da União para média e alta complexidade, com a criação do FAEC, que responde por uma parcela significativa de recursos que asseguram aos Estados e Municípios a continuidade de políticas de saúde utilizando recursos tecnológicos mais caros e complexos. No relatório do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas de 2020, foi apontado que mais de 60% dos recursos para média e alta complexidade são alocados pelo Ministério da Saúde, que faz o repasse para esses dois segmentos para unidades próprias, para Estados e Municípios e para organizações não lucrativas. Anualmente são transferidos R\$ 55 bilhões, o que equivale a mais de R\$ 200,00 por habitante do país (CMAP, 2020, p. 26). No entanto, esse relatório não demonstra quanto é contratado pelos Estados e Municípios, que certamente transferem boa parte para iniciativa privada por meio de contratos de terceirização.

A aprovação do FAEC no mesmo período em que diversos mecanismos de proteção do mercado interno, sobretudo garantias para escoamento da produção dos laboratórios públicos, foram sendo desmontadas, permite concluir que o processo de transferência das atividades públicas para iniciativa privada na provisão de bens complexos foi uma estratégia

executada pelo governo entre os anos de 1990-2002 e que trouxe um desalinhamento entre a política industrial e a política de saúde, com a desativação de 1.050 unidades de fabricação, segundo Jorge Lima de Magalhães (2007, p. 56).

A apresentação dos movimentos realizados pelo Estado entre 1990 e 2000, especialmente no capítulo quatro, não deixa dúvidas sobre as formas de atuação para assegurar os interesses da burguesia interna e estrangeira durante o desenvolvimento da política pública de saúde, respondendo assim ao primeiro objetivo da pesquisa.

Depois, as medidas enumeradas no item 4, sobretudo na segunda metade das décadas de 1970 e 1990 explicitam as formas com que a transferência de valor ocorre da periferia para os centros hegemônicos, a cisão do ciclo do capital e a superexploração do trabalhador operam no setor de saúde. A transferência de valor, elemento estrutural do capitalismo dependente ligado à deterioração dos termos de intercâmbio, tem sido operacionalizada no setor da saúde pelo aumento da dependência externa de bens mais complexos, produção interna por multinacionais sem o devido controle de remessas ao exterior, e remessas de juros, royalties e dividendos e pagamentos de patentes ao exterior. Como consequência, o Brasil apresenta déficit na balança de pagamentos em função de importações e há déficit na balança de pagamentos de tecnologia (BPT), sendo essa última um elemento fundamental para aprofundamento em futuras pesquisas.

A função de transferência de valor das periferias para o centro provoca as outras duas categorias elucidadas pela TMD, porque ao reforçar o mecanismo de desvantagem no comércio exterior, a produção de riquezas se torna desigual no nível global e no nível interno gera contradições, como a cisão no ciclo do capital e a superexploração dos trabalhadores.

A separação entre a produção e o consumo, fenômeno marcante nas economias periféricas, significa que as classes mais altas passam a buscar no mercado externo os bens suntuosos, de luxo e mais avançados tecnologicamente, tornando o mercado interno inexpressivo e que as massas populares não são remuneradas em nível suficiente para consumir o que produzem.

No caso dos bens e serviços do setor de saúde essa cisão é evidenciada pela dificuldade de a população acessar tecnologias já disponíveis, se estas não estiverem incorporadas ao SUS. Neste caso, o Estado dependente atenua essa cisão, sem avançar estruturalmente contra os interesses da burguesia, ou seja, sem intervir em melhoras amplas na capacidade de consumo, através da valorização dos salários ou investimento no sistema

público por exemplo, promovendo garantia do consumo de “luxo” direcionado às “classes médias” por meio de subsídios e incentivos tributários, como a dedução total das despesas médicas e com seguros de saúde no Imposto de Renda, e para burguesia por meio de financiamento público a juros baixos, como foi o caso do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), investidos na modernização de leitos da rede hospitalar privada.

Além de gerenciar esse mecanismo nas economias dependentes, o Estado garante os meios legais para superexploração do trabalhador para compensar perdas da burguesia interna. Neste aspecto, no caso do SUS, a discussão alternativa de composição contratual para os trabalhadores aponta para o caminho da contratação direta por emprego público como meio mais econômico para a sociedade brasileira e como forma de fixar os profissionais e, finalmente, desenvolver uma carreira no Sistema Único de Saúde, cabendo a União, que tem as maiores fontes de receita, realizar essa ação. Isso é importante porque a arrecadação dos Municípios, principalmente os menores, é relativamente baixa, portanto, qualquer contratação direta de pessoal cria conflitos diretos com LRF.

Já a União, dispõe de fontes de receitas muito mais amplas, tendo melhores condições de aplicar a previsão da Lei 9.962 de 2000, ou mesmo da Lei n. 8745 de 1993, abrindo as vagas e preenchendo os postos por meio de concurso público, com o regime de contratação pela Consolidação das Leis Trabalhista, amplamente utilizado pela Administração Pública para o sistema financeiro e para o sistema de inovação. São exemplos dessa iniciativa, os concursos aplicados para provimento de vagas na Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, BNDES, Embrapa, Petrobrás, entre outras.

A adoção do emprego público nas atividades do SUS, em especial na atenção básica, facilita imensamente o papel do Estado na organização eficaz da prestação de serviços de saúde, que se beneficiaria não apenas de mais autonomia na gestão de pessoas, como ganharia apoio dos trabalhadores que, desde a criação do SUS, sobretudo na segunda metade dos anos 1990 e a partir de 2017, têm sido submetidos a vínculos cada vez mais precários, condições de trabalho aviltantes, debilitando assim a relação e a identificação entre esses trabalhadores e a política de acesso universal. Até mesmo na Administração Pública Federal, antes reconhecida como espaço gerador de empregos de qualidade, as terceirizações avançaram de forma insidiosa.

Para além desse aspecto, como terceiro objetivo da tese foram apresentadas proposições para que Estado seja reconhecido como empreendedor de um sistema de saúde público, de uso gratuito, de funcionamento moderno, acessível e eficaz, por meio da reestruturação do modelo de atenção que incorpore os meios atuais de desenvolver serviços e atendam aos interesses e necessidades da população. Relacionando-o com o valor público, na perspectiva que Mazzucato (2020) apresenta, buscando relacionar as funções públicas dentro da esfera de atividades produtivas, visando eliminar a falácia de que o Estado é um agente parasitário da economia e que, por isso, precisa ter suas funções reduzidas ao mínimo possível.

Para tanto, será fundamental que a produção científica da saúde coletiva recoloca o Estado e a dependência estrutural em perspectiva, evitando as discussões sobre financiamento, dependência de insumos, dificuldade de integração em rede, dificuldade de provisão de pessoal, sejam consideradas produto problemas endógenos à burocracia pública passíveis de solução, apenas transferindo as funções para entidades privadas, porque, como vimos, apenas transferimos o problema de um lugar para outro e passamos a pagar mais caro pela manutenção dele na sociedade brasileira.

Nesta tese, o SUS é tratado como a principal inovação brasileira e caminha de forma evolutiva desenvolvendo competências, estruturas e valores sociais que romperam completamente com o padrão anterior de assistência à saúde no Brasil. Traduzir o valor público do SUS como projeto de sociedade, como espaço de expansão da ciência, desenvolvimento de tecnologia, geração empregos de qualidade são mecanismos para fortalecer e demonstrar o valor público dessa política de Estado, inclusive na economia.

Procurou-se demonstrar até aqui que a discussão sobre o SUS não pode e não deve se separar da discussão mais ampla sobre os problemas estruturais da dependência que marca o Brasil. Procurou-se também demonstrar que mesmo submetido historicamente, o Brasil conseguiu desenvolver uma base científica, tecnológica e produtiva potente e, conquistou o primeiro sistema universal de saúde da América Latina, dentre os países de formação capitalista. A Teoria Marxista da Dependência (TMD) pode ser uma referência para a saúde coletiva, iluminando as discussões por meio de suas categorias analíticas, auxiliando a compreensão sobre como a dependência se manifesta e quais mecanismos se utiliza, para que conhecendo a totalidade, fazendo as conexões entre fatos e eventos, possamos conhecer melhor a realidade, para enfim transformá-las.

A partir desse trabalho, a TMD não deverá mais ser uma novidade no campo da saúde coletiva, contudo, muitas novidades podem derivar de estudos futuros que escolham essa referência como base teórica, porque há muitas lacunas a ser preenchidas, de modo que as limitações encontradas podem assumir a perspectiva positiva de novos elementos para pesquisa empírica.

Como limitação dessa pesquisa, observa-se que há muita dificuldade na obtenção de fontes de informações primárias, organizadas sobre a dependência na área da saúde. Há muita produção acadêmica, mas os bancos de dados utilizados não estão disponíveis para reutilização, o que poderia abrir novas discussões, novos caminhos metodológicos e novos resultados. A ausência de evidências para sustentar as afirmativas significa que ao invés de omitir o posicionamento, precisamos deixá-lo ainda mais claro, ao invés de paralisar precisamos investir no esforço da pesquisa para trazer tais evidências para a superfície onde todos podemos colocar nossos olhos. Identificar onde e como as informações podem ser obtidas e formar as bases de dados são tarefas ainda por ser realizadas e que certamente darão maior clareza quanto às formas com que as categorias da transferência de valor, a cisão no ciclo do capital e da superexploração de trabalho funcionam no setor de saúde, em pelo menos dois segmentos poderemos atuar melhor, sendo a discussão sobre a balança de pagamento tecnológicos (BPT) e a questão do preço de transferência na indústria farmacêutica.

Compreender o funcionamento da BPT parece que nos levará a achados mais fortuitos do que a balança de pagamentos, porque nos apontará a direção do conhecimento protegido e que nos submete, porque como Mathias Luce nos alertou, o monopólio sobre ativos intangíveis já é uma grande ameaça sobre a soberania dos países dependentes. Os estudos que adotam o recorte do CEIS podem se beneficiar da categoria de transferência de valor, sobretudo aprofundando o conhecimento sobre a balança tecnológica que registra as transações invisíveis na balança de pagamentos do país, envolvendo a negociação de propriedade intelectual e industrial, tais como licenças, as patentes, e os serviços sofisticados de assistência técnica, que parecem ser um componente mais profícuo para contabilizar os fluxos tecnológicos entre os países.

O preço de transferência é outro elemento que precisamos compreender melhor no campo da saúde coletiva, porque possivelmente é também um mecanismo de extração de valor das economias periféricas, para além dos lucros obtidos com produtos comercializados nas economias onde as multinacionais têm filiais e subsidiárias instaladas, uma vez que o

sistema de transferência entre matriz e filiais apresentam comportamento desconhecido, já que os bens e serviços não estão disponíveis no mercado, de modo que os preços apresentam características distintas do mercado, sendo um mecanismo de difícil controle por parte dos Estados, sobretudo os periféricos que abrem mão de desenvolver tais medidas de controle, deixando que a extração de valor não justificável, funcione livremente.

Cabe reconhecer ainda que sem os estudos clássicos produzidos pelo IMS estaríamos ainda muito atrasados em termos de concepção acadêmica para o setor de saúde, assim como sem o grupo que se dedica a discussão sobre o CEIS estaríamos ainda tateando sobre o emaranhado de questões concorrenciais e estratégias de inovação adotadas mais para acumular o capital do que para resolver problemas concretos da sociedade. Por isso exortamos ambas as comunidades do pensamento para que não abram mão das perspectivas críticas, que não deixem de refletir sobre as condições estruturais do Brasil, beneficiando a todos com análises amplas, que tomem o SUS como a própria inovação radical da política de saúde e que aproveite o prestígio acumulado e a influência como espaço estratégico para pensar o desenvolvimento das forças produtivas, problematizando a extração de valor e a superexploração do trabalho presentes no setor saúde.

O aumento da vulnerabilidade do país em um setor tão sensível quanto à saúde exige a reversão das políticas neoliberais, como ficou claro durante a pandemia da Covid-19, mas precisamos apontar como e para onde o SUS deve caminhar, porque essa tarefa não pode ser delegada ao governo da situação, pois como vimos alguns negligenciam. O tema da décima sétima Conferência Nacional da Saúde já foi indicado: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia” e, por isso, seria fundamental que a comunidade acadêmica da Saúde Coletiva realizasse uma apropriação consistente da TMD como recurso analítico em seus processos de pesquisa para que tenhamos capacidade para apresentar e executar propostas concretas de emancipação para o setor de saúde, discutindo em profundidade o sistema de seguridade brasileiro, as estratégias para desprivatizar o SUS, a transformação completa da atenção básica em saúde e a configuração do emprego público para os grupos profissionais da saúde.

Só retornando ao espírito de 1980 conseguiremos organizar o debate e a produção acadêmica no nível que uma reforma sanitária ampla requer e promover as mudanças necessárias modificando para superar a “universalização excludente” fazendo com que segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral também valorize e

participe da política pública de saúde, assim como aperfeiçoando para dar ainda mais cidadania para quem tem apenas o SUS como opção.

A universalização do acesso e a seguridade ampla assegurada com a constituição do SUS como expressão do direito cidadão à saúde se dá na contramão de um estado dependente e que tem seu foco dirigido a atender os interesses do capital, cada vez mais transnacionalizado, e das burguesias interna e estrangeira, resultando em um processo que tem a contradição como sua marca principal. As linhas do tempo demonstram que em função das diversas contradições de um país com as características de dependência histórica e estruturante como o Brasil, os avanços e retrocessos, sobretudo os retrocessos, tornam esse direito sempre ameaçado em sua efetivação, por isso as releituras aqui realizadas sobre a história passada e recente do sistema de saúde sob um novo arcabouço teórico – o da Teoria Marxista da Dependência, compõe um esforço intelectual de retomar o pensamento sobre o Estado reduzindo assim a carência das análises macropolíticas escasseadas na academia.

A tese evidenciou que o SUS tem se configurado como um espaço de circulação de bens e serviços para acumulação do capital privado internacional e, também, nacional, sobretudo nos anos recentes. Essa configuração delimita, de uma forma bastante substantiva, as possibilidades de futuro para esse direito tão duramente conquistado e os elementos elencados nesta tese não podem ser desconsiderados em momentos de discussão sobre o aperfeiçoamento do SUS.

Não se pode discutir a redução da dependência tecnológica desconsiderando que uma das funções das nações dependentes é a transferência de valor das periferias para as economias centrais, portanto, a prática de reforçar narrativas de a lei de propriedade intelectual é um avanço nas relações comerciais, sem problematizar que os pagamentos de royalties, patentes, e mesmo os preços de transferência interna entre filiais e matrizes estrangeiras, funcionam muito mais como mecanismo para essa transferência de valor do que para o avanço da ciência e tecnologia.

Conclui-se reafirmando o papel de movimentos populares como a força capaz de trazer profundas modificações para a sociedade como ocorreu no final dos anos de 1980 e a escolha democrática de um governo popular como potencializador dessas modificações como ocorreu em 2002. Como as linhas do tempo demonstraram, foram nesses períodos que o SUS se tornou realidade e que o Estado organizou a estrutura da política pública de saúde e investiu fortemente na produção científica e tecnológica. Sem rupturas, o Brasil foi capaz de

implantar o SUS e de realizar Parcerias de Desenvolvimento Produtivo que demonstram ser um mecanismo fundamental para reduzir a dependência tecnológica e econômica do país e para atenuar a cisão entre as tecnologias disponíveis no setor de saúde e as tecnologias acessadas pela população.

Por fim, não se pode discutir a provisão de pessoal e continuar normalizando as terceirizações e contratos de trabalho cada vez mais degradantes para a força de trabalho que atua no SUS, além disso é preciso ocupar os postos estratégicos, identificá-los com clareza e ocupá-los, como Hésio Cordeiro e Sérgio Arouca fizeram, pois não basta movimentar a rua e eleger um projeto popular, é preciso atuar ativamente para mudar a realidade na periferia.

REFERÊNCIAS

ABREU. Alzira A. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC). **Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB)**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-superior-de-estudos-brasileiros-iseb>. Acesso em: 14 set. 2020.

ABREU. Alzira A. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC). **Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-nacional-de-desenvolvimento-pnd>. Acesso em: 14 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Perfil do Setor. Dados e Indicadores do Setor. Sala de Situação**. Disponível: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html Acesso em: 05 de jan. 2021.

ALBUQUERQUE, A.; SOUZA, C. N. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. **Revista Brasileira Bioética**, Brasília.: 1-17, 2017.

ALBUQUERQUE, E. M., CASSIOLATO, J. E. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde**. Revista de Economia Política, vol. 22, nº 4 (88), pp. 701-719. 2002

ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde.

_____. In: PEREIRA, J.M.M (Org). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo cruz, 2014.

ALMEIDA, M. F. de **Política industrial e crescimento**. 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5218/1/Radar_n16_Pol%c3%adtica.pdf. Acesso: 28 out 2021.

AMARAL, M. S. e CARCANHOLO, M. D. A superexploração do trabalho em economias periféricas dependentes. **Revista Katálysis**. 2009, v. 12, nº 2, pp. 216-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802009000200011>. Acesso em 28 set 2021.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. **Desenvolvimentismo e saúde: apontamentos para uma crítica. Texto em elaboração**. Junho de 2022

ANDREAZZI, Maria de Fátima S; KORNIS, George E. M. **Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1409-1420, 2008.

ARAÚJO TOLENTINO, M. (2009). As Reformas no Brasil: Do Capitalismo Dependente à “Nova Dependência” do Capital Globalizado. *CSONline* - **REVISTA ELETRÔNICA DE**

CIÊNCIAS SOCIAIS, (5). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17091>. Acesso em: 26 fev.2020.

ARRIGHI, Giovanni. **O longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo**. São Paulo: Editora UNIVESP, 1996.

ARRUDA, José. J. A. **Uma Colônia entre dois impérios: a abertura dos portos brasileiros 1800-1808**. Editora Edusc. São Paulo. 2008.

ARROW, K. (1963) **Uncertainty and the welfare economics of medical care**. The American Economic Review, v. LIII, nº 5, p. 941-973.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS (ABIMAQ). **A história das máquinas**. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/Publica%C3%A7%C3%B5es/Livro-A-historia-das-maquinas-70-anos-Abimaq.pdf>; Acesso em: 28 de set 2020.

AXT, Gunter. O Governo Getúlio Vargas no Rio Grande do Sul (1928-1930) e o setor financeiro regional. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, 1, 29: 119-139, out. 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2153/1292>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

BAHIA, L. **O Sus e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro**.

_____. In_ Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS. Editora Fiocruz. 2005.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, nº. 7. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>. Acesso 06 set 2021.

BAMBIRRA. Vânia **O Capitalismo dependente latino-americano**. Tradução de Fernando Correa Prado e Marina Machado Gouvêa. Florianópolis. Insular. 3. Edição. 2015.

BARBOSA, Rogério Jerônimo Barbosa. **Estagnação desigual: desemprego, desalento, informalidade e a distribuição da renda do trabalho no período recente (2012-2019)**. Repositório IPEA. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9949>; Acesso em: 19 set. 2021.

BAUMANN, R. Bêfiex: efeitos internos de um incentivo à exportação. *Revista Brasileira de Economia*. Rio de Janeiro. 1990.

BENTO, A. M.; FERREIRA, M. R. D. A prática da pesquisa em ciência social: Uma estratégia de decisão e ação. Rio de Janeiro: COPPEAD/UFRJ, 1982. Relatório Técnico 54, p. 1-37.

BENCHIMOL, Jaime Larry e SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**.

2008, v. 15, n° 3, pp. 719-762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000300009>

BERTOLOZZI, Maria Rita e GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 1996, v. 30, n° 3. pp. 380-398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300004>>. Acesso em 15 Maio 2022.

BICHIR, Maíra M. **Aportes de Ruy Mauro Marini ao debate sobre o Estado nos países dependentes.** *Cad. CRH* [online]. 2018, vol.31, n°84pp.535-553. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792018000300535&lng=en&nrm=iso: Acesso em: 22 fev. 2022.

BIELSCHOWSKY, R. **Cinquenta anos de pensamento na Cepal.** Organização de Ricardo Bielschowsky, tradução de Vera Ribeiro. Editora Record. São Paulo. 2000.

BOBBIO, Nobbio. **A era dos direitos.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho, apresentação de Celso Lafer. Nova ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2004.

BRAGA, José C. S.; e PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência**, estudos de política social. São Paulo: HUCITEC, 1986, 224 p.

BRASIL. **Livro azul 4ª Conferência de Ciência e Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Sustentável** – Brasília. Ministério da Ciência e Tecnologia/Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. 2010.

BRASIL. **Livro verde da 1ª Conferência de Ciência e Tecnologia e Inovação: desafio para a sociedade brasileira** – Brasília. Ministério da Ciência e Tecnologia/Academia Brasileira de Ciências. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL, **Coleção para entender a gestão do SUS, 2011, 11.** Conselho Nacional de Secretários e Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - I CNCTS** – Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1994.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – 2. ed. revista e modificada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **A Reforma Administrativa do sistema de saúde**/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Caderno nº 13. Brasília: MARE, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>; Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Relatório de Gestão 2015**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio (MDIC). **A importância do setor terciário para a economia**. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/index.php/comercio-servicos/a-secretaria-de-comercio-e-servicos-scs/406-programas-e-aco-es-scs>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Secretaria de Empreendedorismo e Inovação. **Política de propriedade intelectual das instituições científicas, tecnológicas e de inovação do Brasil**. Relatório FORMICT 2017. Brasília. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 1. Ed. Brasília, 1999.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **A revisão da Lei de patentes: inovação em prol da competitividade nacional**. Relator: Newton Lima; equipe técnica: Pedro Paranguá (coord.) et al; consultores legislativos: César Costa Alves de Mattos, Fábio Luis Mendes, Mauricio Jorge Arcoverde de Freitas – Brasília. Edições Câmara, 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/seminarios/lancamento-patentes-9-10-13/a-revisao-da-lei-de-patentes>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL. LEI Nº 9.787 de 1999. **Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências**. Brasília, 10 de fevereiro de 1999.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional Política de Saúde no Brasil**. 2006

BRESSER-PEREIRA, Luiz C. **Despesa do estado, repartição e valor**. Revista de Economia Política. São Paulo. Centro de Economia Política, Vol. 2/3. 1982.

_____. As Três Interpretações da Dependência. **Perspectivas**, São Paulo, (38): p. 17-48, jul./dez. 2010.

BUSS, P. O Criador da Atenção Primária. **RADIS Comunicação e Saúde**, nº 173, Fev. 2017.

CAETANO, Rosângela et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, nº. 8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.02002017>. Acesso em 28 abr 2021.

CAMPELLO, T., NERI, M.C. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania** / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília: Ipea, 2013.

_____ In: CAMPELLO, T. Uma década derrubando mitos e superando expectativas.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera, COHN, Amélia e BRANDÃO, Ana Laura. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, v. 21, nº 5, pp. 1351-1364.

CAMPOS, G.W.S e PEREIRA, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, nº. 09, pp. 2655-2663. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>. Acesso em 27 jan 2020.

CAPUTO, Ana Cláudia and MELO, Hildete Pereira de. **A industrialização brasileira nos anos de 1950: uma análise da instrução 113 da SUMOC**. *Estud. Econ.* 2009, vol.39, nº3.

CARDOSO. Fábio L. L. **A influência do Relatório Beveridge nas origens do Welfare State Britânico (1942-1950)**. Universidade Estadual Paulista. Trabalho Final de Conclusão de Graduação em Ciências Sociais. São Paulo. 2010.

CARDOSO, Fernando. H.; e FALETTO, Enzo. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**, ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004, 234 p.

CASSIOLATO, J. E. e LASTRES, H. M. M. **Sistemas de inovação e desenvolvimento: as implicações de política**. São Paulo em Perspectiva. 2005, v. 19, nº. 1 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/9V95npxV66Yg8vPJTpHfYh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar 2022.

CHANG, Ha-Joo. **Chutando a escada** – a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. Tradução Luiz Antonio Oliveira. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

CHRISTENSEN, Clayton M.; GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman. 2009.

COC. Casa de Oswaldo Cruz. **Luís Gonzaga do Nascimento e Silva**. Disponível em:

<http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/luiz-gonzaga-do-nascimento-silva>. Acesso em: 12 abr. 2022.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **História da Cepal**. Disponível em https://www.cepal.org/sites/default/files/pages/files/14-20735_sitio_web_cepal_info_historica_port.pdf. Acesso em: 12 jul. 2020.

COMITÊ PARA ABOLIÇÃO DAS DÍVIDAS ILEGÍTIMAS (CADTM). **As origens das instituições**. Março. 2020. Disponível em: <http://www.cadtm.org/As-origens-das-instituicoes-de#nb14>. Acesso em 18. Jul.2018.

CONDE, M. V. F. e ARAÚJO-JORGE, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003, v. 8, nº 3, pp. 727-741. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300007>. Acesso em 02 jul 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Conselho Federal de Medicina. **Brasil gasta R\$ 3,48 ao dia com a saúde de cada habitante**. Novembro, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3. Acesso em: 28 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas** – Brasília: CONASS, 2009. Acesso: 26 fev. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Linha do Tempo das Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/linha-do-tempo-cns>. Acesso em: 14 set. 2022.

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, CMAP, 2020. Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade – MAC. Disponível em: www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio_avaliacao-cmag-2020-mac.pdf. Acesso em 30 jun 2022.

CORDEIRO, H. A medicina de grupo e o complexo médico-industrial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, nº 3, p. 22 a 37, 1983. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10658>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CORDEIRO, Hesio A. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 175 p.

CORDEIRO, Hesio. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária**: contribuição à história do SUS. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 14(2): 343-362, July, 2004.

CORDEIRO, A.M. **Desafios na promoção da saúde do trabalhador terceirizado na administração pública: estudo de caso da Fundação Oswaldo Cruz**. Dissertação de mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz. 2018. 113f.

CORDEIRO, Hesio de Albuquerque; QUADRA, Antônio Augusto F. Sistema Nacional de Saúde: antecedentes; tendências e barreiras. **Revista de Administração Pública**, v. 11(3), p. 15–29. 1977.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. 2000, v. 16, nº 1, pp. 171-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100018>. Acesso em: 9 abr. 2022.

COSTA, LS., *et al.* **Análise do subsistema de serviços em saúde na dinâmica do complexo econômico-industrial da saúde**. _____. In Fundação Oswaldo Cruz: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento produtivo e complexo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 5. pp. 121-159.

COSTA, Hélio D. **O surgimento do direito universal à saúde na URSS**. Universidade Estadual do Paraná. Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado. Curitiba, 2018.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. **Dados**. 1996, v. 39, nº 3, pp. 479-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52581996000300007>. Acesso em jul 2021.

COSTA, F. Nogueira. **A Professora e o aluno**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019, pp 13-41.

_____. In: TAVARES, Maria C.: **vida, ideias, teorias e política** / Maria da Conceição Tavares. Hildete Pereira de Melo (organizadora).

COUTO, Joaquim M. O pensamento desenvolvimentista de Raúl Prebisch. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 16, nº 1 (29): 45-64, abr. 2007.

CPDOC, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Getúlio Vargas**. _____ Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/getulio_vargas. Acesso em: 24 set. 2020.

CPDOC, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Rocha de Paula Rocha Lagoa**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/rocha-de-paula-rocha-lagoa>. Acesso em: 24 set. 2021.

CPDOC, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Silva, Luis Gonzaga do Nascimento e**. _____ Disponível em:

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/silva-luis-gonzaga-donascimento-e>. Acesso em: 24 set. 2021.

CURRAN, Dean. **What is a critical theory of the risk society? A reply to Beck**. The British Journal of Sociology 2013. Vol.64.

DAWSON, Bertrand. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Maio, 1920. Publicación Científica 93. Washington: OPS/OMS, 1962. 38p. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/169356><http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/169356/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 04 de març 2020.

DEPENDENCY THEORIES. Theories of Development. **Dependency Theories**. University of British Columbia. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=JN6LIMY2ApQ&feature=emb_title. Acesso: 26 ab. 2020.

DOLHNIKOFF, Miriam. **José Bonifácio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, 344 p. (Edição Kindle).

DIAS, D. S.; SILVA, M. F. **Como escrever uma monografia**. Rio de Janeiro: COPPEAD/UFRJ, 2009. Relatório Técnico 384, p. 1-65.

DONNANGELO, Maria C. F.; e PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979, 124 p. <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2017/09/saucc81de-e-sociedade-donnangelo.pdf>

DOSI, G. **Mudança técnica e transformação industrial: a teoria e uma aplicação à indústria dos semicondutores**. Campinas: Editora UNICAMP, 2005

DOURADO, V. V. **Como o sistema de saúde brasileiro contribui para a manutenção e reprodução do Capital?** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, 2013.

DOWBOR, M. **Escapando das incertezas do jogo eleitoral: a construção de encaixes e domínio de agência do Movimento Municipalista de Saúde**. 2018

_____. In: LAVALLE, A.G., CARLOS, E., DOWBOR, M., and SZWAKO, J., comps. *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 89-118. Sociedade e política collection.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2016, v. 14, nº. Suppl 1, pp. 15-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em 28 abr 2021.

DUDH. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso: 29 fev. 2020.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **RAP: Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 26 (2): 8-19. abr./jun. 1992.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, (24): 85-116, 1991.

_____. O futuro do welfare states na nova ordem mundial. **Lua Nova**, São Paulo, 1995. São Paulo, nº 35, pág. 73-111, 1995.

EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. 1993, nº 28-29, pp. 107-157.

ETZKOWITZ H e LEYDESDORFF L. **The dynamics of innovation: from National Systems and “Mode 2” to a Triple Helix of university-industry-government relations**. *Research Policy* 29(2000). Elsevier Science B.V. 2000.

FELIPE, J. S. **A construção do sistema único de saúde: narrativa de um sujeito em ação**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília – UNB. Brasília, 2021.

FERREIRA, C. S.; VIEIRA, W. A construção da nação na América Latina, um processo interrompido: bloqueios internos e externos Plural - **Revista de Ciências Sociais**, vol. 24, núm. 2, 2017, Junho-Dezembro, pp. 38-64 Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6497/649770041003/649770041003.pdf>. Acesso em 02 jan 2019.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 1127-1137, 2015.

FLECK, Ludwik/ **Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico**: Introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento (1937). Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. 205 p.

FONSECA, Aloysio de Salles. **A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social**. Relatório apresentado pelo presidente do CONASP à Comissão Parlamentar de inquérito do Senado sobre a crise na Previdência Social Brasileira. Outubro 1985.

FRANK, Andre G. **O desenvolvimento do subdesenvolvimento**. Artigo publicado em *Monthly Review*, vol. 18, nº 4, setembro de 1966. Disponível em: http://benweb.com.br/resources/Teorias_e_experi%C3%A2ncias_de_desenvolvimento/7%20Andr%C3%A9%20Gunder%20Frank%20O%20desenvolvimento%20do%20subdesenvolvimento.pdf; Acesso em: 25 nov. 2020.

FREEMAN, C. The national system of innovation in historical perspective. **Revista Brasileira de Inovação**. Rio de Janeiro. v. 3. nº 1. p. 15-24. Jan./Jun. 2004. Publicado originalmente em *Cambridge Journal of Economics*. nº 19, p. 5-24. Feb.1995.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso: 26 fev. 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPABRAMO) **Médico sanitaria David Capistrano Filho é homenageado em SP**. 2015. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2015/11/04/medico-sanitarista-david-capistrano-filho-e-homenageado-em-sp/>. Acesso em 28 set. 2021.

GADELHA, Carlos Augusto G., O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Cadernos do Desenvolvimento**. 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/550> Acesso em 12 abr 2022

GADELHA, C.G. **Reflexão crítica dos desafios e obstáculos para o desenvolvimento de política pública: o CEIS como soberania e como saída da crise**. Apresentação na Câmara dos Deputados - Comissão de seguridade social e família - subcomissão especial do complexo econômico-industrial da saúde (CEIS). 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/13-05-2021-apresentacao-carlos-gadelha> Acesso em 12 fev. 2022.

GADELHA, C. G. **Não podemos ter um SUS com tamanha dependência**. O Globo, Rio de Janeiro. 2020. Acesso em: 12 abr.2020.

GADELHA, C. G. **A cura, a vacina ou o tratamento são para todos ou são para ninguém**. Abrasco, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/a-cura-a-vacina-ou-o-tratamento-sao-para-todos-ou-sao-para-ninguem-aponta-carlos-gadelha/48610/>. Acesso em 28 jul 2020.

GADELHA, Carlos Augusto G., TEMPORÃO, José G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2018, vol.23, n. 6, pp.1891-1902.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. **Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2. 2016

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et all. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde**. Revista Brasileira de Inovação, Campinas (SP), 12 (2), p. 251-282, julho/dezembro 2013.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, COSTA, Laís Silveira e Maldonado, José. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**. 2012, v. 46, suppl 1, pp. 21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>. Acesso em 22 jan 2020.

GADELHA, Carlos A. Grabois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 8(2):521-535, 2003.

GADELHA, Carlos A. Grabois. **Biotechnology em saúde: um estudo da mudança tecnológica na indústria farmacêutica e das perspectivas de seu desenvolvimento no Brasil**. Tese de Doutorado. Campinas. 1990.

GADELHA, CAG., coord. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6t3hs/epub/gadelha-9788575415931.epub>. Acesso em 26 jan 2021.

GERSCHENKRON, Alexander. **O Atraso Econômico em Perspectiva Comparada e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Contraponto/Centro Internacional Celso Furtado, 2015, 402 p. GELEDÉS. **Datas da abolição da escravidão nos países americanos**. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/datas-da-abolicao-da-escravidao-nos-paises-americanos/>

GERSCHMAN, S. **O Movimento Popular em Saúde**. In: **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 89-134. ISBN: 978-85-7541-537-5. <https://doi.org/10.7476/9788575415375.0006>.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**, um estudo da reforma sanitária brasileira. Ed. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1995, 203p.

GIL, Antônio. C. **Como Elaborar projetos de Pesquisa**. 6 edição. São Paulo. Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. **Entre a solidariedade e a subsidiariedade – políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a terceira etapa da reforma da saúde** (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 1998.

GIOVANELLA, L. **Proteção Social Alemã. Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 31-51.

GUIMARÃES, Reinaldo et al. **Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 2019, v. 24, n° 3, pp. 881-886. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34652018>. Acesso em 02 jul 2022.

GROSFUGUEL. R. Desenvolvimentismo, modernidade e teoria da dependência na América Latina. **Revista Epistemologias do Sul**. Foz do Iguaçu. v. 2 n° 1 (2018).

HAINES, Ana J. **The Commissar of Health**. Health Work in Soviet Russia. Vanguard Press, New York, 1928. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/semashko/semashko.htm>. Acesso em: 4 abr. 2020.

HOBBSAWM, Eric J., **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 598 p.

_____. **A era dos impérios**. Eric J. Hobsbawm, tradução Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo; revisão técnica Maria Célia Paoli. — Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de Desocupação é de 11,2% e taxa de subutilização é de 23,2% no trimestre encerrado em janeiro de 2020**. Agência de Notícia 28.02.2020. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acesso 28 març.2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Uso de internet, televisão e celular no Brasil**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf. Acesso em 22 jan 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perfil das Organizações da Sociedade Civil no Brasil**. Organizado por Felix Garcia Lopes. Brasília. IPEA, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).. Desafios Econômicos. A história de Bretton Woods. 2009. **Revista de Informações e Debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Ano 6, edição 50. 2009 Disponível em em:http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2247:catid=28&Itemid=23. Acesso em 22. Jul. 2018.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC). AIDS, 20 anos depois. Linha do tempo disponível no site: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em 9 out 2021.

KEYNES, John M. *The Means to Prosperity* (Gutenberg Canada eBook). London: Macmillan, 1933, 37 p.

KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909 - 1962**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

KISS, Catalina. **Os desafios do Estado Brasileiro para garantia do acesso de medicamentos: um estudo sobre os encontros e desencontros das políticas sanitária e industrial**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), 2018, 273p.

KORNIS, George. E. M.; BRAGA, Maria H.; PAULA, Patrícia A. B. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, Juiz de Fora, 11(1): 85-99, mar. 2008.

KUHN, S. Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15. Pp. 2307-16. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf> Acesso em: 12 mai. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 26, n°. 3, pp. 823-835. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>. Acesso em 23 jan 2022.

LEITE, Rogério Cezar de Cerqueira. **Codetec - Companhia de Desenvolvimento Tecnológico**. Revista Brasileira de Inovação, Rio de Janeiro (RJ), 7 (2), p.483-489, julho/dezembro. 2008

LENIN. Vladimir I.U. **O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo. IX – Crítica do Imperialismo**. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/lenin/1916/imperialismo/cap10.htm>. Acesso em: 12 NOV. 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo. Economia Política como ferramenta de análise e atração de novos pesquisadores. **12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2018.

LEVCOVITZ, Eduardo, COUTO, Maria Helena, C. **Sistema de Saúde na América Latina no Século XXI**. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas. 2018. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-sa%C3%BAde-na-Am%C3%A9rica-Latina-no-s%C3%A9culo-XXI.pdf>. Acesso: 19 jun. 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Trajatória da política de saúde na nova república- das AIS/SUDS à constituição de 1988 e leis 8080/8142: sistema universal x segmentado/fragmentado**. Texto preparado para o curso de Mestrado Profissional em Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 2019.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2001, v. 6, n° 2, pp. 269-291. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso: em 23 abr 2021.

LIST, Friedrich. **The National System of Political Economy**. London: Longmans, Green, and Co., 1909, 44 p. Disponível em: https://www.econlib.org/library/YPDBooks/List/IstNPE.html?chapter_num=1#book-reader; acesso em: 24/01/2021.

LUCE, Mathias, S., **Teoria marxista da dependência: problemas e categorias- uma visão histórica**. 1 edição. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

LUNDEVALL, B.A. **National Systems of Innovation; towards a theory of innovation and interactive learning**. London: Pinter Publishers, 1992.

LUZ, Madel Therezinha (Org.). **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**.

_____. LUZ, Madel Therezinha, **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil**

de “**transição democrática**”: anos 80. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 228 p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). 1ª edição / novembro 2007.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**. 2007, v. 23, nº 9, pp. 2113-2126. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900019>. Acessado 21 jan 2022.

MACULAN, Anne-Marie D. **A política brasileira de ciência e tecnologia de 1970 a 1990**. Novos estudos. Cebrap nº 43. pp. 173-194. Nov.1995.

MARANGONI, G. Anos 1980, década perdida ou ganha? **Revista de Informações e debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Ano 9. Edição 22. 2012. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2759:catid=28. Acesso em: 28 mar 2022.

MARTUSCELLI, Danilo Enrico. Poulantzas e o conceito de burguesia interna. **Demarcaciones**, n.2, 2014. Disponível em <http://revistademarcaciones.cl/wp-content/uploads/2014/11/Martuscelli-corregido.pdf>. Acesso em: 20 jun.2022.

MAGALHÃES, J. L. **A estratégia de produção de medicamentos na Esfera pública frente aos programas de Saúde do governo: o caso de Farmanguinhos**. Dissertação de Mestrado em tecnologia de processos químicos e bioquímicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007.

MARINI, Ruy M. *Dialética da dependência*. 1974

_____. In: *Dialética da dependência: Uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Emir Sader (org.) Petrópolis. RJ: Vozes. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

_____. *Subdesarrollo y revolución*. Siglo XXI. Editores, México. 5. edição, 1974 pp. 1-25.

_____. *Subdesenvolvimento e revolução*. Florianópolis: Insular, 2012b

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100053&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2020.

MARINI, R. M. **Subdesenvolvimento e revolução**. 1974. Trad. Fernando Correa Prado e Marina Machado Gouvêa. Florianópolis: Insular. Instituto de Estudos Latino-Americanos (IELA), 2012a. (Coleção Pátria Grande).

MARTINS, T.C. F., et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021, v. 26, n. 10, pp. 4483-4496. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mBHf5pYMHkMHRz7LMf99HxS/?lang=pt#ModalArticles> Acesso em 13 jun.2022.

MARSHALL, Thomas. H. **Cidadania**, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967, 220 p.

MARX. Karl. **O Capital, crítica da economia política**: o processo de produção do capital: livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, 2 volumes, 966 p.

_____. **Carta a Ludwig Kugelmann** (em Hannover), 11 de julho de 1868. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1868/07/11.htm>. Acesso em 10 mar 2021.

_____. Livro XXIV (1967). **A Chamada Acumulação original**. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/cap24/index.htm>. Acesso em 23 jul 2021.

MARXIST. Marxist.org. Chris Harman. **A Teoria do valor-trabalho**. <https://www.marxists.org/portugues/harman/1979/marxismo/cap05.htm>. Acesso em 23 jul 2021.

MAZZUCATO, Mariana. **O estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. Setor privado**. 1ª edição. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

MAZZUCATO, Mariana. **O valor de tudo: Produção e apropriação da economia global**. 1ª edição. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2020.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, nº.2, p.522-532, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 de jun 2022.

MINAYO, M. C. S. **Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Um Projeto em Construção**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, nº 1-2, p. 53-71, 1997.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social : teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. — Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.

MITIDIARI, Thiago et al. **Há espaços competitivos para a indústria farmacêutica brasileira?**: reflexões e propostas para políticas públicas. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social: Rio de Janeiro, abr. 2015

MONTEIRO, N. S.S. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 30, nº. 03. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010373312020300304>.

NAPOLEONI, Claudio. **Curso de Economia Política**. São Paulo: Editora Graal, 1979, 405 p.

NAVARRO, J. C. A. **O Acordo TRIPS e suas repercussões sobre o acesso a medicamentos. O caso do HIV/AIDS no Brasil e no México: "direito de patente" vs. "direito à vida"**. 2011. Tese (Doutorado em Integração da América Latina) - Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

NELSON, R.R. e WINTER, S.G. **Uma teoria evolucionária da mudança econômica**. Campinas: Editora Unicamp, 2005

NETO, P.T. P. F.; CUNHA, C. R. Produção pública de medicamentos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 11, nº 3, p. 1-14, 2020.

NOGUEIRA, André; NUNES, Edson. Instituições, **Poder e Política na Saúde: um marco de referência**. Brasília: OPAS/OMS, 1993. (Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde nº2). 60p.

NORONHA, José Carvalho de. **Hesio Cordeiro e a construção do Sistema Único de Saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021, v. 31, nº 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310306>. Acesso em 28 jun 2022.

NUNES, E. O. **A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático**. Garamond, 2010.

NUNES, Everardo D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p. 13-38, 2005.

O GLOBO. **América do Sul tem uma queda de presidente cada 10 meses**. Disponível: <https://oglobo.globo.com/mundo/america-do-sul-tem-uma-queda-de-presidente-cada-10-meses-24084403>. Acesso em: 4 març. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O; CARVALHO S. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, vol. 33, núm. 81, número-abril, 2009, pp. 72-79 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de e SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Revista de Economia Contemporânea*. 2006, v. 10, nº 1, pp. 157-185. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-98482006000100007>. Acesso em 28 jun 2021.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T; RECIPUTTI, L.P.; MACEDO, C; LOPES, M.G.M. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017, v. 33, nº. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>>. Acesso em 26 mai 2021.

OSÓRIO, Jaime. *Crítica de la economia vulgar: Reproduction del capital y dependencia*. Editora Miguel Angel Porrua. 2004.

OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. M. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador. EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____; FIGUEIREDO, J.O.; PRADO, M.B.L.; MEDINA, M. G. Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro. V. 42, número especial 2. P. 37-47. 2018.

PAIVA, Carlos H. A.; e FREITAS, Gabriele C. Entre Alma-Ata e a reforma sanitária brasileira: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), 1979-1983. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, .28(2): 527-579, abr.-jun. 2021.

PAULANI, L.M. **O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses.**

_____;In: LIMA, J.C.F., and NEVES, L.M.W., org. *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

PARANHOS, Julia, MERCADANTE, Eduardo e HASENCLEVER, Lia. O custo da extensão da vigência de patentes de medicamentos para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, nº 11. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169719>. Acesso em: 28 mar.2021.

PAVESE, Carolina B. **A Terceira via**. Mosaico Social - UFSC, Florianópolis, v. 2, p. 241-247, 2004.

PEREIRA, João Márcio Mendes Pereira. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”. **Topoi**, v. 11, nº 21, jul.-dez. 2010, p. 260-282

PEREIRA, João Márcio Mendes. **Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013.**

_____.In: PEREIRA, J.M.M (Org). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo cruz, 2014.

PEREIRA, J. S. **Petróleo, Energia Elétrica, Siderurgia: A luta pela emancipação, um depoimento de Jesus Soares Pereira sobre a política de Vargas a Medeiros Lima**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975, 197 p.

PEREIRA, G.A.B. et all. Análise do sistema de patentes no Brasil, no espaço temporal de 2000 a 2018. **Research, Society and Development**, v. 10, nº 4, e50210413791, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13791>. Acesso em 23 marc. 2022.

PERES. Ana M. M. **Estado Burocracia e Gerência: uma análise sobre o agir gerencial no cotidiano dos serviços de saúde**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2015.

PIERSON, Paul. *Coping with permanent austerity. Welfare state restructuring in affluent democracies. The new politics of the welfare state*. Oxford Univerty Press, 2001.

PIOLA, S. F., FRANÇA, J. R. M. e NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, nº 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>. Acesso em: 28 abr 2021.

PILOTTO, B.S., JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social & Sociedade**. 2017, nº. 130, pp. 547-563. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>. Acesso em 28 jul 2019.

PIRES, S.M., CARNUT, L., MENDES, A. Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. **J Manag Prim Health Care**. Vol. 13, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1177> Acesso em 28 jul 2022.

POLANYI, Karl. **A Grande Transformação: As origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Saúde Pública**. Portal da Educação. Campo Grande: 2012.

PORTER, Michael E. & TEISBERG, Elizabeth Olmsted. (2007). **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman.

PRADO, F. C. História de um não-debate: a trajetória da teoria marxista da dependência no Brasil. **Comunicação & Política**, v. 29, nº 2, p. 068-094, 2011. Disponível em: [https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/3417231/mod_resource/content/0/Teoria%20da%20Dep.%20Historia de um nao-debate a trajetoria d.pdf](https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/3417231/mod_resource/content/0/Teoria%20da%20Dep.%20Historia%20de%20um%20nao-debate%20a%20trajetoria%20d.pdf). Acesso em: 28 jan 2019.

PRESSER, M.F. Rodada Uruguai: as novas regras do jogo para as políticas comerciais industriais nos países em desenvolvimento. **Revistas de Planejamento**. V.24. nº. 3. 1996. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/1240>

PUGIN, S.R, NASCIMENTO, V.B. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)**. Orientação de Amélia Cohn. Série didática, nº 1. Dezembro, 1996.

RANGEL, Ignácio. **Obras reunidas** (2vol.). Rio de Janeiro: Contraponto/ Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2012, 1.508 p.

REVISTA DE MANGUINHOS. A construção de um ideal em saúde pública. 2005. Disponível em <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/RM07pag81a83Capa.pdf>. Acesso em: 28 abr 2021.

RODRIGUES, Paulo H.A. **Apocalipse não: O Estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. (Cap. 4). Tese de doutorado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2003.

_____; Desafios políticos para consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 21(1): 37-59; 2014.

_____; e SANTOS, Isabela S. Os Novos Riscos Sociais não são só Europeus, também chegaram ao Brasil e exigem respostas das nossas políticas sociais. In: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Isabela Soares Santos (Orgs.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017. pp. 111-141.

_____; COSTA, Roberta D.F; KISS, Catalina. **A evolução recente da indústria farmacêutica brasileira nos limites da subordinação econômica**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(1): 1-22, e280104, 2018.

RODRIGUES, Paulo H.A. **Conceito sobre Neoliberalismo**. Material Didático. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ, 2022, 2 páginas.

RODRIGUES, Paulo H.A. **As ideias e políticas de saúde pública, até os anos 1970**. Material Didático. Texto de Apoio para disciplina **Análise de Políticas de Saúde – 1º semestre de 2021** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ, 2021, 47 páginas

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania: uma visão história e comparada do SUS**. São Paulo; Editora: Atheneu; 2 ed. 2011.

RODRIGUES, Gabriel Kenzo. **O Estado brasileiro e o capital farmacêutico transnacional no pós-segunda guerra (1945-1961)**. Anpuh-Brasil - 30 Simpósio Nacional de História. Recife, 2019. Disponível em: https://www.snh2019.anpuh.org/resources/anais/8/1563917354_ARQUIVO_trabalhocomplet-o-gabriel.pdf. Acesso em 28 jan 2022.

RODRIGUES, C. H. L.; JURGENFELD, V. Follmann. Desnacionalização e financeirização: um estudo sobre as privatizações brasileiras (de Collor ao primeiro governo FHC). **Economia e Sociedade**. 2019, v. 28, nº. 2, pp. 393-420. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3533.2019v28n2art05>>. Acesso em 26 abr 2020.

ROSTOW, W.W. *Etapas do Crescimento Econômico*, Zahar, 1961.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

SANTOS, Roberto Santana. **O capitalismo dependente brasileiro e a globalização neoliberal: três momentos de uma inserção subalterna (1980-2016)**. Centro de Educação e Humanidades. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. 2019

SANTOS, Theotônio. **A Teoria da Dependência: Balanço e Perspectivas**. In:

_____.SEGRERAS, Francisco L., El Reto de la Globalización. Ensayos en Homenaje a Theotônio Dos Santos. Caracas, CRESALC-UNESCO, 1998. 198 p.

_____.SANTOS, Theotônio. *Dependencia y cambio social*. Santiago, Chile: CESO, 1973

_____.SANTOS et al. La cuestión del fascismo en América Latina. *Cuadernos Políticos*, nº 18, p. 13-34, octubre-diciembre, 1978. Disponível em: <http://www.marini-escritos.unam.mx/282_fascismo_america_latina.html>. Acesso em: 04/02/2022.

_____. *Imperialismo y dependencia*. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho, 2011.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, nº 3, p. 1-10, jul./set. 2016.

SANTOS, F. A. V., SANTANA, J. R. **Análise bibliométrica sobre balança de pagamento tecnológica como indicador de transferência de tecnologia**. 8Th International Symposium on Techological Innovation. Innovation to lead to development. Vol. 8/nº1/ p.296-304. Aracaju, 2017. Disponível em: <http://www.api.org.br/conferences/index.php/ISTI2017/ISTI2017/paper/viewFile/253/166>
Acesso em: 24 mai 2022.

SAYERS, Michael e KAHN, Albert E. **A Grande Conspiração: a guerra secreta contra a Rússia soviética**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1959, 449p.

SILVA, C. M. **Agricultura e cooperação internacional: A atuação da American International Association for Economic and Social Development (AIA) e os programas de modernização no Brasil (1946-1961)**. Tese (doutorado em História das Ciência e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

SILVA, G.M.; RASERA, E.F. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, Vol(n): pp. 2013.

SILVA JUNIOR, J. V., **Preços de Transferência e a Indústria Farmacêutica no Brasil**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado. 2009

SILVA, José A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 15ª edição revista e atualizada nos termos da Reforma Constitucional. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 1998, 863 p.

SILVA, Maria Aparecida M. O Estado e a reprodução da força de trabalho. **Revista Perspectivas**, São Paulo. (7):1-11, 1984.

SILVA, R. M. CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução de 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Volume: 20, Número: 10, Publicado: 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jvDC4dqfKvVWkWfjdh6zgGs/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 28 jan 2020.

SILVA JUNIOR. J.V. **Preços de transferência e a indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de mestrado/PUC. São Paulo. 2009

SINDUSFARMA, **Sindusfarma: 80 anos** – Guardiã da História da Indústria Farmacêutica no Brasil / Lauro D. Moretto. – 1. ed. – São Paulo: Sindusfarma, 2013.

SINDUSFARMA. **Indústria farmacêutica no Brasil: memória iconográfica: Sindusfarma 85 anos**. 1. ed. – São Paulo: Narrativa Um, 2018. Disponível em: https://sindusfarma.org.br/Livro_Sindusfarma_85Anos.pdf. Acesso em 12 Jun 2021.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n.º. 4 [Acessado 5 Março 2022] , pp. 663-666. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>.

SCHUMPETER, J. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre os lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1985.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, Socialismo E Democracia**. Joseph A. Schumpeter/Editado por George Allen e Unwin Ltd., traduzido por Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961. Tradução do original inglês *Capitalism, Socialism, and Democracy*.

SKIDMORE, Thomas. **Brasil: de Getúlio a Castelo**. São Paulo: Paz e Terra, 1982, 512 p.

SOUZA, André de Mello. **O Acordo sobre os aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao comércio (TRIPS): implicações e possibilidades para a saúde pública no Brasil**. Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais (Dinte) do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. 2011. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1615.pdf. Acesso em 28 de jun 2022.

SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003, v. 8, n.º 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200010>. Acesso em 12 jan 2021.

STANTCHEV, Vladimir et al. (2015). Smart items, fog and cloud computing as enablers of servitization in healthcare. **Sensors & Transducers**, v.185, n.º.2, p.121-128.

SUZIGAN, W., FURTADO, J. Política Industrial e Desenvolvimento. **Revista de Economia Política**, vol. 26, n.º 2 (102), pp. 163-185. 2006.

TAVARES, Maria C.: **vida, ideias, teorias e política** / Maria da Conceição Tavares. Hildete Pereira de Melo (organizadora). – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019.

TEIXEIRA, P.R. Acesso Universal a medicamentos para AIDS: A experiência do Brasil. Divulgação em saúde para o debate. Rio de Janeiro, n.º 27. 2003.

TEODORO, R. SUS um cidadão sem voz. Texto de comunicação. Centro de Estudos Estratégicos do SUS. 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=SUS-um-cidadao-sem-voz>. Acesso em 23 abr 2022.

TESSER, Charles Dalcanale e Luz, MADEL Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, v. 13, n.º 1, pp. 195-206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>>. Acesso em 01 jul 2021.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública** . 2008, v. 24, n.º. 5

TIGRE, Paulo Bastos. **Gestão da Inovação: a economia da tecnologia do Brasil**. 1952. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 7ª impressão.

TILLY, Charles. **Coesão, capital e estados europeus**. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

THE OFFICE OF THE HISTORIAN (2017). United States Objectives And Courses Of Action With Respect To Latin America. Statement Of Policy By The National Security Council. Foreign Relations Of The United States, 1952–1954, The American Republics, Volume Iv. S/S–Nsc Files, Lot 63 D 351, Nsc 5432 Series. September 3, 1954. Disponível em: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1952-54v04/d12>. Acesso em 03 jul. 2022.

THORSTENSEN, Vera. A OMC - Organização Mundial do Comércio e as negociações sobre comércio, meio ambiente e padrões sociais. **Revista Brasileira de Política Internacional**. 1998, v. 41, nº 2, pp. 29-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbpi/a/S5QjKJtrjNnWsMc8h6gnQ5m/?lang=pt#>. Acesso em 15 set. 2021.

TORRES, Christiane de Roode. **O processo de construção do Sistema Nacional de Saúde: tradição e inovação na política de saúde brasileira (1940-1980)**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.

TORRES, N. A. Patentes como instrumento de aumento da dependência tecnológica e econômica: estudo da indústria farmacêutica. **Revista de Administração de Empresas**. 1983.

TUBERO, T. Z. **Movimento sanitário: o SUS, debates e críticas**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, 2011.

UGÁ Maria Alicia. Marques. Rosa Maria. **O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos**.

_____. In: Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS. Editora Fiocruz. 2005.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). National Security Council. **Statement of Policy by the National Security Council (NSC 5432/1)**: United States Objectives and Courses of Action with Respect to Latin America. Washington, September 3, 1954. Disponível em: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus195254v04/d12>. Acesso em: 12/06/2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Observatório de Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal. **Perfil dos Países**. Disponível em: <https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/perfil/>. Acesso em: 14 set. 2020.

UOL. **Com Crise, Banco Central já anunciou 1,2 trilhão em recursos para bancos**. 2020 <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2020/03/23/com-crise-bc-ja-anunciou-r-12-trilhao-em-recursos-para-bancos.htm>

VARGAS, M.A., *et al.* **Indústrias de Base Química e a Biotecnologia 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**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 5. pp. 121-159.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, v. 37, p. 7-20, 2007.

VIANNA, Cid M. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2):375-390, 2002. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a10v12n2.pdf>.

VIANNA, Cid M. M. **Indústria Farmacêutica: uma análise de estrutura e evolução industrial**. Série: Estudos em saúde coletiva, nº 30. Rio de Janeiro. UERJ/IMS, 1995.

VIEIRA, F. S., SOARES, I., OCKÉ-REISS, C., RODRIGUES, P.H. A. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.

VILAS, Carlos M. **O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas**.

_____: In: PEREIRA, J.M.M (Org). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

WARGAS, T. **Políticas de Saúde de: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007.

_____: In: Matta, Gustavo Correia. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. / Organizado por Gustavo Correia Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

WAPSHOTT, Nicholas. **Keynes x Hayek: a origem e a herança do maior duelo econômico da história**. Tradução de Ana Maria Mandin. 1ª edição. 2011. Rio de Janeiro, Record.

WALLERSTEIN, Immanuel. **O Universalismo Europeu: A retórica do Poder**. 1ª edição. 2007. Editora Boitempo

WERTH, Nicolas. **Violências de baixo, violências de cima na revolução russa**. Lua Nova. 2008, nº. 75, pp.11-40.

APÊNDICE A: AUTORES BRASILEIROS DA TEORIA DA DEPENDÊNCIA



CELSO FURTADO

CORRENTE: SUBDESENVOLVIMENTO, TEORIA NACIONAL-DEPENDENTE.

Economista com formação no Brasil e no exterior, participou da construção da CEPAL e desenvolveu o pensamento sobre o subdesenvolvimento dos países latino-americanos. Em seu retorno ao Brasil participou do Governo de Juscelino Kubitschek e elaborou o plano de desenvolvimento para região nordeste, criando a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Foi o primeiro Ministro do Planejamento do Brasil. Em 1964 teve seus direitos políticos suspensos pelo Ato Institucional n. 1 e se exilou na Europa onde permaneceu como docente e de onde escreveu boa parte de sua obra. Com a anistia aos cassados em 1979, retornou ao Brasil em 1983 e colaborou de forma significativa com a redemocratização e com planos para organização da economia brasileira. Autor de mais de vinte livros publicados em vários idiomas, Furtado é um dos principais representantes do pensamento genuinamente brasileiro. Morreu em 2004.

Fonte: adaptado de https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/celso_furtado



THEOTÔNIO DOS SANTOS

CORRENTE: TEORIA MARXISTA DA DEPENDÊNCIA, SISTEMA MUNDO

Economista político e sociólogo brasileiro, foi um dos formuladores da Teoria da Dependência e do Sistema Mundo. Professor da Universidade de Brasília (UnB) foi demitido durante o regime militar por sua militância contra a submissão da América Latina aos EUA. Perseguido por suas ideias se exilou no Chile, se associou aos Cepalinos e atuou no *Centro de Estudios Socioeconômicos* (CESO) onde produziu os fundamentos críticos a teoria das vantagens comparativas e do liberalismo. Seus livros foram vertidos para vários idiomas, mas boa parte nunca foi vertido para o português. Em sua volta ao Brasil, se manteve na militância e nas atividades de pesquisa e docência, sendo reconhecido como doutor emérito por notório saber por diversas universidades. Casado com Vânia Bambirra, tiveram seus dois filhos no exílio. Apesar da tentativa de silenciamento mesmo após o exílio, Theotônio influenciou jovens alunos e segue sendo homenageado por sua trajetória como intérprete da realidade latino-americana. Escreveu mais de 30 livros, morreu em 2018.

Fonte: adaptado de <http://Theotoniiodossantos.blog-spot.com>



VÂNIA BAMBIRRA

CORRENTE: TEORIA MARXISTA DA DEPENDÊNCIA

Economista com formação no Brasil e no México, foi uma das grandes responsáveis pela formulação da Teoria da Dependência. Sua trajetória foi marcada pela combinação de militância política e reflexão teórica. Após o Golpe de 1964, foi forçada a abandonar a Universidade de Brasília (UnB), passando a viver na clandestinidade até se exilar no Chile. Com o golpe militar no Chile, passou por um segundo exílio, desta vez no México, onde se tornou professora da Faculdade de Economia da Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) e foi reconhecida como uma das mais importantes intelectuais das Américas. Ao retornar ao Brasil participou da fundação do Partido Democrático dos Trabalhadores (PDT) ao lado de Leonel Brizola e Darcy Ribeiro. Voltou a docência na UnB. Casada com Theotônio dos Santos e mãe de dois filhos ainda no período do exílio, Vânia escreveu mais de dez livros em espanhol, apenas três foram vertidos para o português, e um deles, um clássico da economia política – *O Capitalismo dependente latino-americano*, está esgotado no Brasil. Morreu em 2015.

Fonte: adaptado de <https://www.horizontesasul.com/-/Pioneiras>



RUY MAURO MARINI

CORRENTE: TEORIA MARXISTA DA DEPENDÊNCIA

Com formação em Administração no Brasil e pós graduação na França, Marini participava do grupo da Política Operária (POLOP) e era atuante como jornalista na União Metropolitana dos Estudantes (UME) e na agência cubana de notícias - Prensa Latina. Após o golpe militar, permaneceu na clandestinidade até 1964, foi preso pela área de inteligência da Marinha Brasileira e as ameaças permanentes o fizeram abandonar o país, família e atividades profissionais. Se exilou no Chile, onde lecionou na Universidade do Chile, com o golpe militar que afastou Salvador Allende, sofreu um segundo exílio no México onde permaneceu lecionando na Universidade Nacional Autónoma (UNAM) em 1974. Publicou uma série de livros e formulou a crítica sobre a dependência tomando como enfoque a superexploração do trabalho na América Latina. Publicou 10 livros relevantes, tendo destaque "A dialética da dependência". Morreu em 1997.

Fonte: adaptado de <http://www.interpretesdobrasil.org>



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

CORRENTE: TEORIA DA DEPENDÊNCIA ASSOCIADA

Sociólogo e político, foi professor do curso de Ciências Sociais e da Faculdade de Economia da USP. cursou pós-graduação na Universidade de Paris, atuou como assistente de Florestan Fernandes e integrou a direção do Centro de Sociologia Industrial e do Trabalho (Cesit/USP). Com o golpe militar, se exilou na Argentina e depois no Chile. Em 1968, voltou ao Brasil e assumiu a cátedra de Ciência Política na USP. Em 1969 publicou "Dependência e Desenvolvimento na América Latina" em espanhol, em coautoria com o chileno Enzo Faletto durante o período em que os dois sociólogos trabalharam no Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social, uma organização das Nações Unidas ligada a Cepal. Com o Ato Institucional n.º 5 (AI-5) teve seus direitos políticos cassados. Retornou ao Brasil, participou da fundação do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Com outros dissidentes do PMDB, fundou o Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB), participou da constituinte, foi Ministro da Fazenda e se notabilizou pelo controle da inflação com o Plano Real. Foi eleito Presidente (1995-1998), criou a reeleição no Brasil e foi reeleito em um segundo mandato (1999-2002).

Fonte: adaptado de <https://www.ebiografia.com>

APÊNDICE B: IMPOSTOS QUE FINANCIAM O SUS

O uso do SUS é gratuito porque todas as ações e serviços públicos de saúde são financiados por meio de impostos federais, estaduais e municipais ou pelo endividamento do Estado. Assim, todas as vezes em que são propostas reduções nos impostos, sem compensações correspondentes, políticas coletivas como o SUS são diretamente afetadas. O teto significa o mínimo que União tem obrigação de financiar e que será o valor executado no ano anterior, corrigido pela Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado nos 12 meses anteriores à elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual. (EC 95/2016), já os Municípios devem financiar no mínimo 15%, Estados e Distrito Federal 12% da seguinte estrutura tributária:

Estados e Distrito Federal: ICMS + IPVA + ITCMD, além das transferências da União, que são:

Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da LC nº. 87/1996 (Lei Kandir)

Cota parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

(+) Outras receitas correntes, como Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios, sendo: 25% do ICMS, 50% do IPVA, 25% do IPI – Exportação, 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir

Municípios e o Distrito Federal: ISS, IPTU, ITBI, além das transferências da União, que são:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da LC nº. 87/1996 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

(+) Receitas de Transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

Descrição:

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.

ITCMD – Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação.

IPI – Imposto sobre Produto Industrializado

ISS – Imposto sobre Serviços. Cobrado das empresas.

IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana.

ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Inter Vivos.

FPM – Fundo de Participação dos Municípios.

ITR – Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural.

Fonte: https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-aco-es-e-servicos-de-saude/#_ftnref4

APÊNDICE C: CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

<i>Conferências Nacionais de Saúde (1941-2019)</i>				
	Ano	Ministro da Saúde	Presidente da República	Temas
1ª	1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas	1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Pedro Calmon M. de Bettencourt	Eurico Gaspar Dutra	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.
3ª	1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart	1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Leonel de Almeida Machado	Arhur da Costa e Silva	Recursos humanos para as atividades em saúde.
5ª	1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel	1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
8ª	1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney	1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial.
9ª	1992	Adib Domingos Janete	Fernando Collor de Mello	Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	Adib Domingos Janete	Fernando Henrique Cardoso	1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6 Atenção integral à saúde.

11ª	2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
12ª	2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luis Inácio Lula da Silva	Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.
13ª	2007	José Gomes Temporão	Luis Inácio Lula da Silva	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento
14ª	2011	Alexandre Rocha Santos Padilha	Dilma Vana Rousseff	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro
15ª	2015	Marcelo Costa e Castro	Dilma Vana Rousseff	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.
16ª	2019	Luiz Henrique Mandetta	O inominável	Democracia e Saúde.
17ª	2023			Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia.

Fontes: CONASS (2009), CNS (2022), Fiocruz (2022)

APÊNDICE D: QUADRO COMPARATIVO DE GASTOS COM PERFIS PROFISSIONAIS

Abaixo o quadro comparativo entre os salários, encargos e despesa mensal de perfis profissionais terceirizados e concursados de uma mesma instituição pública da área da saúde.

É possível por essa comparação simples, notar que os trabalhadores são melhores remunerados quanto pertencem ao quadro permanente de trabalhadores, assim como o custo para a sociedade é menor, mesmo considerando todos os encargos. Assim, o emprego público é melhor solução para provisão de pessoal no SUS, está previsto em lei e pode ser aplicado diretamente pelo Ministério da Saúde para provisão de profissionais na Atenção Básica em nível nacional.

Grupo	Médico Rotina (24h)	Enfermeiro Rotina (40h)	Técnico de enfermagem (40h)
Remuneração	11.440,00	5.940,00	3.245,14
Encargos	7.838,09	4.628,53	2.813,34
verba rescisória	280,28	145,53	79,51
Reposição por falta	67,56	35,08	19,16
Custo indireto, tributo e lucro	5.607,41	3.071,18	1.759,19
Despesa mensal	25.233,33	13.820,32	7.916,34

Fonte: Contrato de terceirização de uma instituição pública federal (setembro/2022)

Grupo	Médico (24h)	Enfermeiro rotina (40h)	Técnico de Enfermagem (40h)
Remuneração com gratificações	17.658,44	12.136,00	7.087,22
Encargos	5.120,95	3.519,44	1.984,42
Despesa mensal	22.779,39	15.655,44	9.071,64

Fonte: Portal da Transparência – Perfil concursado ou emprego público (setembro/2022)

ANEXO E: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO NEOLIBERALISMO

Intelectualmente o neoliberalismo surge como mecanismo cultural e prática econômica e política de combate ao socialismo e ao keynesianismo. Paulo Henrique Almeida Rodrigues (2021) aponta que o conceito foi desenvolvido pelo austríaco Friedrich Hayek (1899-1992) e têm origens do liberalismo clássico de Adam Smith (1723-1790) e David Ricardo (1772-1823), e que foi difundido pela escola austríaca de economia fundada por Carl Menger, que teve entre seus expoentes Eugen Von Böhm-Bawerk (1851-1914) e Ludwig Von Mises (1881-1973).

Os liberais clássicos defendiam a teoria do valor-trabalho, segundo a qual o valor econômico das mercadorias é determinado pela quantidade de trabalho necessário para produzi-las e afirmavam que só o trabalho humano gera valor.

Adam Smith e David Ricardo foram férreos defensores da liberdade de mercado contra as ideias mercantilistas dos seus predecessores que davam grande importância ao papel do Estado no desenvolvimento econômico. Contra o papel do Estado, Smith e Ricardo defendiam o livre funcionamento do mercado, ou *laissez-faire*. Segundo eles, a busca individual pelo enriquecimento e a competição entre os indivíduos que decorre dessa busca, ou da ganância, seriam motores do desenvolvimento.

Karl Marx (1818-1883) desenvolveu outra teoria do valor-trabalho, criticando o pensamento liberal em relação à distribuição da riqueza criada pelo trabalho humano. O ponto central que Marx decantou e que Smith e Ricardo ocultavam era que o processo de produção no capitalismo continha relações caracterizadas pela exploração dos trabalhadores pelos capitalistas, revelando o mecanismo gerador de desigualdades.

Esta crítica gerou uma reação conservadora por parte dos economistas neoclássicos e da escola austríaca, uma de suas variantes. Essa reação partiu da negação da teoria do valor-trabalho, que tinha base materialista, por uma teoria subjetiva do valor, o valor-utilidade.

Para esses economistas o valor teria a ver com a satisfação de necessidades dos indivíduos e, segundo eles, as pessoas dariam mais ou menos valor a uma mercadoria em função de suas necessidades e a soma dessas necessidades individuais explicaria a demanda pelas diferentes mercadorias.

Enquanto os liberais defendiam que o equilíbrio só poderia ser alcançado pelo livre jogo das forças de mercado e pela restrição do gasto público, desequilibrado pela redução da atividade econômica, Keynes defendia que o Estado deveria intervir na economia, fazendo dívida pública, se necessário, para promover obras de infraestrutura e políticas e serviços sociais que estimulassem a retomada das atividades econômicas e o emprego e suas ideias acabaram conquistando hegemonia no pensamento econômico principalmente depois da vitoriosa adoção pela política de retomada econômica da Grande Depressão de 1929, promovida pelo governo estadunidense de Franklin Delano Roosevelt (1882-1945), a partir de 1933.

O termo neoliberalismo surgiu em 1938 no Colóquio Walter Lippman, promovido em Paris pelo filósofo francês Louis Rougier (1889-1982). Nesse colóquio, do qual Hayek participou, o alemão Alexander Rustow (1885-1963) lançou o termo para se contrapor à rejeição do velho liberalismo, ou *laissez-faire*. Hayek, depois de perder a disputa teórica e intelectual para Keynes, se mudou da Inglaterra para os EUA, passando a lecionar na Universidade de Chicago. Em 1947, Hayek fundou com outros intelectuais de direita a Sociedade de Mont Pèlerin, na Suíça, que se dedicou a defender os ideais liberais e dos economistas neoclássicos, já sob o signo do neoliberalismo.

As ideias de Hayek se tornaram dominantes na Escola de Economia da Universidade de Chicago, que passou a ser a principal base para a divulgação do ideário neoliberal que, depois da crise econômica dos anos 1970 e das vitórias eleitorais de Margareth Thatcher na Inglaterra (1979) e de Ronald Reagan nos EUA (1980), se tornou dominante no mundo capitalista.

Radicalmente antiestatais, as ideias neoliberais passaram a ser promovidas pela Inglaterra e pelos EUA e introduzidas principalmente pelos acordos de reestruturação da dívida externa em vários países promovidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, a partir dos anos 1980, substituindo o keynesianismo como doutrina econômica dominante nos países ocidentais.

Como o neoliberalismo não constitui uma teoria econômica original, pode-se dizer que o neoliberalismo é um movimento de ideias econômicas e políticas, que utiliza o ferramental da teoria econômica neoclássica em defesa dos interesses da hegemonia estadunidense no mundo e dos interesses do capital privado, sobretudo financeiro, sobre os

interesses públicos e contra a intervenção do Estado na economia.

Fonte: RODRIGUES, Paulo H.A. **Conceito sobre Neoliberalismo**. Material Didático. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ, 2022, 2 páginas.