

**XXXI CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI BRASÍLIA - DF**

DIREITO E SAÚDE

ADRIANA FASOLO PILATI

JANAÍNA MACHADO STURZA

PAULO CEZAR DIAS

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydée Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

D597

DIREITO E SAÚDE [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Adriana Fasolo Pilati, Janaína Machado Sturza, Paulo Cezar Dias – Florianópolis: CONPEDI, 2024.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-045-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: UM OLHAR A PARTIR DA INOVAÇÃO E DAS NOVAS TECNOLOGIAS

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza - Ceará (3: 2024 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XXXI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA - DF

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

O Grupo de Trabalho 53, "Direito e Saúde", reuniu discussões profundas e multidisciplinares, abordando questões jurídicas e sociais relacionadas ao direito à saúde em suas mais diversas nuances. Sob a coordenação das professoras doutoras Janaína Machado Sturza (UNIJUI), Adriana Fasolo Pilati (UPF) e do professor doutor Paulo Cezar Dias (UNIVEM), o GT contou com a apresentação de trabalhos que exploraram desafios contemporâneos e possibilidades futuras para a efetivação de políticas públicas de saúde e direitos fundamentais.

Os estudos apresentados revelaram o compromisso acadêmico com a análise crítica e propositiva de temas como judicialização da saúde, mudanças climáticas, responsabilidade médica e inclusão de populações vulneráveis. A seguir, destacam-se os títulos e autores dos trabalhos apresentados:

1. "Comunicações fraternas para a efetivação do direito humano à saúde: políticas públicas de saúde para a população migrante no Estado do Rio Grande do Sul", de Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Sandra Regina Martini.
2. "O direito à saúde e a inclusão de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) na pós-graduação stricto sensu: políticas públicas na diversidade", de Janaína Machado Sturza, Renata Favoni Biudes e Priscila De Freitas.
3. "Gênero, tecnologia e direito fraterno: uma análise das tecnologias como mecanismos de acesso ao direito humano à saúde para mulheres transmigrantes no Estado do Rio Grande do Sul", de Gabrielle Scola Dutra, Claudia Marília França Lima Marques e Marco Antonio Compassi Brun.
4. "Combate à comercialização de órgãos sob o ponto de vista legal e da bioética", de Larissa Gabrielle Ferreira Baptista e João Victor Carloni de Carvalho.
5. "O direito à saúde no contexto da oferta de terapias multidisciplinares para indivíduos com diagnóstico de transtorno do espectro autista: o caminho é a judicialização?", de Isabela Moreira Silva, Michele Silva Pires e Luiz Gustavo Gonçalves Ribeiro.

6. "Desafios da judicialização da saúde: o necessário equilíbrio entre a efetivação do direito fundamental e suas repercussões na organização e financiamento das políticas públicas", de Erika Araújo de Castro, Danilo Rinaldi dos Santos Jr. e Clarindo Ferreira Araújo Filho.
7. "Nuvens de cinzas: como a fumaça está afetando o direito fundamental à saúde da população amazônica", de Danielle Costa De Souza Simas, Antônio Ferreira Do Norte Filho e Naira Neila Batista de Oliveira Norte.
8. "Pessoas com deficiência e o direito à saúde: do holocausto brasileiro à efetivação dos direitos das pessoas com deficiência intelectual", de Eduarda Franke Kreutz, Maria Eduarda Granel Copetti e Tuani Josefa Wichinheski.
9. "Direito humano à saúde no rol de direitos fundamentais e a contextualização frente às mudanças climáticas ocorridas no âmbito do Rio Grande do Sul", de Tuani Josefa Wichinheski, Maria Eduarda Granel Copetti e Wilian Lopes Rodrigues.
10. "A aplicação do instituto da responsabilidade civil em caso de falhas decorrentes do uso da inteligência artificial na área da saúde", de Karla Roberta da Fonseca Nunes.
11. "Direito fundamental à saúde e a teoria da justiça de John Rawls", de Edith Maria Barbosa Ramos, Amailton Rocha Santos e Alexandre Moura Lima Neto.
12. "Responsabilidade médica e o consentimento informado na indicação de medicamentos off-label", de Debora Fernanda Gadotti Farah e Janaina Lenhardt Palma.
13. "Desafios e aspectos regionais nas políticas de saúde da Amazônia", de Bruna Kleinkauf Machado, Williana Ratsunne Da Silva Shirasu e Ana Elizabeth Neirão Reymão.
14. "Comunicação em saúde: uma reanálise crítica dos hospitais de ensino no tratamento da fissura labiopalatina no Brasil", de Thyago Cezar, Antonio Jose Souza Bastos e Ricardo Duarte Guimarães.
15. "O percurso histórico-internacional da ciência e tecnologia em saúde: desafios e dilemas para o enfrentamento das doenças negligenciadas", de Amanda Silva Madureira, Jaqueline Prazeres de Sena e Maria José Carvalho de Sousa Milhomem.

16. "A atuação do Supremo Tribunal Federal no contexto da efetivação da saúde à luz do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 16", de Matheus de Campos Miranda, Peter Panutto e Silvio Beltramelli Neto.

17. "Impacto econômico do rol exemplificativo da ANS: análise das implicações para o mercado de saúde suplementar", de Rodrigo Alves De Freitas.

18. "A atuação da Organização Mundial da Saúde no cenário internacional de proteção à saúde", de Laisse Lima Silva Costa, Fredson De Sousa Costa e José Mariano Muniz Neto.

19. "Direito à saúde e política nacional de metas no Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão: a relação entre vulnerabilidade e produtividade no âmbito laboral", de Jaqueline Prazeres de Sena, Gustavo Luis De Moura Chagas e Anderson Flávio Lindoso Santana.

20. "Comunicação em Saúde: Uma reanálise crítica dos Hospitais de Ensino no tratamento da Fissura Labiopalatina no Brasil", de Thyago Cezar, Antonio Jose Souza Bastos e Ricardo Duarte Guimarães.

Os debates deste GT ressaltaram a urgência de fortalecer a proteção e garantir o acesso ao direito à saúde, reconhecendo as realidades regionais e os desafios que nos conectam enquanto sociedade. As reflexões aqui apresentadas nos convidam a pensar em soluções que não apenas enfrentem as desigualdades, mas também promovam uma saúde mais acessível, inclusiva e humana. Que estas contribuições inspirem a construção de caminhos mais solidários e transformadores, em prol de uma sociedade que cuida de todos.

Profa. Dra. Janaína Machado Sturza - UNIJUI

Profa. Dra. Adriana Fasolo Pilati - UPF

Prof. Dr. Paulo Cezar Dias - UNIVEM

**O PERCURSO HISTÓRICO-INTERNACIONAL DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA
EM SAÚDE: DESAFIOS E DILEMAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS NEGLIGENCIADAS**

**THE HISTORICAL-INTERNATIONAL PATH OF SCIENCE AND TECHNOLOGY
IN HEALTH: CHALLENGES AND DILEMMAS FOR TACKLING NEGLECTED
DISEASES**

**Amanda Silva Madureira
Jaqueline Prazeres de Sena
Maria José Carvalho de Sousa Milhomem**

Resumo

No Brasil, a construção de um direito à saúde possibilitou a configuração de um Sistema Único de Saúde (SUS) assentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade o qual ainda não conseguiu se direcionar em sua totalidade para a erradicação das doenças negligenciadas. A lacuna existente entre a promoção da saúde e a erradicação das doenças negligenciadas reside na insuficiência de uma política profícua em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. O presente artigo busca perscrutar quais foram as determinações institucionais e históricas que sedimentaram as bases da Ciência e Tecnologia na área da saúde. Tal tema tem sua relevância demonstrada na medida em que os países necessitam criar /recriar estruturas organizacionais de modo a receber incentivos na produção de insumos direcionados às necessidades da população. Resta cristalino, e aqui também residirá o nosso ponto de partida, é que a alocação de recursos direcionados ao atendimento das questões sanitárias não é neutra e atende tanto aos objetivos da indústria quanto dos Organismos Internacionais. Utilizou-se, portanto, o método dedutivo e, como procedimento de pesquisa o bibliográfico e documental.

Palavras-chave: Direito à saúde, Doenças negligenciadas, Pesquisa, Ciência, Inovação

Abstract/Resumen/Résumé

In Brazil, the construction of a right to health enabled the configuration of a Unified Health System (SUS) based on the principles of universality, comprehensiveness and equity, which has not yet managed to fully target the eradication of neglected diseases. The gap between health promotion and the eradication of neglected diseases lies in the insufficiency of a fruitful policy in Science, Technology and Innovation in Health. This article seeks to examine the institutional and historical determinations that laid the foundations of Science and Technology in the area of health. This theme has demonstrated its relevance as countries need to create/recreate organizational structures in order to receive incentives in the production of inputs aimed at the needs of the population. What remains crystal clear, and here will also be our starting point, is that the allocation of resources aimed at addressing health issues is not neutral and meets both the objectives of the industry and International

Organizations. Therefore, the deductive method was used and, as a research procedure, the bibliographic and documentary method was used.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Neglected diseases, Search, Science, Innovation

1. Introdução

A História da saúde e da doença tem uma forte dimensão cultural, isto é, aquele que queira abordar essa história deve, necessariamente, compreender a construção social da saúde e da doença e como essas construções sociais operam na realidade concreta (FOUCAULT, 1994). Contudo, para além deste aspecto, há uma outra abordagem que, apesar de ser uma história social, nos termos de como os seres humanos organizam suas vidas e suas relações com a natureza, é, também, um pouco de história natural.

Nesta ordem de considerações, para Ramos (2014), *a saúde global* é o conceito que Berlinguer (2002) sugeriu para caracterizar que a ideia de saúde, que certamente tem um aspecto individual, tem dimensões e problemas que dizem respeito a toda a humanidade, pois todos os povos possuem questões de saúde e doenças que os vinculam materialmente.

Paradoxalmente, o autor argumenta, segundo Ramos (2014), que, ao mesmo tempo em que o debate político enfatiza a globalização de muitos aspectos da vida e da sociedade, deu-se pouca atenção à globalização da questão sanitária e à deterioração (que a globalização neoliberal tem causado) à saúde mundial.

Nessa perspectiva, o presente artigo busca perscrutar quais foram as determinações institucionais e históricas que sedimentaram as bases da Ciência e Tecnologia na área da saúde. Tal tema tem sua relevância demonstrada na medida em que os países necessitam criar/recriar estruturas organizacionais de modo a receber incentivos na produção de insumos direcionados às necessidades da população. Resta cristalino, e aqui também residirá o nosso ponto de partida, é que a alocação de recursos direcionados ao atendimento das questões sanitárias não é neutra e atende tanto aos objetivos da indústria quanto dos Organismos Internacionais.

Utilizou-se, portanto, o método dedutivo e, como procedimento de pesquisa o bibliográfico e documental.

2. As determinações institucionais da produção em ciência e tecnologia na saúde

Existem antecedentes dessa dimensão social da saúde: a própria *unificação microbiana* do mundo e a globalização das doenças se iniciaram com o descobrimento e conquista do continente Americano, com as conhecidas consequências devastadoras para

os habitantes do Novo Mundo, que desconheciam a varíola e o sarampo, entre outras doenças (Ramos, 2014).

Se a globalização da doença, ou seja a difusão de tais quadros patológicos em diferentes lugares do mundo teve lugar no início da era moderna, deve-se ressaltar, no entanto, que o século XIX deu passos significativos no desenvolvimento da Medicina científica, tanto na identificação das causas de algumas doenças, como na descoberta de alguns remédios preventivos e terapêuticos (RAMOS, 2014). Mas, paralelamente a esse conhecimento e à introdução de soros e vacinas, foram, sem dúvidas, a melhoria no saneamento urbano, a limitação da jornada de trabalho e a exclusão do trabalho infantil, as ações que mais produziram resultados na luta contra a doença.

Para Ramos (2014), com relação às infecções antigas e novas, o HIV-AIDS é o exemplo mais claro e conhecido, responsável por milhões de mortes no mundo. Além dessas doenças, já se identificaram dezenas de agentes patogênicos com capacidade de expansão global, como a doença da *vaca louca* (Encefalopatia Espongiforme Bovina - BSE), a gripe aviária e, ainda, a gripe A (*INFLUENZA H1N1*)¹.

Entre os motivos desses acontecimentos, Ramos (2014) destaca o aumento sem precedentes de viagens e deslocamentos de substâncias e de animais em todo o mundo, bem como o uso indevido de medicamentos. Além disso, Ramos (2014) apresenta razões relacionadas aos padrões de exploração econômica agroindustrial e pecuária. E, claro, com a existência da pobreza e marginalidade urbanas, as más condições sociais, as guerras, a fome e a questão dos refugiados e do tráfico de pessoas, em resumo, todos os elementos sociais que causam vulnerabilidade à doença.

Os riscos para a saúde devido à degradação ambiental são, também, para Ramos (2014), outro caso de globalização dos riscos. A autora fala, ainda, dos efeitos da poluição atmosférica, dos lençóis de água e águas freáticas, da sensível diminuição dos recursos naturais e da biodiversidade. (RAMOS, 2014, p. 80).

Para Ramos (2014), considerar as consequências do aquecimento global nocivas à saúde deveria ser suficiente para se perceber os riscos à saúde, tais como: as doenças e as mortes causadas por ondas de calor, especialmente entre as populações mais vulneráveis; aumento de doenças infecciosas transmitidas por mosquitos (malária, febre amarela e dengue); doenças transmitidas por água contaminada (cólera e diarreias); menor disponibilidade de água potável; e, por último, riscos de alteração do ecossistema.

¹ Na atualidade, a pandemia *coronavírus*, com origem na China, é um exemplo eloquente.

Todos esses quatro fenômenos tenderiam, conforme Berlinguer (2002), às quatro características comuns:

- a) Os danos afetam frequentemente as pessoas, as classes e as etnias de forma seletiva e desigual, geralmente de forma inversa ao poder econômico, educacional e social do indivíduo. E o mesmo ocorre com o acesso a remédios, quando existem. Tudo isso contribui para formação de um círculo vicioso em que a desigualdade da base é reforçada por esta vulnerabilidade;
- b) As ameaças são cada vez mais globais;
- c) Com frequência, é possível identificar, para estes fenômenos, certos sujeitos que lucram com a reprodução dessas doenças (como a produção de remédios para essas doenças), por exemplo, para a pecuária industrial, no caso da BSE², a indústria poluente, as multinacionais do tabaco (ou cartéis da droga) ou a indústria de armas;
- d) Estes casos em boa medida são antropogênicos, não devido ao acaso ou azar, mas devido às ações humanas.

Na realidade, poder-se-ia constatar que, no caso do direito à saúde, o abismo entre o direito proclamado e o direito efetivado é um dos mais profundos que se pode verificar no catálogo de direitos humanos, embora se deva ressaltar que, hodiernamente, tem contado com um processo extremamente rápido e amplo no desenvolvimento do conhecimento na área da saúde, como muitos e excelentes meios para prevenir e curar doenças (RAMOS, 2014). A magnitude do problema é conhecida, mas nunca é demais recordar algumas estatísticas.

Segundo Añón (2009), cerca de 18 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças curáveis e um terço da Humanidade morre prematuramente por causas relacionadas com a pobreza. Caso se atente para um indicador como a expectativa de vida, esta é superior aos 80 anos em países como Austrália, Japão, Suécia, Suíça, mas é inferior a 40 anos em países como Malauí, Serra Leoa ou Zimbabué, sem contar mais 28 outros países em que a expectativa de vida é inferior a 50 anos (PNUD, 2005).

Ainda de acordo com Añón (2009), a causa mais importante dessas mortes é a pobreza, pois a quase totalidade da mortalidade e morbidade evitáveis se produz em países pobres e entre seus habitantes mais pobres. Assim, Ramos (2014) refere que a luta pelo respeito ao direito à saúde está amplamente vinculada ao enfrentamento da pobreza e da desigualdade.

Por isso, ainda com Ramos (2014), existem duas estratégias distintas para atacar este problema: ou enfoca-se nas estratégias de erradicação da pobreza extrema, ou nas estratégias orientadas a assegurar o acesso universal aos tratamentos médicos, tanto preventivos como de recuperação. Mas, deve-se ressaltar, no entanto, como fez Ramos

²Doença da vaca louca.

(2014), que essas estratégias não se excluem, muito pelo contrário: complementam-se, posto que a erradicação da pobreza extrema poderia reduzir enormemente a incidência global de muitas doenças, ao mesmo tempo em que um melhor acesso a tratamentos médicos essenciais reduziria a pobreza extrema, permitindo aos pobres trabalharem e se organizarem para seu avanço econômico (POGGE, 2005).

Também para Añón (2009) as dificuldades para o acesso a médicos e tratamentos médicos essenciais são uma realidade que pode ser verificada em âmbito mundial, pois um terço da população mundial não tem qualquer acesso à assistência médica essencial.

Isto se torna patente quando se observa o desenho das prioridades das investigações biomédicas. O fato é que estas prioridades são definidas por uma lógica mercadológica e não por critérios de justiça ou de necessidades das políticas de saúde. Como resultado dessa perspectiva a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma-se que 95% do dinheiro gasto em investigações biomédicas no mundo se destinam a doenças que ocorrem quase exclusivamente em países desenvolvidos e que só representam 7% da carga total de mortalidade e morbidade (AÑÓN, 2009).

Deve-se ressaltar, como fez Ramos (2014), que os medicamentos mais avançados utilizados para o tratamento das doenças mais frequentes não estão disponíveis para quem deles necessita. O Acordo Internacional sobre os Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS), baseado em acordos da Organização Mundial do Comércio (OMC) de 1994, estabelece na prática um regime de monopólio que dificulta o acesso inclusivo aos medicamentos essenciais, o que gera um sistema extremamente injusto (AÑÓN, 2009).

No Brasil, a construção do Sistema de Inovação em Saúde seguiu essas determinações de âmbito global. As discussões sobre os desafios e potencialidades da Ciência e Tecnologia entre nós tiveram início no ano de 1993, com os preparativos para o que então seria uma I Conferência de Ciência e Tecnologia, à época, sob a direção do Ministro Jamil Haddad, só tomando forma a partir de abril de 1994, sob a coordenação do Ministro Henrique Santillo. Dessa forma, a Portaria Interministerial nº 817 de 1994 da lavra dos Ministros de Estado da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação e do Desporto convocou os participantes a uma série de eventos preparatórios que robusteceriam as discussões para a I Conferência, realizada em outubro do mesmo ano. (BRASIL, 1994).

Uma série de reuniões preparatórias foram pensadas com o objetivo de reunir setores da academia e da gestão viabilizadas pelas etapas estaduais e municipais, passando por encontros setoriais de ciência e tecnologia para a área de saúde promovidos pela

Financiadora de Estudos e projetos (FINEP/MCT) e com a presença da Academia Brasileira de Ciências (ABC) visando sistematizar projetos prioritários de pesquisa em saúde. Nesse sentido, o cronograma, regimento interno e plano de aplicação de recursos foram aprovados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (BRASIL, 1994).

A organização dos trabalhos ficou sob a responsabilidade de duas equipes, a saber: uma comissão executiva e outra comissão consultiva, sob a direção de João Baptista Risi Junior, à época Coordenador Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e por Newton Wiederhecker, Coordenador Geral de Avaliação Tecnológica da Secretaria de Assistência à Saúde, ambos vinculados ao Ministério da Saúde.

À equipe executiva cabia a indicação de temas, elaboração de documentos técnicos e textos de apoio articulados com a Comissão de Documentação e Relatoria; proposição de critérios de participação e representação dos interessados e a fiscalização dos recursos financeiros e prestação de contas, divulgação e celebração de convênios. À equipe consultiva coube o apoio político e técnico-científico à Conferência, nas fases preparatória e de execução, elaboração de propostas de Regimento Interno, programa geral, plano de aplicação dos recursos e apoio em todas as etapas (BRASIL, 1994).

A Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, aprovada durante a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, referiu-se ao componente científico e tecnológico de uma Política Nacional de Saúde, a partir da visão de Sistema de Saúde como demandante e como captador do Sistema de Ciência e Tecnologia. Isto significa dizer que as ações voltadas para a ciência e tecnologia deveriam convergir para as necessidades da população brasileira, induzidas por igualdade e descentralização dos serviços.

É importante registrar que as necessidades de saúde variam a depender da sociedade em que se encontram. Daniels (1985) aponta que, para entender o que seriam necessidades de saúde, faz-se necessário levar em consideração a ideia de justiça distributiva em saúde. Para isso, buscou-se analisar o lugar que a saúde ocupa em tantas teorias de justiça, explicitadas nas ideias de teorias libertárias, utilitárias e contratualistas. A partir de então, é possível inferir que os princípios que regem um sistema de saúde podem considerar julgamentos diversos, compreendendo desde a melhoria da qualidade de saúde da sociedade até considerar escolhas pautadas em questões econômicas para definir o tratamento adequado.

Pelo exposto, entender as funções e os efeitos que direcionam a tomada de decisão no campo da Política Pública pode apresentar incongruências na prestação de serviços de saúde e não alcançar aqueles que mais precisam do sistema. Por essa razão, Daniels (1985) acredita que a tarefa primordial é discernir as necessidades da população e as preferências governamentais em uma sociedade. Nesse sentido, o princípio que deve orientar o sistema de saúde e alocar as decisões governamentais deve abarcar as instituições responsáveis pela promoção da saúde, as políticas públicas e os usuários.

Qual seria, então, o fundamento que poderia justificar a saúde como um bem público global e, portanto, uma teoria distributiva de saúde? Diante da escassez de recursos e desequilíbrios econômicos, não é possível confiar apenas nos mecanismos de mercado para alocar os recursos necessários, fazendo-se necessário recorrer a uma teoria de justiça que justifique as decisões e as prioridades de saúde.

Os desafios apresentados aos participantes da I Conferência eram imensos. Como foi possível registrar, após um legado expansionista de crescimento econômico nacional nos anos 1950, o início da década de 1990 revelava um quadro de endividamento crônico, expansão inflacionária, recessão como efeitos das políticas de ajuste o que resultou em conflitos sociais e distanciamento de um Estado de Bem-Estar Social na prática para políticas residuais, que não alcançavam a maioria da sociedade, especialmente no que tange aos desafios de promoção da saúde.

Tais insuficiências e avanços foram explicitados por Soares (1999), uma vez que as tendências favoráveis de décadas anteriores não se traduziram em maturação do investimento na infraestrutura social nem tampouco em benefícios sociais, o que resultou em manifestações contrárias à equidade.

No caso dos serviços de saúde, a estratificação da população, tendo como base a criação de sistemas público e privado desencadeou uma série de problemas de impacto redistributivo, uma vez que a universalidade do direito à saúde estaria condicionada às vocações de matrizes do sistema econômico, polarizações do gasto social e setores menos privilegiados da sociedade alijados de uma frutífera política social institucional. É possível aferir, com base em Soares (1999), que a trajetória descoordenada de políticas sociais ao longo do tempo e a descontinuidade na execução das políticas de saúde impuseram à I Política de Ciência e Tecnologia em Saúde o desafio de redimensionar a atenção à saúde por meio da tecnologia.

Por essa razão, o título que emoldurou toda a construção da I Política de Ciência e Tecnologia em Saúde carregou consigo os termos saúde, desenvolvimento e equidade.

As disparidades entre os danos causados pelas doenças e conseqüentemente o grau de investimento na área de saúde deveriam ressignificar o papel que a ciência e tecnologia deveriam ter na evolução do conhecimento e desenvolvimento de produção do setor saúde articulada com os anseios da sociedade (BRASIL, 1994).

Nessa seara, é cristalino o entendimento de que a Ciência, ao promover o incremento de produtos e processos na sociedade, não pode ser discriminativa de forma a selecionar apenas projetos viáveis financeiramente, sob a justificativa de um financiamento privado. Tal ideia não merece prosperar na medida em que a produção de fármacos, kits de diagnóstico, vacinas e todos de cunho não lucrativos esteiam-se na tese de promoção de equidade em saúde, indo além das teses utilitaristas propostas por Shaw (1994) e Bentham (1973).

Todavia, em que pese toda a discussão sobre o papel do Estado na Saúde e na Ciência, a I Política de Ciência e Tecnologia em Saúde não foi implementada. Suas propostas e diretrizes não conseguiram reproduzir um modelo de atuação dos serviços de saúde, mas lançaram as sementes para a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), em 2000, por meio de Decreto 3.496 de 1 de junho do mesmo ano, estando sob a coordenação de Beatriz Helena de Carvalho Tess, médica e professora da Universidade de São Paulo.

No entanto, algumas ideias permaneceram e foram reforçadas anos depois, com a 2ª Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, tais como o fortalecimento de agências de fomento por meio da criação do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), das Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) nos Estados, definição de prioridades em saúde e estratégias que condicionaram a ciência às necessidades da população (BRASIL, 1994).

Em 2004, a assinatura do Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) aproximou os dois ministérios passando, dessa forma, a operar em conjunto no fomento à ciência e tecnologia, contando, ainda com a participação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

Observa-se maior participação política para o exercício da cidadania, uma vez que o ambiente democrático da Conferência propiciou um número expressivo de participantes de acordo com regras estabelecidas. Se para Marshall (1967), cidadania é a fruição dos

direitos civis, sociais e políticos, tal evolução só se mostra possível diante de um ambiente social em que os cidadãos possam gozar de um mínimo de direitos.

Nesse sentido, os objetivos da 2ª CNTIS foram a formulação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, pautada na esfera de soberania nacional e autonomia técnico-científica; a criação de estratégias para que o Ministério da Saúde assumisse seu papel no cenário nacional e a formulação de estratégias que propiciassem o controle social da Política de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (BRASIL, 2004).

Com esse norte estabelecido, a 2ª CNTIS previu a realização de etapa municipal, estadual e, por fim, a etapa nacional. Todas as etapas tiveram como tarefa principal a análise do Documento Base e elaboração de propostas para os Municípios, Estados e União que seriam analisados por delegados em cada esfera (BRASIL, 2004).

Arretche e Marques (2007. p. 174.) afirmam que Políticas organizadas de forma a promover bens e ou serviços públicos de modo descentralizado podem assumir diversidade de formatos institucionais. Os autores demonstram que, na análise de sistemas descentralizados, o desempenho dos governos locais é, em certa medida, o resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais.

Com essa estrutura de participação, a 2ª CNTIS debateu dois eixos temáticos, a saber:

- a) a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- b) a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde com a temática central.

“Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população”. Cada eixo temático foi discutido em painéis, plenárias temáticas e plenária final, tendo como eixo condutor um Documento Base, de caráter propositivo, elaborado pela Comissão Organizadora contendo o Histórico da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, as Deliberações da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, as Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e a Conjuntura Política considerando o Programa e as propostas do governo e outras pertinentes. (BRASIL, 2004).

Toda essa construção foi consequência de reorientação política de ordem administrativa. No presente contexto, a adoção da política refletiu um conjunto de escolhas direcionadas à solução de um problema (SILVA, 2013), qual seja: a adoção de uma Política de inovação em saúde capaz de traduzir em efetivo retorno para a sociedade.

3. O percurso internacional da ciência e tecnologia na área da saúde

Ora, toda essa engrenagem presente no Estado brasileiro possibilitou, ainda, um conjunto de condutas previamente reguladas, o que permitiu a construção de uma máquina burocrática capaz de administrar as instituições e as políticas governamentais bem como assegurar o desenvolvimento econômico. (PEREIRA, 2008). Como se observará mais adiante, o eixo condutor da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, mais tarde, cedeu às pressões de mercado e perdeu lugar para a estratégia de Parceria para o Desenvolvimento de Produto (PDP) que redirecionou os recursos governamentais ao poder de compra do Estado.

Em 1993, o Banco Mundial publicou um documento extenso intitulado “*Investing in health: world development indicators*”, direcionado aos governantes com a finalidade de apontar diretrizes que, se implementadas, poderiam reduzir as desigualdades sociais e econômicas vivenciadas em várias partes do mundo. É possível questionar tal desvelo literário, uma vez que em um período Pós-Guerra Fria havia a necessidade de reconstrução política. Em certa medida, a influência de tal publicação repercutiu positivamente no sentido de que parte das orientações se fizeram presentes nas discussões sobre o papel da saúde em um contexto de inovação.

Nessa perspectiva, segundo o Banco Mundial, os governos devem promover um ambiente saudável especialmente para os pobres pois já se encontram destituídos de serviços de saneamento, correta destinação dos resíduos sólidos, poluição do ar, perfazendo cerca de 30% da carga global de doença (BANCO MUNDIAL, 1993).

Endereçado primariamente aos países pobres da África, da América Latina, Ásia e aos países que tinham um passado socialista, o mesmo Banco fez uma série de recomendações apontando a necessidade da criação de um sistema de saúde que tivesse como centralidade política a redução da pobreza. Para isso, o fortalecimento da ajuda internacional era indispensável, visto que o orçamento destinado à construção de sistemas de saúde mais equânimes demandaria um aporte de 2 bilhões de dólares sobretudo para os programas de prevenção da Aids bem como para os modelos de assistência mais eficazes (BANCO MUNDIAL, 1993).

De acordo com o Banco Mundial, cinco Políticas poderiam proporcionar resultados satisfatórios aos países, como a promoção de educação básica universal sólida para as crianças de todas as idades, sobretudo meninas; investimento de pesquisas em saúde que tenham impacto na política de acesso; melhorias no atendimento clínico com

ampliação da capacidade de cuidado ao paciente; redução de desperdícios e de ineficiências em programas de saúde; fortalecimento da atenção primária em saúde na comunidade (BANCO MUNDIAL, 1993). Nota-se que o Banco Mundial não fez referência ao termo pesquisa em saúde ou desenvolvimento tecnológico dos países reforçando a tese de que para este organismo internacional, o debate deveria estar circunscrito aos programas e suas ineficiências.

Em que pese a publicação do Banco Mundial estivesse direcionada a um amplo rol de países, tal instituição influenciou sobremaneira os debates no Brasil tanto na tentativa de realizar reformas administrativas que atendessem aos anseios de um bloco capitalista ávido na aquisição de novos mercados quanto na tentativa de harmonizar políticas condizentes com os determinismos da agenda internacional.

Em 2001, a organização não-governamental Médicos Sem Fronteiras (MSF) tornou público o documento intitulado *“Fatal Imbalance: the crisis in research and development for Drugs for Neglected Diseases*. Tal iniciativa teve início em 1999, com a criação de um grupo de cientistas, profissionais de saúde e representantes de diversas organizações não governamentais, da indústria farmacêutica, países em desenvolvimento e organismos internacionais em Paris (França) com o objetivo de discutir possíveis estímulos para o desenvolvimento, segurança e disponibilidade de acesso a medicamentos para os mais negligenciados, sob o financiamento da Organização Mundial de Saúde e da Fundação Rockfeller (MSF, 2001).

O então grupo de trabalho entendia que a sociedade tinha responsabilidade sobre as falhas de saúde e que as soluções e recomendações publicizadas no referido documento deveriam ser sustentáveis, acessíveis e de comprometimento dos países em desenvolvimento. Ao presenciar transformações no setor de saúde imensuráveis, o documento questiona de forma contundente: revolução na saúde para quem? (MSF, 2001).

Assim, embora as estatísticas pudessem revelar um mundo de aprimoramento técnico e científico, tais números também não esconderiam os beneficiários de tal revolução: sempre os países mais ricos. Milhares de pessoas continuariam a morrer ano após ano de doenças que poderiam ter um fácil tratamento. Tal problema, para esse grupo de trabalho, residia na discrepância entre a pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para tratar os mais pobres. O estudo dos Médicos Sem Fronteiras apontou o que seria um problema central, visto sob a perspectiva do componente tecnológico (MSF, 2001).

A análise demonstrou que o desenvolvimento farmacêutico durante os últimos 25 anos proporcionou apenas 15 novos fármacos direcionados para as doenças tropicais e para a tuberculose. Tais doenças afetam as populações mais pobres perfazendo 12% da carga global de doença. Em contrapartida, 179 novos medicamentos foram desenvolvidos para doenças cardiovasculares que, por sua vez, representam 11% da carga global de doenças (MSF, 2001).

Dessa forma, poucos recursos estavam sendo alocados para a pesquisa em saúde aos mais negligenciados. Enquanto se espera que a pesquisa englobe as áreas mais necessitadas, a realidade é bem diferente: apenas 10% da pesquisa global em saúde estão voltados para os 90% da carga global de doenças, resultando no que o grupo denominou, de desequilíbrio fatal 10/90. O fortalecimento da competitividade da indústria farmacêutica multinacional havia excluído do mercado os mais necessitados, reforçando a tese de que a indústria define os interesses e prioridades na área de saúde, sem contemplar as necessidades de grande parte da população (MSF, 2001).

As falhas, por assim dizer, não estão sob a responsabilidade do setor privado, como demonstrou o estudo. Governos também precisariam assumir a sua responsabilidade em garantir que as necessidades de saúde das pessoas sejam atendidas, devendo tomar medidas apropriadas quando as forças de mercado não conseguem atender a tais imperativos (MSF, 2001).

Nas últimas décadas, a ação governamental mostrou-se inadequada, uma vez que a falta de informação sobre a dinâmica de Pesquisa e Desenvolvimento para doenças que afetam os mais pobres dificultou a construção de uma política pública eficaz que atendesse a extensão do problema e pudesse lidar com a crise (MSF, 2001).

E, assim, o documento *Fatal Imbalance* trouxe o conceito do que seria uma doença negligenciada. Uma doença seriamente incapacitante ou potencialmente fatal pode ser considerada negligenciada quando as opções de tratamento são inadequadas ou inexistentes e quando o potencial do mercado de drogas é insuficiente para atrair prontamente uma resposta do setor privado. A resposta do governo também é inadequada. Em suma, para as doenças negligenciadas, houve uma falha do mercado e uma falha na política pública (MSF, 2001).

As doenças negligenciadas afetam principalmente as pessoas nos países em desenvolvimento. Ademais, institutos públicos de pesquisa no mundo industrializado não enxergam essas doenças como uma prioridade ou uma grande ameaça para suas populações. Além disso, as empresas farmacêuticas baseadas em pesquisa não buscaram

compostos promissores para medicamentos para tratar essas doenças por causa de um retorno inadequado do investimento. Um olhar sobre a dinâmica dessa falha de mercado mostra que uma distinção entre doenças “negligenciadas” e “mais negligenciadas” também pode ser feita. Para as doenças “mais negligenciadas”, os pacientes são tão pobres que praticamente não têm poder aquisitivo, e nenhuma quantidade de ajuste nas forças do mercado pode estimular o interesse entre as empresas farmacêuticas (MSF, 2001).

As doenças tropicais são bons exemplos de doenças negligenciadas. Dos 1.393 novos medicamentos aprovados entre 1975 e 1999, apenas 1% (13 medicamentos) foram especificamente indicados para doença tropical. Um exame dos atuais esforços de pesquisa na indústria farmacêutica revela que o fluxo de drogas para doenças negligenciadas é virtualmente vazio.

O Grupo de trabalho produtor do referido estudo decidiu enviar questionários para as 20 empresas farmacêuticas com a finalidade de avaliar o nível de Pesquisa e Desenvolvimento em várias doenças negligenciadas, tais como doença do sono, leishmaniose, doença de Chagas, malária e tuberculose. Treze empresas responderam, onze das quais completaram o questionário. Dos outros dois, um indicou não haver atividades de investigação notificadas em doenças infecciosas e outras ditas restrições de tempo impediram a conclusão da pesquisa. As onze empresas que responderam totalmente incluem menos de seis dos dez melhores fármacos produzidos no mercado. Juntos, os respondentes representavam quase US \$ 117 bilhões do mercado farmacêutico global, que foi estimado em US \$ 406 bilhões em 2002 (MSF, 2001).

Um exame mais detalhado do processo de desenvolvimento de drogas mostra exatamente onde o sistema se divide. Para o desenvolvimento de um novo medicamento, a pesquisa básica pode ser complexa, demandar vultosos recursos e uma atividade demorada. Para se ter uma ideia, milhares de compostos são testados, com seleções baseadas em Bioquímica, propriedades de novas moléculas, segurança, desempenho clínico e considerações de mercado podem se fazer necessárias (MSF, 2001).

Até recentemente, a indústria farmacêutica e os formuladores de Políticas Públicas prestaram pouca atenção para as doenças negligenciadas. Em nível internacional, tal esforço teve início a partir do final dos anos 1990 com o compromisso assumido pela Fundação Bill e Melinda Gates na destinação de recursos significativos a doenças negligenciadas. Desde então, diversas foram as iniciativas para o desenvolvimento de novas drogas, kits e vacinas. (COHEN, 2014).

O argumento principal defendido pela indústria é de que o processo de desenvolvimento de um novo fármaco é caro e leva anos para que a descoberta de novas entidades químicas e biofarmacêuticas se traduza, de forma significativa, em retorno para a sociedade. Di Masi (2003) argumenta ainda que as decisões de pesquisa e desenvolvimento têm ramificações a longo prazo e as flutuações nas Políticas Públicas podem retardar ainda mais esse processo. Portanto, a lógica da indústria tende a alocar seus esforços com base nos componentes e tendências nos custos da inovação farmacêutica.

Assim, o desenvolvimento de novos medicamentos expõe caminhos variados a depender da estratégia de financiamento adotada. As fases, possivelmente sobrepostas, vão desde a síntese de compostos testados em ensaios e modelos com animais até ensaios clínicos em seres humanos. A síntese de compostos compreende uma ampla rede de financiamento da pesquisa básica que tem início nas universidades. O teste clínico humano geralmente envolve uma série de passos que vai desde a elaboração de estudos quanto à absorção, distribuição, efeitos metabólicos, excreção e toxicidade do composto até a realização de testes em pacientes com a doença para o qual o composto foi desenvolvido, comum em doenças de câncer e AIDS. Para a realização de testes clínicos, por exemplo, nos Estados Unidos, o fabricante deve primeiro submeter seu processo à Agência Reguladora com pedido de novo medicamento experimental, para aprovação (DI MASI, 2003) e, somente então, os testes clínicos poderão ser aplicados.

Quanto ao número de sujeitos testados em testes clínicos, as pesquisas apontam que o número exigido pode chegar a centenas e, em sua fase final, a milhares, a depender das evidências sobre segurança e dados preliminares sobre eficácia. Por essa razão, a utilização de estudos multicêntricos pode auxiliar no resultado final do composto (DI MASI, 2003).

Após a realização de todas as etapas anteriores, a empresa pode fazer o registro junto à Agência Reguladora de cada país, incluindo o preço final repassado à sociedade e os custos das patentes envolvidas. Esse poderia ser o cenário dos sonhos no caso das doenças negligenciadas. No entanto, o ciclo de desenvolvimento do fármaco até consegue ter início com a pesquisa básica nas universidades, mas dificilmente chega aos testes clínicos e, conseqüentemente, ao registro na Agência Reguladora.

De acordo com Cohen (2014), as Parcerias para o Desenvolvimento de Produtos (PDPs) envolvem doações não monetárias de empresas farmacêuticas, de fontes filantrópicas e do setor público cuja missão é o desenvolvimento de medicamentos que

atendam às necessidades de saúde dos mais vulneráveis. Diante do panorama internacional de incentivo à promoção da saúde, o financiamento público em torno das doenças negligenciadas tem aumentado. No entanto, quão produtivos foram os esforços de financiamento e pesquisa? Quantas drogas existem nos últimos estágios do pipeline de desenvolvimento de medicamentos e quantos foram aprovados até então?

A partir da análise elaborada por Cohen (2014), com base nos bancos de dados de autoridades regulatórias internacionais como Europa, Estados Unidos, Brasil e Índia para registro de novos medicamentos, o número de novos compostos em fase III, isto é, fase terminal do desenvolvimento de um novo fármaco ainda é ínfimo diante do necessário.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde, desde 2003, iniciou um Programa de eliminação de um grupo de doenças que recebia a alcunha de doenças negligenciadas de origem tropical. Tal programa, liderado à época por JW Lee, teve como estratégia principal a utilização de ferramentas integradas para o controle dessas doenças por meio da eliminação da pobreza extrema e promoção da saúde nas comunidades marginalizadas. Nesse mesmo ano, representantes das áreas de saúde, economia, direitos humanos, pesquisa, organizações não governamentais e indústria farmacêutica propuseram, em Berlim, novas estratégias no combate às doenças negligenciadas de forma coordenada.

A comunidade de pesquisa pública, nomeadamente universidades e institutos, está principalmente envolvida nas fases iniciais da pesquisa básica e descoberta de novas drogas. Todavia, a capacidade de gestão, o processo em si de desenvolvimento de medicamentos está concentrado no setor privado. Com isso, o desenvolvimento final de medicamentos é amplamente conduzido pela indústria privada, de acordo com suas próprias prioridades. (MSF, 2001).

Por outro lado, a indústria farmacêutica multinacional não pode figurar como vilã isolada em todo esse processo. Por que razão as alternativas governamentais não conseguem minorar as estatísticas oficiais? A atual crise de P&D para doenças negligenciadas é um resultado não só do fracasso do mercado, mas também o reflexo do fracasso da política pública. (MSF, 2001).

Considerações finais

O presente artigo teve como proposta principal identificar as determinações de ordem histórica e internacional que sedimentaram o debate acerca da Ciência e Tecnologia na saúde.

É importante ressaltar que, a partir do debate inicial em 2003 com o Banco Mundial e outros sujeitos, introduziu-se no campo decisório das políticas públicas as necessidades de saúde de forma a permitir maior empenho governamental na alocação de prioridades de pesquisa e desenvolvimento em saúde.

As doenças negligenciadas afetam principalmente as pessoas nos países em desenvolvimento. Ademais, institutos públicos de pesquisa no mundo industrializado não enxergam essas doenças como uma prioridade ou uma grande ameaça para suas populações. Além disso, as empresas farmacêuticas baseadas em pesquisa não buscaram compostos promissores para medicamentos para tratar essas doenças por causa de um retorno inadequado do investimento.

O argumento principal defendido pela indústria é de que o processo de desenvolvimento de um novo fármaco é caro e leva anos para que a descoberta de novas entidades químicas e biofarmacêuticas se traduza, de forma significativa, em retorno para a sociedade.

Tal inserção não é neutra, sobretudo porque o próprio âmbito de saúde reflete interesses de mercado, de governo e da ciência. Traduzir todos os interesses em um denominador comum não é fácil e demonstra fissuras históricas no campo da alocação de recursos dos países.

O que se pôde depreender, no Brasil, foi um despertar para a Ciência e Tecnologia em Saúde de modo a redefinir padrões da organização no Ministério da Saúde bem como de parcerias com agências internacionais.

REFERÊNCIAS

AÑÓN, L. C. **Salud, Justicia, Derechos: el derecho y la salud como derecho social**. Madrid: Dykinson, 2009.

BANCO MUNDIAL. **World development indicators: investing in health**. Washington: [s. n.], 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde: 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Vigilância em Saúde no Brasil, 2003 – 2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisas estratégicas para o Sistema Único de Saúde SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde: a experiência brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **DECIT +2: atuação do Ministério da Saúde em ciência, tecnologia e inovação – Relatório Final**. Brasília: [s. n.], 6 - 8 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Decit 10 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 49, n. 04, Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 50, n. 02, Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2019.

BRASIL. **Portaria 191, de 31 de janeiro de 2014**. Institui a Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas, composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0191_31_01_2014.html. Acesso em: 5 nov. 2019.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. México: Siglo XXI, 2002.

DANIELS, N. **Just Health Care: studies in Philosophy and health policy**. [s. l.]: Cambridge University Press, 1985.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, K. **Crítica del programa de Gotha**. 1870. Disponível em: <http://www.marxists.org/español/m-e/1870s/gotha/gotha.htm> . Acesso em: ago.2024.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES. **Fatal Imbalance**: the crises in research and development for drugs for Neglected Diseases. Genebra: Essencial Medicines Campaign: Drugs for Neglected Diseases Working Group, set. 2001.

POGGE, T. Human rights and global health: a research programme. **Metaphilosophy**, [s. l.], v. 36, n. 1-2, p. 183-184, 2005.

RAMOS, E. M. B. R. **Universalidade do Direito à Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014.

SILVA, M. O. (Org.). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora, 2013.