

**XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO  
CONPEDI BUENOS AIRES –  
ARGENTINA**

**DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO  
SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E  
TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E  
ECONÔMICA II**

**JOSE EVERTON DA SILVA**

**ROGERIO BORBA**

**JOSÉ SÉRGIO SARAIVA**

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

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Diretora Executiva** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

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

**Representante Discente:** Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

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

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

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

**Comunicação:**

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

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

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

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

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

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

**Eventos:**

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigner Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

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

D597

Desenvolvimento Econômico Sustentável, Globalização e Transformações na Ordem social e Econômica II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Jose Everton da Silva; José Sérgio Saraiva; Rogerio Borba.

– Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-754-0

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Derecho, Democracia, Desarrollo y Integración

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Desenvolvimento Econômico. 3. Globalização. XII Encontro Internacional do CONPEDI Buenos Aires – Argentina (2: 2023 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



## **XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA**

### **DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA II**

---

#### **Apresentação**

O grupo de trabalho DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA II do XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA, "DERECHO, DEMOCRACIA, DESARROLLO Y INTEGRACIÓN", recebeu 21 artigos que foram apresentados por seus autores com destaque e importância de cada tema, destacando o desenvolvimento econômico sustentável, globalização e transformações na ordem social e econômica, pertinente ao Direito, Democracia, Desenvolvimento e Integração, cada qual de acordo com seus objetivos propostos e alcançados, cuja leitura de cada um deles destacam por si só, inclusive alguns merecendo destaque para o prosseguimento da pesquisa diante da importância e alcance possam produzir na área da pesquisa e do conhecimento.

Foram apresentados e debatidos os seguintes artigos com destaque para publicação, pelos Professores Doutores Jose Everton da Silva, da Universidade do vale do Itajai - UNIVALI, Rogério Borba, do Centro Universitário FACVEST e José Sérgio Saraiva, da Faculdade de Direito de Franca - FDF, sendo eles:

REGULAÇÃO E A COP 30 NA AMAZÔNIA: VEREMOS OUTRA EXIBIÇÃO DE GREENWASHING?

A CONSTRUÇÃO DO DIREITO INTERNACIONAL AMBIENTAL COMO MATÉRIA DOS DIREITOS HUMANOS: ESTUDO DO CASO GRIMKOVSKAYA V. UKRAINE NA CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS

ANTINOMIAS CONSTITUCIONAIS E AMBIENTAIS NO PROCESSO DE LICENCIAMENTO AMBIENTAL DA RODOVIA FEDERAL BR-319 (MANAUS /PORTO VELHO - BRASIL)

A POLÍTICA NACIONAL DE PAGAMENTO POR SERVIÇOS AMBIENTAIS E A CONVENÇÃO 169 DA OIT: GESTÃO SOCIOAMBIENTAL TERRITORIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EFETIVA DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS.

A LEI GERAL DE PROTEÇÃO E SUA APLICABILIDADE ÀS ATIVIDADES DO AGRONEGÓCIO

ESTABILIDADE E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE REGISTRO DE IMÓVEIS NO BRASIL À LUZ DA TEORIA INSTITUCIONAL DE DOUGLAS NORTH

O FENÔMENO DO SUPERENDIVIDAMENTO NO BRASIL: SUAS CONSEQUÊNCIAS E AS MEDIDAS DOS GOVERNOS LOCAIS PARA ENFRENTÁ-LO

A IMPORTÂNCIA DA OBSERVÂNCIA DOS DIREITOS SOCIAIS POR PARTE DAS TRANSNACIONAIS: DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO A RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO HUMANO

O PENSAMENTO ECONÔMICO NO DIREITO: UMA ANÁLISE DA ARRECADAÇÃO E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NA SATISFAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.

COOPERAÇÃO MULTISSETORIAL PARA CRISES NOS PAÍSES LATINO-AMERICANOS NO FORTALECIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS, DO DESENVOLVIMENTO E DA SUSTENTABILIDADE: BREVE COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ARGENTINA

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, GERAÇÃO DE EMPREGO, RENDA, QUALIDADE DOS GASTOS COM RECURSOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS, ATRAVÉS DA PLENA GARANTIA DA IMUNIDADE TRIBUTÁRIA DAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS DAS INSTITUIÇÕES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.

INTERESSES DA INDÚSTRIA DE MERCADO E O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

COOPERATIVISMO COMO INSTRUMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO NACIONAL: NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA A ATUALIZAÇÃO LEGISLATIVA PARA O SETOR

A LIBERDADE ECONÔMICA E SEUS IMPACTOS NO COMÉRCIO BINACIONAL ENTRE BRASIL E ARGENTINA COMO FORMA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL

O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL PARA RECONHECIMENTO MÚTUO DE INDICAÇÕES GEOGRÁFICAS NO MERCOSUL: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

O VÁCUO JURÍDICO COMO FOMENTADOR DO CAPITALISMO DE VIGILÂNCIA E DA ECONOMIA DA ATENÇÃO

RISCOS DA (NÃO) REGULAÇÃO DOS TOKENS DE CRÉDITO DE CARBONO PELA COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS (CVM)

EMPRESA SIMPLES DE CRÉDITO: MODELO INOVADOR OU MERA FORMALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES OCULTAS DE CRÉDITO?

CONSENTIMENTO E PRIVACIDADE NA INTERNET: DESAFIOS E IMPLICAÇÕES NA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DO CONSUMIDOR À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR BRASILEIRO

A IMPORTANCIA DO MARCO LEGAL BRASILEIRO NAS TRANSAÇÕES VIRTUAIS DE CRIPTOMOEDAS E SUA RELEVANCIA GARANTIDORA PARA O CONSUMIDOR

Conclui-se que, após avaliação dos membros do Grupo de Trabalho retro indicados, que todos os trabalhos de pesquisa preencheram os requisitos exigidos no edital do referido evento, encontrando todos eles em condições de figurarem nos anais do COMPEDI DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SUSTENTÁVEL, GLOBALIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA II do XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA, "DERECHO, DEMOCRACIA, DESARROLLO Y INTEGRACIÓN",

# **INTERESSES DA INDÚSTRIA DE MERCADO E O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

## **MARKET INDUSTRY INTERESTS AND DEALING WITH NEGLECTED DISEASES: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR REALIZING THE RIGHT TO HEALTH**

**Amanda Silva Madureira** <sup>1</sup>

**Natalie Maria de Oliveira de Almeida** <sup>2</sup>

**Danilo Mohana Pinheiro Carvalho Lima** <sup>3</sup>

### **Resumo**

A Organização Mundial de Saúde define as doenças negligenciadas como um conjunto heterogêneo de doenças que afetam, quase que exclusivamente, as populações mais pobres e impotentes que vivem nas áreas rurais e favelas urbanas de baixa renda. Existem alguns requisitos que devem estar presentes para uma doença ser considerada negligenciada. Em primeiro lugar, a patologia deve afetar desproporcionalmente as populações dos países em desenvolvimento. Além disso, cumpre existir a necessidade de novos produtos, isto é, não devem existir produtos para prevenção e tratamento ou os produtos existentes precisam ser melhorados ou complementados por outros. Por fim, deve haver uma falha de mercado: ausência de mercado comercial para atrair a Pesquisa e o Desenvolvimento da indústria privada. No entanto, nem sempre os ditames da saúde são os mesmos da indústria farmacêutica. O presente artigo tem como objetivo analisar os conflitos inerentes à indústria de mercado e as necessidades para o enfrentamento e erradicação das doenças negligenciadas. Para tanto, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, utilizando método dedutivo.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Doenças negligenciadas, Indústria, Ciência, Tecnologia

### **Abstract/Resumen/Résumé**

The World Health Organization defines neglected diseases as a heterogeneous set of diseases that affect, almost exclusively, the poorest and most powerless populations living in rural areas and low-income urban slums. There are some requirements that must be present for a

---

<sup>1</sup> Doutora em Políticas Públicas; Professora da Universidade Ceuma; Faculdade Santa Luzia e Faculdade Laboro.

<sup>2</sup> Advogada. Mestre em Direito pela UFMA. Pós-Graduanda em Direitos Humanos pela Universidade Estadual do Maranhão. Professora do curso de Direito no Centro Universitário Estácio.

<sup>3</sup> Advogado. Professor da Graduação da Universidade CEUMA, Doutor em Ciências Jurídicas e Sociais - UMSA/PUC-RS.

disease to be considered neglected. First, the pathology must disproportionately affect populations in developing countries. In addition, there must be a need for new products, that is, there should not be products for prevention and treatment or existing products need to be improved or complemented by others. Finally, there must be a market failure: the absence of a commercial market to attract Research and Development from the private industry. However, the dictates of health are not always the same as those of the pharmaceutical industry. This article aims to analyze the conflicts inherent to the market industry and the needs to face and eradicate neglected diseases. For that, bibliographical and documentary research was used, using the deductive method.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Neglected disease, Industry, Science, Technology

## **1.INTRODUÇÃO**

A reprodução das desigualdades no campo sanitário não é um fenômeno novo e reflete a alocação de recursos no incentivo à pesquisa e na oferta de novos insumos e medicamentos à sociedade. O outro lado que fica esquecido, por vezes renegado a escolhas residuais por parte dos governos é o campo das doenças negligenciadas.

As doenças negligenciadas são reconhecidas pela exclusão no campo da ciência, no campo da indústria, ou seja, do mercado e do governo. Nesse sentido, o presente artigo pretende responder à seguinte questão: quais são os interesses da indústria que acabam refletindo na alocação de recursos e efetivação do direito à saúde, especificamente, na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?

Partiu-se, portanto, de um método dedutivo e utilizou-se o procedimento bibliográfico e documental.

## **2. AS APORIAS DO SISTEMA CAPITALISTA E OS INTERESSES DA INDÚSTRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE**

O Capitalismo é um sistema civilizatório, universal e complexo, cujas contradições intrínsecas têm permeado o planeta e a humanidade, bem como modificado profundamente as relações políticas, de trabalho, o meio ambiente, a cultura, e notadamente, a vida e a saúde das pessoas.

As guerras imperialistas, os genocídios, a exploração do trabalho, a dominação e a opressão de classe, de gênero e etnia; a pobreza, a desigualdade e a falta de cuidados básicos de saúde têm representado importantes indicadores na compreensão da relação entre o sistema econômico vigente no mundo ocidental e as necessidades sociais, econômicas e culturais da população mais vulnerável.

Para que se consiga compreender os limites e possibilidades da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde no Brasil, fez-se necessário realizar uma análise compreensiva do fenômeno negligenciador das doenças da pobreza, ou seja, compreender o conjunto de causas e efeitos gerados pelo capitalismo sobre o sistema político e social constituído globalmente.

Angulo-Tuesta e Hartz (2017) destacam que as modificações significativas dos padrões de morbimortalidade dependem do desenvolvimento de contextos favoráveis de interação entre o sistema de saúde e políticas econômicas, sociais e ambientes equânimes

que promovam a equidade do acesso ao sistema de saúde e a redução de iniquidades sociais. Nesse sentido, para as autoras, os sistemas nacionais de pesquisa em saúde têm papel fundamental para demonstrar políticas custo-efetivas de promoção da saúde e prevenção das doenças e de desenvolvimento e acesso a inovações tecnológicas visando a enfrentar as necessidades de saúde de populações vulneráveis e as iniquidades em saúde.

Ressalte-se que a compreensão do conceito moderno de saúde está umbilicalmente ligada ao tipo de Capitalismo e seus impactos sistêmicos e ao tipo de pobreza e desigualdade por esse tipo de capitalismo forjados. Para Benach, Pericas e Martinez-Herrera (2017) uma das ideias mais importantes da história da humanidade, especialmente, nos últimos três séculos é a noção de progresso. A concepção hegemônica de progresso arrasta consigo os elementos de linearidade e universalidade, na baila de que o destino final da humanidade é o gradual avanço do conhecimento, da riqueza, do bem-estar, da cultura e até mesmo da virtude moral.

Na Europa do século XX, mesmo contrariando exemplos concretos importantes, o rápido desenvolvimento econômico, após o fim da Segunda Grande Guerra, aumentou a crença no progresso do mercado, da ciência e da tecnologia, e, principalmente da realidade social. Nem o período de crise dos anos 1970, nem a “Grande Recessão” de 2008, foram capazes de eclipsar essa ideia de progresso contínuo e linear.

Desde 1987, quando o Banco Mundial publicou seu famoso estudo sobre as condições financeiras dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, diversas reformas foram intensificadas nos sistemas saúde latino-americanos como condição para se adequarem às demandas do mercado. O mercado é uma instituição social onde são trocados bens e serviços, bem como estão constituídos e estruturados os fatores produtivos.

Os sistemas de saúde originaram-se de pressões econômicas e sociais. Historicamente, diferentes circunstâncias econômicas pressionaram ou condicionaram políticas em diferentes campos da saúde pública, como medidas de saúde pública para limpar portos e a geração de ambientes saudáveis para a circulação de mercadorias. Medici (2000) atribui uma origem semelhante às "medidas para proteger e regular o mercado de trabalho".

Diversos autores (BIASOTO JÚNIOR; SILVA: DAIN, 2006) caracterizaram o sistema de saúde na América Latina, antes das reformas do final do século passado, como um modelo segmentado, constituído por diferentes e muito diversificadas instituições de

previdência social, originadas no modelo bismarckiano do final do século XIX; próximas às instituições de caridade e igrejas.

Após as reformas desenvolvidas no último quarto de século, a concepção de sistemas de saúde mudou, notadamente, em razão das condições impostas pelo mercado, marcadas, essencialmente, pelas diretrizes do Consenso de Washington. Medici (2000) destaca que o setor privado do mercado da saúde “[...] se desenvolveu sem mecanismos regulatórios adequados que permitiriam reduzir o impacto negativo das imperfeições do mercado, particularmente associado aos problemas de informação”.

Em primeira análise, deve-se alertar que esse modelo, inspirado unicamente no comércio de mercadorias, enfrenta dificuldades no planejamento de estratégias necessárias ao enfrentamento das doenças negligenciadas. Um sistema de mercado, baseado na produção e consumo, dá origem a um sistema de trocas que responde sobretudo às necessidades específicas do mercado.

Embora se argumente, como fez Franco-Giraldo (2013), que a partir das reformas do último quarto do século XX, houve integração dos segmentos políticos e sociais por meio de estruturas de mercado, a verdade é que esse modelo se enquadra na atomização institucional, na anarquia, devido à falta de regras do jogo e da regulação estatal, tendo em vista que não consegue controlar as falhas do mercado em todas as suas dimensões.

Como discorrido acima, a Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde é concebida como Política Pública a partir da Constituição da República de 1988, contando com as demais Políticas previstas no Título VIII, a Ordem Social do Estado brasileiro.

Além disso, a complexidade da PNCTIS num país de grande extensão territorial como o Brasil, de realidades complexas ainda marcadas fortemente por orientações políticas assistemáticas e fragmentadas, com federalismo assimétrico e frágil, têm dificultado a consolidação da Política enquanto Política Pública em direção à equidade, à justiça social e garantidora de direitos, embora devam-se reconhecer os avanços na direção dos princípios fundamentais de cidadania presentes nos textos normativos da Política.

Couto, Yazbek e Raichelis (2010) afirmam, segundo a literatura especializada, que as Políticas da Ordem Social no Brasil, historicamente, estão caracterizadas por pouca efetividade social e por sua subordinação a interesses econômicos dominantes, revelando-se a incapacidade de interferir no perfil de desigualdade e pobreza que caracteriza a sociedade brasileira. No caso da PNCTIS, o quadro é ainda mais complexo e sensível,

pois esteve apoiada por décadas em descontinuidades, subfinanciamentos, fragmentações e desinteresses do mercado, que configurou um padrão inconstante de relações, enraizada numa ideia mercadológica de ciência, pesquisa, tecnologia e inovação. Assim como a Política de Assistência Social, a PNCTIS, embora vista como área de intervenção do Estado, caracterizou-se historicamente como não política, renegada como secundária e marginal no conjunto das Políticas Públicas no Brasil.

A maioria das reformas sanitárias que ocorreu no setor de saúde, no último quadrante do século XX, foi fundamental para a estruturação de um sistema enxuto e eficiente e pode ser considerada relevante para alcançar os objetivos econômicos do setor, aproveitando-se de mecanismos de mercado com significava alocação de recursos públicos. No entanto, essa estratégia não foi suficiente para atingir os objetivos sociais da equidade em saúde.

O modelo neoliberal focou todas as suas ações no mercado em que suas múltiplas esferas sociais foram substituídas pelo mercado. A lógica do modelo neoliberal está assentada na ideia de que as trocas humanas estão sujeitas à oferta e demanda de agentes do mercado, supostamente iguais em seus níveis de informação sobre o produto.

A PNCTIS, em especial em seu espectro de doenças negligenciadas, está marcada pelo cunho civilizatório presente na consagração dos direitos sociais, o que vai exigir que os recursos públicos sejam prioritariamente pensados no âmbito das garantias de cidadania sob indução e financiamento do Estado. A PNCTIS inovou ao apresentar novo desenho institucional para a Ciência, Tecnologia e Inovação, ao afirmar a equidade e justiça social como fundamentos do investimento em pesquisa de saúde, ou seja, a Política apontou a necessária integração entre o econômico e o social.

A efetivação de pesquisa em doenças negligenciadas ressalta a centralidade do Estado na garantia da universalização e direitos de acesso às melhores condições de vida e serviços de saúde da população. Nesse sentido, ao propor que, para a efetividade da PNCTIS, os setores de governo e sociedade civil devem ser chamados a participar de sua elaboração e implementação. Demonstra-se, nessa perspectiva, que a construção ética dos fundamentos da política está assentada no entendimento de que a saúde é um bem da sociedade a ser preservado e desenvolvido por ela, devendo ser garantido pelo Estado os meios necessários para tal fim. Deve-se ainda considerar que, do ponto de vista da ciência e tecnologia, a aplicação dos princípios constitucionais do SUS devem corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em

consonância com o controle social. Considera-se significativo avanço essa consagração do controle social na formulação, gestão e execução da PNCTIS na medida em que traz a marca do debate ampliado e da deliberação pública, ou seja, da cidadania e da democracia.

Esse arcabouço normativo foi fundamental para estruturar a moldura da PNCTIS, pois, embora, em princípio, se possa afirmar que o mercado de serviços de saúde confirme a existência de uma troca de serviços entre pessoas que precisam garantir seus estados saudáveis e os vendedores que prestam os serviços que essas pessoas exigem (ORTÚN, 1990), o mercado de serviços de saúde é configurado como um mercado imperfeito.

Pode-se exemplificar essa imperfeição do mercado de saúde a partir da produção de vacinas. O setor de produção de vacinas requer base científica e tecnológica intensa, tem alto custo fixo de produção, ciclo produtivo longo, concentração de produtores, ampliação constante do leque de produtos, exigências regulatórias fortes e o setor público como principal comprador. No Brasil, o mercado de vacinas é um dos maiores do mundo e os produtores nacionais são todos públicos. Embora já se produza no País parcela considerável das vacinas necessárias para consumo interno, a balança comercial é negativa também nesse item, apontando a necessidade de investimentos em P&D que garantam a autonomia e a autossuficiência nesse setor (PNCTIS, 2008).

Vários mercados articulam-se ao bem saúde. Os mais clássicos são (FRANCO-GIRALDO, 2013): a) O mercado de serviços médicos e hospitalares (hospitalização); b) O mercado de serviços ambulatoriais (eles cumprem algumas funções de promoção e prevenção); c) O mercado de seguros de saúde; d) O mercado de produtos farmacêuticos.

E, em relação convergente com o mercado de saúde propriamente dito, podem-se destacar com outros mercados, quais sejam: o mercado de seguros em geral; o mercado de trabalho; o mercado de pensões, entre outros também em interação com o bem-estar (SOJO, 2003). Adicionalmente, Franco-Giraldo (2013) pressupõe que, por meio de Políticas Públicas, os mercados sejam regulados ou desregulados, alcançando o melhor arranjo possível nos sistemas de saúde. Para esse autor, são necessárias três abordagens preliminares sobre os mercados de serviços de saúde:

- a) Primeiramente, o mercado de serviços de saúde estaria relacionado ao sistema econômico de suporte da saúde pública. Essa é uma abordagem que tem adotado uma racionalidade econômica para os sistemas de saúde. Mas, para alguns autores (ORTÚN 1990; SOJO, 2003; FRANCO-GIRALDO, 2013), esse tipo de perspectiva não deve ser vislumbrado como de saúde, mas como

um subsetor econômico, interessado no processo de produção de cirurgias, consultas médicas e outros serviços relacionados à indústria e ao interesse do setor econômico.

- b) Na economia neoclássica, os serviços de saúde são caracterizados como bens públicos (coletivos) e bens privados (individuais); mas, estritamente falando, não se poderia falar em mercados de saúde tendo em vista que “existem coisas que não têm substitutos de mercado adequados, como perda de vidas ou perda de boa saúde, com componentes não monetários, como dor, incapacidade ou sofrimento” (DIONES; HARRINGTON, 1997), ou seja, aspectos centrais da saúde pública. Nesse diapasão não podem existir mercados de saúde ou mercados de vida, haja vista que vida e saúde são valores que não podem ser mensurados sob uma perspectiva econômica. A concepção de saúde pública garante que a vida, a boa saúde e o sofrimento não tenham valor econômico.
- c) Os mercados de serviços de saúde, para Kartz e Miranda (1994), não garantem uma solução ótima nem na maximização do bem-estar nem na alocação de recursos, uma vez que “descrevem estruturas de concorrência imperfeitas, fortes externalidades no consumo de serviços de saúde e uma estreita interdependência”. Entre outras razões, o modelo de concorrência perfeita não funciona para os mercados de serviços de saúde, dadas as falhas de mercado que obrigam a intervenção do Estado e/ou a ação coletiva, de acordo com a argumentação convencional da economia de cada país (Franco-Giraldo, 2013).

Como o mercado é incapaz de garantir a prestação de serviços de saúde que contemplem eficiência, equidade e justiça social, o Estado teria a obrigação de intervir como prestador de serviços de saúde, ou através da produção de bens e serviços, ou do fornecimento desses bens públicos, ou redistribuição por meio de subsídios ou alocação de recursos com critérios de acessibilidade e universalidade, ou através de regulamentação e legislação.

Ocorre que a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos se reveste de características que são diferentes daquelas da produção de serviços e ações de saúde. Por esse motivo, os princípios organizacionais que regem o SUS nem sempre poderão ser adotados mecanicamente no desenho do sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde, embora, sempre que possível, devam ser considerados. A complexidade se aprofunda quando se vislumbra que a PNCTIS é também um componente da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI) esta última instituída no âmbito do

Ministério da Ciência e Tecnologia e, como tal, subordina-se aos mesmos princípios que a regem, a saber, o mérito técnico-científico e a relevância (BRASIL, 2008).

Desta feita, percebe-se que, de um lado, estão as tensões desregulatórias do livre mercado e, por outro lado, a necessidade de regulamentação por meio de medidas impostas pelo Estado, a fim de abordar a política de saúde (e o planejamento), que poderia ser entendida em um ambiente de concorrência regulada.

Alguns autores, como Rodriguez (2001), recomendam um sistema de competição regulamentado em que as seguradoras e entidades concorrentes participam. Mas, também, várias falhas ou limitações do Estado foram identificadas por outros teóricos (RESTREPO, 2008). Conseqüentemente, os mercados de assistência médica não são perfeitamente competitivos; apresentam barreiras à entrada; precisam ser planejados; devem estabelecer controle de preços, garantir economias de escala em serviços e redes altamente complexos de serviços, apesar das falhas do Estado (RODRIGUEZ, 2008).

Embora a Constituição da República date de 1988, a construção da PNCTIS ocorreu a partir de 2005, após 23 anos. Logo, os argumentos de Couto, Yazbek e Raichelis (2010) são fundamentais para entender essa lentidão. Para as autoras, os avanços inscritos na Constituição de 1988 colidiram com uma conjuntura adversa e paradoxal, na qual se evidencia a profunda incompatibilidade entre ajustes estruturais da economia e investimentos sociais do Estado. No caso da PNCTIS, da mesma forma, a incompatibilidade está legitimada pelo discurso e pela sociabilidade engendrados no âmbito do ideário neoliberal que, reconhecendo o dever moral do fortalecimento da Ciência, Pesquisa, Tecnologia e Inovação ao enfrentamento das doenças negligenciadas, não reconhece o direito da equidade em saúde.

Da mesma forma, a oferta e a demanda de serviços de saúde são mutuamente condicionadas, sendo necessário avaliar o que pode acontecer quando os preços diretos são introduzidos no mercado de serviços de saúde. Suas variações e as formas de financiamento afetam essa interdependência entre oferta e demanda. Assim, o que distorceu os processos de reforma deveu-se em grande parte à introdução desses mecanismos de pagamento que modificaram negativamente a relação oferta-demanda. Ao considerar o mercado de medicamentos, sua demanda em boa parte depende de mecanismos de financiamento e restrições de acesso, como exclusões nos vários planos ou pacotes de serviços.

Especificamente no setor farmacêutico, os investimentos em P&D feitos no Brasil pelas indústrias do setor privado somam apenas 0,32% do faturamento. Esses recursos

são utilizados geralmente para o financiamento de estudos clínicos, mais como estratégia de marketing do que para o desenvolvimento ou transferência de tecnologia. São pouquíssimas as patentes registradas no País (Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica). Segundo dados do Fórum Global de Pesquisa em Saúde, nos países desenvolvidos, a indústria farmacêutica aplica de 10 a 20% de seu faturamento em P&D (BRASIL, 2008).

No que se refere ao papel de regulação do Estado, os padrões atuais de intervenção estão muito aquém das necessidades e das possibilidades colocadas pela capacidade instalada de pesquisa e desenvolvimento. As inovações nem sempre são adequadamente avaliadas quanto à sua eficácia, à efetividade e aos custos, antes, durante e depois da programação e da execução de sua incorporação pelos serviços. Esse fato gera, muitas vezes, demandas induzidas pela mídia, malefícios para a saúde da população e ineficiência no uso de recursos financeiros no sistema de saúde.

Em geral, autores apontam (FRANCO-GIRALDO, 2013) que a prática médica e as profissões da saúde induzem a demanda. No entanto, se analisarmos com cuidado, pode-se perceber a partir da análise dos processos de reforma, que os mecanismos de pagamento e as instituições no processo de atendimento estão limitando a demanda.

Seria limitado também o que Katz e Miranda (1994) chamam de reivindicações derivadas: "Mercado de instrumentos e equipamentos, suprimentos, medicamentos e serviços de hospitalização". Dadas as restrições de gerenciamento (baseadas em um modelo de "atenção gerenciada", contabilidade e custos) hoje as consultas médicas não são suficientes para ativar os mercados, como aconteceu em outra época. O setor de saúde está construído em bases tecnológicas e de pesquisa, necessitando cada vez mais de procedimentos, internações e fármacos sofisticados e caros.

No contexto neoliberal, o mercado é um fato com voracidade que penetra nas mais impensáveis estruturas sociais. Em termos de discurso, o mercado aparece como a melhor forma de gerenciamento do setor da saúde, a estrutura mais eficaz e eficiente. Todavia, percebe-se que o mercado tem tornado o setor de saúde cada vez mais distante da equidade e da justiça social.

### 3. A NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO DO ESTADO NO FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Para Couto, Yazbel e Raichelis (2010), a pressão do Consenso de Washington, com a proposição de que é preciso limitar a intervenção do Estado e realizar as reformas neoliberais, orientou as estratégias para o enfrentamento da crise por parte dos estados periféricos, ocasionando a redução da autonomia nacional. Ao lado disso, afirmam as autoras:

[...] a adoção de medidas econômicas e do ajuste fiscal são características desse contexto que, no campo da Proteção Social, vai se enfrentar com crescimento dos índices de desemprego, pobreza e indigência. Ou seja, é na “contra mão” das transformações que ocorrem na ordem internacional, tensionado pela consolidação do modelo neoliberal, pelas estratégias de mundialização e financeirização do capital, com a sua direção privatizadora e focalizadora das políticas sociais, enfrentando a “rearticulação do bloco conservador” com a eleição de Fernando Collor que busca de diversas formas obstruir a realização dos novos direitos constitucionais (IPEA, 2009) que devemos situar o início do difícil processo de construção da Seguridade Social brasileira (COUTO; YAZBEL; RAICHELIS, 2010).

A PNCTIS brasileira afirma que qualquer Política Nacional de Saúde deve estar voltada para as necessidades de saúde da população, tendo como objetivos principais o desenvolvimento e a otimização dos processos de produção e absorção do conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços, instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Assim, a PNCTIS deve ser vista também como um componente das políticas industrial, de educação e demais Políticas sociais e, ao vislumbrar as falhas de mercado, direcionar as pesquisas no campo das doenças negligenciadas.

Segundo Franco-Giraldo (2013), o setor da saúde é uma parte essencial da economia produtiva e social dos países avançados e é um gerador contínuo de riqueza, prosperidade e empregabilidade qualificada. Sua alta interdependência com outros mercados estratégicos e globais faz de seu design e cadeia de valor um *cluster* de inovações disruptivas de primeira ordem.

Nessa perspectiva, o objetivo maior da PNCTIS é contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do Estado brasileiro. Por essa razão, a PNCTIS reconhece que parcela significativa do levantamento de dados sobre o desenvolvimento científico e tecnológico

no Brasil adota a regra de só considerar como Pesquisa em Saúde a soma de atividades de pesquisa clínica, biomédica e de saúde pública. Essa forma tradicional de conceituar Pesquisa em Saúde, baseada em áreas do conhecimento e não em setores de aplicação, deixa de lado pesquisas realizadas nas áreas associadas às ciências humanas, sociais aplicadas, exatas e da terra, agrárias e engenharias. Além disso, essa abordagem inclui pesquisa cujas áreas de conhecimento são as ciências biológicas, as quais nem sempre, dizem respeito diretamente à saúde humana. O desenvolvimento da PNCTIS para doenças negligenciadas está intrinsecamente vinculado às pesquisas em âmbito das ciências humanas, sociais aplicadas entre outras, pois lidar com a temática das doenças da pobreza exige conhecimento interdisciplinar sobre os mecanismos de enfrentamento das desigualdades sociais (BRASIL, 2008).

Nos últimos 40 anos, a economia de bem-estar tem sido o setor que mais cresce na Europa e nos Estados Unidos, representando hoje um faturamento superior a 3,5 bilhões de euros (BANCO MUNDIAL, 1993). A indústria da saúde está presente em todas as formas e processos de globalização, e seus mercados de bens, manufaturas e serviços, bem como seus fatores de produção, globalizaram-se nas últimas décadas de maneira vertiginosa (ORTÚN, 1990).

O investimento em P&D (Pesquisa e Desenvolvimento) em produtos farmacêuticos e biotecnológicos não sofreu queda significativa, apesar das crises econômicas mundiais, em parte devido aos processos de crescimento orgânico de grandes empresas por meio de aquisições e fusões (MEDICI, 2000). O insumo farmacêutico representa em termos relativos mais de 50% dos ativos gerados no "setor de saúde", e seu crescimento - apesar da crise da inovação - permanece esmagador no volume de vendas e nos resultados econômicos (FRENCK, LONDOÑO, 1998).

O complexo produtivo da saúde, para a PNCTIS, é formado por três grandes componentes: as indústrias químicas, farmacêuticas e de biotecnologia; as indústrias mecânicas, eletrônicas e de materiais; e as organizações de prestação de serviços. Nos últimos anos, os segmentos dos dois primeiros componentes apresentaram déficits comerciais significativos, atingindo cerca de US\$ 3,5 bilhões, em 2001. Destes déficits na balança comercial, 70% decorreram de relações com países desenvolvidos e 30% de relações com países que apresentam nível de desenvolvimento compatível com o brasileiro. (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, Franco-Giraldo (2013) destaca que a crise financeira global e seus efeitos na economia das empresas não representaram mudanças significativas em sua

rentabilidade no setor farmacêutico. Além disso, suas taxas de lucro em recursos próprios permanecem altas e sustentáveis em comparação com outros setores estratégicos da economia global (ISAPRES, 2013).

O processo de aumento da capitalização desse setor deve-se principalmente a uma combinação de fatores como: consolidação do ativo imobilizado de longo prazo; as barreiras intransponíveis à entrada; a consistência competitiva de suas estratégias globais; o lucro operacional continuado em vendas e investimentos; bem como a poderosa capacidade de influenciar os tomadores de decisão do setor e sua eficiente rede tentacular que atinge todas as áreas e níveis de desempenho em saúde, integrando agentes praticamente internos em sua própria cadeia de valor e controlando redes sociais e profissionais adjacentes (ARROW, 1963).

Pode-se adicionar a esses fatores, o processo oneroso e demorado de obtenção de patentes ou copyright e o reduzido valor social da propriedade intelectual, favorecido pelo alto preço dos produtos patenteados e a baixa renda da população. O sistema patentário, de processos e de produtos, no Brasil, foi modificado pela Lei n.º 9.279/96, incluindo novos setores como o da química fina, produtos farmacêuticos e biotecnológicos (BRASIL, 2008). Na aprovação dessa lei, o governo deixou de aplicar algumas prerrogativas previstas no Acordo de Propriedade Intelectual Relacionado ao Comércio (Acordo Trips), para os países em desenvolvimento, permitindo ampliação de prazo para os setores novos. Esse prazo permitiria um período de transição para adequação do uso do conhecimento da ciência, da tecnologia e de desenvolvimento de processos e de produtos, sobretudo para promover mudança cultural, de modo a integrar a iniciativa privada, os órgãos de governo, instituições de ensino superior e institutos de pesquisa ao novo ordenamento jurídico, garantindo, assim, meios para a socialização ampla dos resultados (BRASIL, 2008).

Segundo Sojo (2003), o tecido empresarial de Biomedicina e saúde humanas de base tecnológica é hoje uma das abordagens mais visíveis para o desenvolvimento econômico e social das economias modernas. Sem dúvida, esse setor da economia social exige regulamentação nacional e internacional, políticas de preços transparentes e socialmente responsáveis, garantias públicas para proteger a propriedade industrial e um sistema de inovação, como a política do governo, para aumentar as funções e valor agregado estratégico desse setor (DIONES, HARRINGTON, 1997).

Cumprir-se, também, que a abertura comercial descontrolada, que se observou na década de 1990 no Brasil, agravou o panorama dos investimentos em P&D

no complexo produtivo da saúde. Na medida em que não se preocupou em defender setores industriais estratégicos, foi observada, nesse período, uma regressão na capacidade produtiva originária do País para alguns insumos fundamentais, como a dos farmoquímicos. Na década de 1980, a indústria brasileira chegou a ser responsável por cerca de 15% da demanda nacional de farmoquímicos. Hoje, a cifra correspondente não chega a 3%. Fenômeno similar foi também observado em outros produtos, como, por exemplo, nos antibióticos e nos vários tipos de equipamentos utilizados no cuidado à saúde e em pesquisa (BRASIL, 2008).

Também é verdade, segundo Franco-Giraldo (2013), que a indústria farmacêutica possui suas próprias incertezas estruturais e de mercado, derivadas da expiração dos direitos de propriedade de certos medicamentos líderes de vendas, do portfólio incerto de insumos sob investigação (interferência nos processos de inovação) com baixa produtividade, o aumento no uso de medicamentos biossimilares, a pressão descendente sobre o preço dos medicamentos biológicos ou os possíveis ajustes estruturais como resultado de concentrações futuras ou megafusões emergentes.

Mas boa parte das soluções para as necessidades de saúde de pessoas e populações dependem de Ciência e Tecnologia, e a criação de novos mercados farmacêuticos emergentes competitivos dependerá de como a inovação disruptiva é promovida e gerenciada (KATZ; MIRANDA, 1994). Todas essas mudanças que buscam maior competitividade e valor agregado nos processos de inovação biomédica estão gerando um novo modelo de negócios, adaptando estruturas, competências e dinâmicas de colaboração com todos os agentes integrados na cadeia de valor do setor de saúde.

No Brasil, o esforço governamental para fomentar a pesquisa em saúde é bastante significativo, mas insuficiente. No plano federal, destacam-se as atuações do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), por meio das suas agências de fomento, e do Ministério da Saúde, por meio de suas instituições e da contratação de projetos com grupos de pesquisa em diversos centros do País. Cabe, ainda, mencionar a atuação do Ministério da Educação, especialmente na formação de recursos humanos e na disseminação de informações científicas, por meio da Capes, e na manutenção dos hospitais universitários das universidades federais (BRASIL, 2008). No âmbito estadual, destacam-se o papel dos institutos de pesquisa e núcleos de ciência, tecnologia e inovação, vinculados às secretarias de saúde, aos hospitais universitários e às algumas agências de fomento, em particular a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) que, a

partir da última década, vem desenvolvendo programas de apoio à pesquisa estratégica, de alto impacto nacional e internacional, em saúde (BRASIL, 2008).

A questão que se coloca neste momento é que as doenças negligenciadas têm territorialidade. Como afirmam Couto, Yazbek e Raichelis (2010), o território é também o terreno das políticas públicas, onde se concretizam as manifestações da questão social e se criam os tensionamentos e as possibilidades para seu aprofundamento. As áreas sul e sudeste do país não devem centralizar todo o arcabouço de pesquisa nacional pois, para essas autoras, a compreensão que incorpora a dimensão territorial das políticas públicas reconhece os condicionamentos de múltiplos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, nos diversos territórios, que levam segmentos sociais e famílias a situações de vulnerabilidade e risco social.

O interesse social requer maior cooperação das empresas farmacêuticas com governos e autoridades reguladoras para melhorar a qualidade da avaliação e, conseqüentemente, garantir padrões mais altos de segurança, eficácia e eficiência em medicamentos. Além disso, a crise econômica e seu impacto nas finanças públicas na grande maioria dos países ocidentais, com arquiteturas sociais avançadas, estão propondo políticas para conter os gastos em saúde que exigem racionalidade e boa governança.

Isso ocorre especialmente em países em desenvolvimento em razão da arquitetura epidemiológica desses Estados. O quadro epidemiológico de países da América Latina é desafiador ao paradigma da transição epidemiológica. Os modelos propostos pela agenda global de doença não se aplicam às diferentes realidades, dada a convivência de padrões, presumivelmente, díspares nos modos de adoecimento. Brasil e México são exemplares: as doenças infecto-parasitárias e as doenças crônico-degenerativas dividem espaço com graus de importância equivalentes sob o ponto de vista epidemiológico. Há também o ressurgimento e/ou recrudescimento de doenças como Dengue e Cólera, e mais recentemente da Febre Amarela, Zika e Chikungunya. (OLIVEIRA, 2018).

Um dos objetivos básicos de uma política de medicamentos é garantir que medicamentos seguros, eficazes e de qualidade estejam disponíveis para atender às necessidades de saúde de um país. A questão que se coloca é: quais doenças aparecem como prioritárias para a indústria farmacêutica? Tendo em vista que, além dos requisitos acima, os países e a indústria farmacêutica também consideram a eficiência, ou seja, a relação custo/benefício antes da introdução de um novo medicamento.

Nesta seara, as doenças negligenciadas enfrentam graves dificuldades, pois, ainda que impactem fortemente nas condições de saúde, tem recebido historicamente

insuficiente atenção das agendas internacionais e de países mais desenvolvidos. Tais doenças exerceram pouca atração na indústria, por serem mais circunscritas às populações com baixa capacidade de pagamento e proliferam em condições ambientais e habitacionais precárias. Muitas são letais ou tem consequências incapacitantes, o que acarretam no comprometimento da dinâmica familiar e social; oneram os sistemas de saúde dos países já economicamente desfavorecidos, formando um ciclo vicioso de elevada repercussão no desenvolvimento humano. Por serem doenças mais circunscritas a populações já desfavorecidas, agudizam a exclusão social, reforçam estigmas historicamente tramados e diminuem as perspectivas futuras de gerações (OLIVEIRA, 2018).

Assim, para que as doenças negligenciadas sejam levadas a sério e consideradas como prioritárias para a indústria farmacêutica, precisa-se de uma mudança de paradigma, para compreender o desenvolvimento de uma política que considere o fármaco como um bem social que deve estar disponível no sistema de saúde para melhorar a saúde dos cidadãos, que o acesso a ela deve ser universal e equitativo e que deve ser usado com eficiência de acordo com as evidências científicas disponíveis. Nesse sentido, deve-se destacar que os objetivos gerais da política farmacêutica nacional são garantir o acesso aos medicamentos, a qualidade (qualidade, segurança e eficácia de todos os medicamentos) e o uso racional de medicamentos (RESTREPO, 2008).

No mundo, as leis da medicina de primeira geração, até os anos sessenta, exigiam qualidade e segurança, mas não eficácia dos medicamentos. Como consequência da catástrofe da talidomida em 1962, a segunda geração exigiu qualidade, segurança e eficácia comprovada por meio de ensaios clínicos controlados. A terceira geração, além dos requisitos acima, inclui os critérios de eficiência e as condições para o uso racional de medicamentos.

Mesmo diante da terceira geração da Medicina, permanecem importantes contradições na agenda global de doenças. As diretrizes para o controle das doenças tropicais negligenciadas, por exemplo, ainda estão assentadas e restringem-se majoritariamente no acesso ao tratamento, a quimioprofilaxia e o uso de pesticidas para o controle de vetores (OLIVEIRA, 2018). Oliveira (2018) reconhece que há proposições de ampliação da capacidade dos sistemas de saúde dos países, especialmente os do continente africano, sendo considerável parte de orientações voltadas às parcerias entre os governos, as organizações internacionais e a indústria farmacêutica.

Com fundamento na inflexão econômica da pesquisa farmacêutica, precisa-se considerar que qualquer política para enfrentamento das doenças negligenciadas deve mensurar ações macroestruturais, tais como: redução da pobreza, saneamento e educação, assim como atuações intersetoriais. Essas questões estão presentes em diversos documentos nacionais e internacionais. No entanto, esses instrumentos normativos padecem de diretrizes mais programáticas. Oliveira (2018) ressalta que ações como estas imporiam políticas macroeconômicas de envergadura, que implicariam uma revisão da geopolítica global absolutamente não enfrentada, dentre outros motivos, por não fazer parte da agenda do capitalismo liberal. O investimento global na melhoria das condições de vida e de saúde dessas populações, assim como a construção de bases de fomento à autonomia produtiva dos sistemas de saúde e do complexo industrial da saúde destes países, em suas diversas dimensões, possuem uma inserção mais tênue e diferenciada nas agendas, quando postas em relação às demais políticas de saúde. (OLIVEIRA, 2018).

Sabe-se que o aumento desordenado do gasto farmacêutico *dissipa* e ineficientemente *desvia* recursos - com um alto custo de oportunidade - que sacrifica as melhorias potenciais no capital intelectual, tecnológico e social dos sistemas de saúde, sem parecer reverter, mas em um grau excessivo de medicalização na sociedade. (PEIRÓ, 2009).

Sem dúvida, o *lobby* das "grandes empresas farmacêuticas" (*grandes empresas farmacêuticas*), que operam no setor da saúde, penetrou profundamente no tecido das agências dos sistemas de saúde; políticos e autoridades reguladoras. De acordo com a teoria da escolha pública, marcam suas ações e preferências para adquirir ou reter poder, e o relacionamento entre indústria e política pode até se tornar mutuamente confortável (IÑESTA; OTEO, 2011).

Iñesta e Oteo (2011) referem que as conclusões globais do *Comitê de Saúde da Câmara dos Comuns do Reino Unido* sobre a influência da indústria farmacêutica eram claras: *a influência da indústria farmacêutica é enorme e está fora de controle*. O Comitê considerou que, enquanto a tradicional influência das empresas farmacêuticas foi direcionado para profissionais de saúde, atualmente os tentáculos do "Big Pharma" (*big-pharma*) penetram e controlam o setor muito mais amplamente, alcançando pacientes e suas organizações, departamentos de saúde, órgãos reguladores, gerentes, pesquisadores, instituições de caridade e organizações não-governamentais (ONGs), mídia acadêmica e universitária, mídia, organizações de saúde, sistema escolar e educacional e partidos políticos (COLLIER, 2006).

Algumas considerações, segundo Iñesta e Oteo (2011), desse comitê foram especialmente impressionantes: *A falta de verificações e controles adequados no comportamento da indústria farmacêutica tem um efeito significativo e prejudicial à saúde das pessoas. A indústria farmacêutica domina a agenda de pesquisa e realiza um volume de atividades promocionais para prescritores e consumidores, de modo que os medicamentos estão sendo usados em excesso além do que é bom para a saúde das pessoas.*

Em outra seção, é relatado que a proximidade inadequada que existe entre o setor e as agências reguladoras significa que eles não conseguem conter as práticas mais duvidosas do setor. Reguladores parecem inseguros sobre se a sua prioridade é a segurança e eficácia dos medicamentos ou o sucesso de suas próprias empresas farmacêuticas.

Essas questões, segundo Iñesta e Oteo (2011), ensejaram mudanças substanciais na regulamentação farmacêutica, sendo propostas de diferentes campos para promover a competição contra a influência e liberalizar progressivamente certas atividades da cadeia de valor nesse setor, propondo alternativas de desintermediação e impulsionando a concorrência. (MENEU, 2005).

Da mesma forma e sobre diferentes prismas, outros autores (PUIG, LLOP, 2004; LÓPEZ CASASNOVAS, 2004) têm aprofundado propostas e possíveis ações corretivas para racionalizar os gastos públicos em medicamentos, através de um redesenho integral da cadeia de valor da provisão farmacêutica, respondendo a critérios racionais de adequação, eficiência e patrimônio.

Mas também é responsabilidade das administrações públicas estabelecer um quadro estável de relações com o setor farmacêutico que garanta segurança, confiança para promover de forma sustentável um desenvolvimento industrial competitivo, uma política científica socialmente relevante, um crescimento das bases de conhecimento nos serviços de saúde, maior produtividade em investimentos e gerenciamento eficiente de processos de inovação.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não se pode deixar de reconhecer que a criação e implementação de certas Políticas econômicas e sociais, assim como, do avanço da saúde pública, acompanhadas do desenvolvimento técnico e científico, representaram instrumental decisivo no auxílio

para o alívio e resolução de problemas de saúde no mundo, muitos desses problemas que assolaram a humanidade por longos períodos históricos e causaram sofrimento e diferentes enfermidades.

Além de um progresso geral indubitável, uma avaliação da situação, distribuição, evolução e causas demonstra que o presente e o futuro não são ou serão tão positivos ou otimistas assim, até porque uma situação positiva no presente não significa necessariamente que o futuro será igualmente bom ou melhor. Nesse contexto, destaque-se que os dois piores perigos globais, que circundam a Humanidade e que ameaçam a sobrevivência humana, são a crise dos riscos ecológicos e nucleares.

Não se pode deixar de considerar que grande parte da doença e morte globais poderia ser evitada, uma vez que muitas doenças que acometem grande parte da população mundial derivam de causas evitáveis, notadamente, relacionadas aos determinantes sociais, econômicos e políticos de saúde. Na atualidade, o controle e a eliminação de um número razoável de doenças comuns na infância e idade adulta de países pobres são técnica e financeiramente viáveis, no entanto, milhões de pessoas continuam a adoecer e morrer dessas enfermidades que poderiam ser evitadas.

Os investimentos e os resultados de projetos de cooperação trouxeram implicações importantes na formulação de estratégias, em especial as relacionadas à indústria farmacêutica. Apesar de esforços de países com relevantes quadros endêmicos de doenças infecciosas, há um importante *gap* ainda não superado – o atraso em pesquisas e inovações na área. Atraso devido a fatores como a baixa atratividade sobre a indústria farmacêutica dada a insuficiente capacidade de pagamento e fragilidade dos sistemas nacionais de pesquisa e inovação. É extremamente relevante a ausência de recursos próprios de governos de muitos países para os investimentos necessários.

Como os países acometidos são, majoritariamente, de baixo desenvolvimento econômico está constituído o círculo vicioso. São necessários, para Oliveira (2018) além do enfretamento das desigualdades e do desenvolvimento, o investimento em pesquisas, desenvolvimento e inovação, assim como novos métodos de controle de vetores. No caso das doenças negligenciadas, embora exista financiamento para pesquisas, o conhecimento produzido não necessariamente tem sido suficiente para alguns avanços – produção de novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas. Morel destaca importantes iniciativas voltadas para a produção e o acesso a medicamentos. Dentre elas pode-se citar: *Drugs for Neglected Diseases Initiatives – DNDi*, *Global Alliance for TB Drug Development* e *UNITAID – Laboratory for Innovative Financing for Development*.

Tais iniciativas, como DNDi, Global Alliance for TB Drug Development e UNITAID residem no compartilhamento de conhecimentos direcionados às doenças negligenciadas específicas, como Malária, Tuberculose e Doença de Chagas. O pipeline de desenvolvimento do fármaco para essas patologias recebe recursos de empresas farmacêuticas e, por conseguinte, o apoio do setor público. O Brasil tem feito parte dessas iniciativas com a atuação indutiva da Fundação Oswaldo Cruz no segmento produtivo. Por essa razão, diante das contradições apresentadas, no caso específico das doenças negligenciadas, as iniciativas para parcerias são esparsas e não alcançam todo o leque de enfermidades que desafiam os sistemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Equidade e governança: análise da política de pesquisa e inovação em Saúde no Brasil. **An Inst Hig Med Trop**, [s. l.], n. 16, supl. 2, p. 57-64, 2017.

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

BENACH, J.; PERICÀS, J. M.; MARTÍNEZ-HERRERA, E. La salud bajo el capitalismo: contradicciones sistémicas que permean la ecohumanidad y dañan nuestra mentecuerpo. **PAPELES de relaciones ecosociales y cambio global**. [s. l.], n. 137, 2017, p. 29-56.

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

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; SILVA, M. O. S.; RAICHELIS, R. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010.

COLLIER, J. Big pharma and the UK government. **The Lancet**, [s. l.], n. 367, p. 97-98, 2006.

DIONES, G.; HARRINGTON, S. An introduction to insurance economics. In: HARRINGTON S. (Org.). **Foundations of Insurance Economics: readings in economics and finances**. Boston: Kluwer Academics Publishers, 1997.

FRANCO-GIRALDO, A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 95-107, 2014.

FRENCK, J. LONDOÑO, J. L. El costo de no reformar. **Cuestión Social**, [s. l.], n. 42, p. 24- 37, 1998.

IÑESTA, A.; OTEO, L. A. La industria farmacéutica y los sostenibilidad de los sistemas de salud en países desarrollados y América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], n. 16, v. 6, p. 2713-2724, 2011.

KATZ, J.; MIRANDA, E. Mercado de salud: Morfología, comportamiento y regulación. **Revista de la CEPAL**, [s. l.], n. 54, p. 7-21, 1994.

MENEU, R. Regulación y competencia en el sector farmacéutico. En: REPULLO, J. R., OTEO, L. A. (Orgs.). **Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible**. Barcelona: Editorial Ariel; 2005.

OLIVEIRA, R. G. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018.

PEIRÓ, S. Médicos e industria farmacéutica: para estar así, mejor casados. **Rev Calidad Asistencial**, [s. l.], n. 24, v. 2, p. 47-50, 2009.

PUIG-JUNOY, J.; TALAVERÓN, J. L. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos**. Madrid: Fundación Alternativas; 2004.

RESTREPO, J. H. **Introducción a la economía de la salud en Colombia**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008.

RODRÍGUEZ, M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 6, n. 15, p. 527-537, dez. 2001.

MEDICI, A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. In: SÁNCHEZ, H.; ZULETA, G. **La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud**. Washington: BID: Centro de Estudios, Salud y Futuro: 2000; p. 9-10.