

COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL AO MERCADO INTERNO

*Health industrial complex, development and
constitutional protection of the internal market*

Gilberto Bercovici*

RESUMO

O artigo analisa os múltiplos objetivos do Complexo Industrial da Saúde, sendo o principal, obviamente, produzir um nível de saúde aceitável para a maior parte da população, de acordo com o artigo 196 e seguintes da Constituição de 1988. O tema central do texto é o fato de que o Complexo Industrial da Saúde também é um dos principais geradores de conhecimento científico e de inovação tecnológica. Ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde não acarreta apenas melhoria no bem-estar social, mas também aumenta a capacidade produtiva da força de trabalho nacional, contribuindo para o desenvolvimento científico e tecnológico, para a redução das desigualdades sociais e para a superação do subdesenvolvimento. O incentivo ao Complexo Industrial da Saúde, portanto, é uma das principais medidas da política industrial do país, assegurando o cumprimento do programa constitucional de 1988 em seus múltiplos aspectos: o de garantia e ampliação do acesso à saúde (artigo 196), o de proteção e incentivo ao mercado interno (artigo 219) e o de buscar a superação do subdesenvolvimento (artigo 3º).

Palavras-chave: Complexo Industrial da Saúde; Desenvolvimento Tecnológico; Inovação Tecnológica; Mercado Interno; Política Industrial.

* Professor Titular de Direito Econômico e Economia Política, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo/SP – Brasil. E-mail: gilberto.bercovici@gmail.com

Artigo recebido em: 11/05/2013. Aprovado em: 07/06/2013.

ABSTRACT

The article examines the multiple goals of the health industrial complex, primarily aimed at providing an acceptable healthcare level to the most part of the population, in accordance with article 196 and following of the Brazilian Constitution of 1988. The core topic of the text deals with the fact the health industrial complex also performs as one of the foremost generators of scientific knowledge and technological innovation. Expanded access and improvement of health conditions not only give rise to social welfare, but also boosts the productive capacity of the domestic workforce, playing a crucial role to the scientific and technological development, reduction of social inequality and to overcoming underdevelopment. The incentives to the health industrial complex take a relevant part in the national industrial policy, ensuring the accomplishment of the 1988 constitutional program in its manifold aspects: guarantee and expansion of healthcare (article 196), protection and incentive of the internal market (article 219) and the fundamental objective of overcoming underdevelopment (3rd article).

Keywords: Health Industrial Complex; Industrial Policy; Internal Market; Technological Development; Technological Innovation.

I. O regime constitucional da saúde

A estruturação decisiva do sistema público de saúde no Brasil inicia-se com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Decreto nº 19.402),⁽¹⁾ no Governo Provisório de Getúlio Vargas.⁽²⁾ Durante a elaboração da Constituição de 1934, o que ocorre, fundamentalmente, é a constitucionalização das medidas tomadas pelo Governo Provisório. Ou seja, uma sistematização constitucional do que já havia sido regulado pelo Poder Executivo revolucionário.⁽³⁾ Nesse sentido,

¹ BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. "Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública". Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

² V. SCHWARTZMAN, Simon (Org.). *Estado-Novo, um auto-retrato (Arquivo Gustavo Capanema)*. Brasília-DF: Ed. da UnB, 1982. p. 379-418; HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce Chaves (Org.). *Repensando o Estado novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-77 e 81-93; HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado novo. In: Ângela Maria de Castro GOMES (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 173-193 e, especialmente, FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): atualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007 e LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 38-46.

³ Sobre este processo, vide BERCOVICI, Gilberto. Estado intervencionista e Constituição Social no Brasil: o silêncio ensurdecedor de um diálogo entre ausentes. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel; BINENBOJM, Gustavo (Orgs.). *Vinte anos da Constituição Federal de 1988*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 725-728

há no texto constitucional de 1934 a previsão expressa de direitos sociais, como o artigo 10, inciso II,⁽⁴⁾ que dava competência à União e aos Estados para cuidar da saúde e assistência públicas; o artigo 121, parágrafo 1º, alínea “h”,⁽⁵⁾ que definiu a assistência médica como um direito dos trabalhadores; e os artigos 138 (alíneas “f” e “g”)⁽⁶⁾ e 140,⁽⁷⁾ que previam, entre as políticas de assistência social, políticas de saúde e higiene sociais e o combate às grandes endemias.

A Carta de 1937 atribuiu à União a competência exclusiva para legislar sobre defesa e proteção da saúde (artigo 16, inciso XXVII),⁽⁸⁾ considerou matéria de competência concorrente entre a União e os Estados regular sobre obras de higiene popular e casas de saúde e clínicas (artigo 18, alínea “c”)⁽⁹⁾ e definiu a assistência médica como um direito dos trabalhadores (artigo 137, alínea “l”).⁽¹⁰⁾ O texto constitucional, no entanto, retrocedeu em termos de garantia formal dos direitos sociais, pois assegurava os direitos trabalhistas e previdenciários e o direito à educação, mas não mencionava expressamente o direito à saúde.

⁴ Art. 10: “Compete concorrentemente à União e aos Estados: II – cuidar da saúde e assistência públicas”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁵ Art. 121, §1º, “h”. “§1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador(...) h) assistência medica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934, cit.

⁶ Art. 138, “f” e “g”. “Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: f – adoptar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de hygiene (sic) social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g – cuidar da hygiene (sic) mental e incentivar a lueta (sic) contra os venenos sociaes (sic)”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934, cit.

⁷ Art. 140. “A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do paiz (sic), cabendo-lhe o custeio, a direção technica (sic) e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locaes (sic)”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934, cit.

⁸ Art. 16, XXVII. “Compete privativamente à União o poder de legislar sôbre (sic) as seguintes matérias: XXVII – normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao37.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁹ Art. 18, “c”. “Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre (sic) a matéria, para suprir-lhe as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta os regule, sobre (sic) os seguintes assuntos: c – assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937, cit.

¹⁰ Art. 137, “l”. “A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos: l) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937, cit.

Com a Constituição de 1946, a União tinha competência para organizar a defesa permanente contra os efeitos das endemias rurais (artigo 5º, inciso XIII)⁽¹¹⁾ e para legislar sobre defesa e proteção da saúde (artigo 5º, inciso XV, alínea "b")⁽¹²⁾. O direito dos trabalhadores à assistência médica foi preservado (artigo 157, inciso XIV)⁽¹³⁾. O texto constitucional manteve o retrocesso em relação à Constituição de 1934 e não previu expressamente o direito à saúde. No entanto, é sob a vigência da Constituição de 1946, durante o segundo governo de Getúlio Vargas, que será instituído autonomamente o Ministério da Saúde, por meio da Lei nº 1.920/53.⁽¹⁴⁾ Deve ser destacado, ainda, que o combate às grandes endemias rurais (as chamadas "doenças tropicais") ganhou importância a partir do final da década de 1940, motivando uma série de políticas nacionais⁽¹⁵⁾ e de cooperação internacional.

As cartas outorgadas pelos militares, em 1967 e 1969, vão manter um modelo bem similar ao do texto da Carta de 1937 e da Constituição de 1946 no tocante ao direito à saúde. A União tinha competência para estabelecer os planos nacionais de saúde (artigo 8º, inciso XIV da Carta de 1967,⁽¹⁶⁾ mantido sob a mesma numeração com a Carta de 1969) e para legislar sobre defesa e proteção da

¹¹ Art. 5º, XIII. "Compete à União: XIII – organizar defesa permanente contra os efeitos da sêca, das endemias rurais e das inundações". BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao46.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

¹² Artigo 5º, XV, "b". "Compete à União: XV – legislar sobre: b – normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário". (BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946, cit.). Esta competência legislativa, segundo o disposto no artigo 6º da Constituição, não excluía, neste caso, a legislação estadual supletiva ou complementar.

¹³ Art. 157, XIV. "A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores: XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica e higiênica preventiva, ao trabalhador e à gestante". BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946, cit.

¹⁴ BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. "Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências". Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=109070>>. Acesso em: 22 jul. 2013. Sobre as discussões que levaram à criação do Ministério da Saúde, vide HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-819, set./dez. 2003. Para a política de saúde no período de 1946 a 1964, vide, ainda, LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. op. cit., p. 46-55.

¹⁵ O principal exemplo é a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), no Ministério da Saúde, por meio da Lei nº 2.743, de 06 de março de 1956, unificando estruturas e esforços para organizar o combate às principais endemias do país. LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. op. cit., p. 50-53.

¹⁶ Art. 8º, XIV. "Compete à União: XIV – estabelecer planos nacionais de educação e de saúde". (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.). A redação do artigo 8º, XIV da Carta de 1969 é praticamente idêntica: "XIV – estabelecer e executar planos nacionais de educação e de saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento". BRASIL. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. "Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

saúde (artigo 8º, inciso XVII, alínea “c”,⁽¹⁷⁾ mantido com a mesma numeração pela Carta de 1969). O direito dos trabalhadores à assistência médica também foi preservado (artigo 158, inciso XV da Carta de 1967,⁽¹⁸⁾ renumerado para artigo 165, inciso XV da Carta de 1969). O texto constitucional de ambas as cartas garantiu o retrocesso em relação à Constituição de 1934 e não previu expressamente o direito à saúde.

O regime constitucional da saúde seria radicalmente alterado a partir da Constituição de 1988.⁽¹⁹⁾ O direito à saúde foi expressamente incorporado ao rol de direitos sociais (artigo 6º),⁽²⁰⁾ devendo estar em um sistema integrado de ações de iniciativa do Estado e da sociedade que assegure, conjuntamente ao direito à saúde, os direitos à previdência e à assistência social (artigo 194). Essa atuação conjunta, inclusive, justifica a determinação constitucional do artigo 199, ao dispor que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mesmo em se tratando de uma atividade cuja natureza jurídica é a de serviço público.⁽²¹⁾ Não por acaso, o artigo 196 da Constituição é explícito em assegurar, de maneira integral,⁽²²⁾ o direito à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

¹⁷ Art. 8º, XVII, “c”. “Compete à União: XV – legislar sobre: c – normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário”. (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967, cit.). A redação do artigo 8º, XVII, ‘c’ da Carta de 1969 é: “Compete à União: XV – legislar sobre: c – normas gerais sobre orçamento, despesa e gestão patrimonial e financeira de natureza pública; taxa judiciária, custas e emolumentos remuneratórios dos serviços forenses, de registros públicos e notariais; de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário”. BRASIL. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969, cit.

¹⁸ Art. 158, XV. “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos (sic) da lei, visem à melhoria de sua condição social: XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”. (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967, cit.). A redação do artigo 158, XV da Carta de 1969 é idêntica. BRASIL. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969, cit.

¹⁹ Para considerações sobre o fato de a Constituição de 1988 ser uma “constituição dirigente” e suas implicações específicas na área da saúde, vide TOJAL, Sebastião Botto de Barros. Constituição Dirigente de 1988 e o direito à saúde. In: MORAES, Alexandre de (Coord.). *Os 10 anos da Constituição Federal*. São Paulo: Atlas, 1999. p. 40-44.

²⁰ Art. 6º. “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

²¹ Sobre o regime dos serviços públicos cuja titularidade não é detida exclusivamente pelo Estado por determinação constitucional expressa, como a saúde, vide BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de direito administrativo*. 28. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2011. p. 695-697.

²² Sobre a concepção integral de saúde adotada pela Constituição de 1988, vide WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. pp. 119-125; SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional brasileira. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 35-38 e DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito constitucional à saúde. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito sanitário*, cit., p. 84-90.

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”⁽²³⁾

A estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS), composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, cujo objetivo é a garantia do acesso universal à saúde (artigos 198, 199 e 200), é uma inovação da Constituição de 1988,⁽²⁴⁾ fruto da luta e da mobilização de vários movimentos de defesa da saúde, particularmente as Conferências Nacionais de Saúde.⁽²⁵⁾ Todos os serviços e ações de saúde são constitucionalmente definidos como de relevância pública (artigo 197).⁽²⁶⁾ A importância da proteção à saúde na Constituição de 1988 é tanta que o constituinte franqueou a participação, de forma complementar, das instituições privadas no SUS, preferencialmente as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (artigo 199, parágrafo 1º).⁽²⁷⁾ A própria Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), em seu artigo 2º, parágrafo 2º é expressa nesse sentido: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.⁽²⁸⁾

A Constituição de 1988 incluiu a legislação sobre saúde entre as matérias de competência concorrente da União e demais entes da Federação (artigo 24, inciso XII).⁽²⁹⁾ Na repartição de competências materiais constitucionais entre União, Estados e Municípios, a saúde foi considerada uma competência comum

²³ A saúde não é apenas um direito, mas também é um dever fundamental. Sobre essa definição constitucional, vide SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. op. cit., p. 32-35. Para a concepção de deveres fundamentais, vide SCHMITT, Carl. *Verfassungslehre*. 8. ed. Berlin: Duncker & Humblot, 1993. p. 174-175; SCHMITT, Carl. *Die Grundrechte und Grundpflichten des deutschen Volkes*. In: ANSCHÜTZ, Gerhard; THOMA, Richard (Orgs.). *Handbuch des Deutschen Staatsrechts*. Reimpr. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), 1998. v. 2, p. 597; HOFMANN, Hasso. *Grundpflichten und Grundrechte*. In: ISENSEE, Josef; KIRCHHOF, Paul (Orgs.). *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*. 3. ed. Heidelberg: C. F. Müller Verlag, 2011. v. 9, p. 709-715 e 718-729; NABAIS, José Casalta. *O dever fundamental de pagar impostos: contributo para a compreensão constitucional do Estado fiscal contemporâneo*. Coimbra: Almedina, 2004. p. 41-181 e CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2004. p. 531-536.

²⁴ WEICHERT, Marlon Alberto. op. cit., p. 149-197; AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 339-373 e SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. op. cit., p. 41-46.

²⁵ Vide ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*, cit., p. 83-113.

²⁶ Art. 197. “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

²⁷ WEICHERT, Marlon Alberto. op. cit., p. 199-202.

²⁸ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

²⁹ Art. 24, XII. “Competência à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII – previdência social, proteção e defesa da saúde”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

(artigo 23, inciso II),⁽³⁰⁾ embora o texto constitucional também tenha reforçado a importância da atuação municipal no atendimento à saúde (artigo 30, inciso VII).⁽³¹⁾ O significado das competências comuns é o de que todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição, ou seja, nem a União, nem qualquer ente federado podem atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais. Isso significa também que as responsabilidades são comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las, pois o custo político recai sobre todas as esferas de governo. A cooperação parte do pressuposto da estreita interdependência que existe em inúmeras matérias e programas de interesse comum, o que dificulta (quando não impede) a sua atribuição exclusiva ou preponderante a um determinado ente, como é o caso das ações e serviços de saúde.⁽³²⁾ Na realidade, há dois momentos de decisão na cooperação. O primeiro se dá em nível federal, quando se determinam, conjuntamente, as medidas a serem adotadas, uniformizando-se a atuação de todos os poderes estatais competentes em determinada matéria. O segundo momento ocorre em nível estadual ou municipal, quando cada ente federado adapta a decisão tomada em conjunto às suas características e necessidades. Na cooperação, em geral, a decisão é conjunta, mas a execução se realiza de maneira separada, embora possa haver, também, uma atuação conjunta, especialmente no tocante ao financiamento das políticas públicas, como é o caso da saúde.⁽³³⁾

A importância dessa atuação conjunta da União com Estados, Distrito Federal e Municípios, na área da saúde, é tanta que, inclusive, um dos motivos que justificam a decretação de intervenção federal nos Estados, ou de intervenção estadual nos Municípios, é o de assegurar a aplicação do mínimo exigido da receita dos entes federados nas ações e serviços públicos de saúde (artigos 34, inciso VII, alínea “e” e 35, inciso III). Além disso, de acordo com o artigo 160, parágrafo único, inciso II do texto constitucional, a União pode, excepcionalmente, reter ou condicionar a entrega dos recursos constitucionalmente atribuídos aos Estados,

³⁰ Art. 23, II. “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

³¹ Art. 30, VII. “Compete aos Municípios: VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

³² ROVIRA, Enoch Alberti. *Federalismo y cooperación en la República Federal Alemana*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1986. p. 369-370, 373-374 e 487; DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 38-42 e 79-80; BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. São Paulo: Max Limonad, 2003. p. 149-156; WEICHERT, Marlon Alberto. op. cit., p. 138-139 e BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do Estado Federal brasileiro*. Porto Alegre: Livr. do Advogado Ed., 2004. p. 55-63.

³³ ROVIRA, Enoch Alberti. op. cit., p. 374-376. Vide também BRASILEIRO, Ana Maria. O federalismo cooperativo. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, São Paulo, n. 39, p. 125-126, jul. 1974 e ANASTOPOULOS, Jean. *Les aspects financiers du fédéralisme*. Paris: L.G.D.J., 1979. p. 114-115 e 224-227.

Distrito Federal e Municípios (e os Estados aos Municípios) ao cumprimento da aplicação de recursos e percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde, conforme determinado pelo artigo 198, parágrafo 2º, incisos II e III da Constituição de 1988.

II. Complexo Industrial da Saúde e desenvolvimento

A importância da saúde na construção da sociedade nacional sempre foi destacada pelos teóricos desenvolvimentistas. O ponto central da discussão sobre as relações entre saúde e desenvolvimento encontra-se na contraposição entre os que entendem ser a saúde (ou melhor, a falta de saúde) um obstáculo ou causa do processo de desenvolvimento e os que entendem ser a saúde (ou falta de saúde) uma consequência do desenvolvimento econômico e social. De qualquer modo, a garantia de melhores condições de saúde para a população tornou-se elemento central do discurso desenvolvimentista, buscando compreender as relações entre pobreza e doença e como promover a transformação socioeconômica efetiva do país.⁽³⁴⁾ Nesse sentido, serve como exemplo paradigmático a análise do Plano Trienal, de 1962, elaborado no governo do presidente João Goulart pela equipe do então ministro do Planejamento *Celso Furtado*:

Partindo da premissa de que a melhoria dos padrões de saúde resulta da elevação dos níveis econômicos, que se exprimem na renda *per capita*, o programa de saúde deverá integrar-se no esquema geral de desenvolvimento econômico-social, que objetiva o aumento da produção global e da disponibilidade de bens e serviços a serem consumidos pela população, incluindo-se os cuidados médico-sanitários. A melhoria das condições de saúde está, por consequência, condicionada à elevação da renda e sua mais equitativa distribuição, conjugando-se com a ascensão do nível de vida, de que a saúde é um componente.⁽³⁵⁾

Afinal, para a escola econômica da *Comisión Económica para América Latina* (CEPAL), da qual *Celso Furtado* foi um dos principais teóricos, as reformas estruturais são o aspecto essencial da política econômica dos países subdesenvolvidos, condição prévia e necessária da política de desenvolvimento. Coordenando as decisões pelo planejamento, o Estado deve atuar de forma muito ampla e intensa para modificar as estruturas socioeconômicas, bem como distribuir e descentralizar a renda, integrando, social e politicamente, a totalidade da população. Portanto, é necessária uma política deliberada de desenvolvimento, em que se garanta tanto o desenvolvimento econômico como o desenvolvimento social, dada a sua interdependência. Desse modo, o desenvolvimento só pode ocorrer com a transformação das estruturas sociais.

³⁴ LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. op. cit., p. 46-55.

³⁵ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social 1963-1965* (Síntese). Brasília-DF, 1962. p. 93.

O grande desafio da superação do subdesenvolvimento é a transformação das estruturas socioeconômicas e institucionais para satisfazer as necessidades da sociedade nacional,⁽³⁶⁾ dentre elas o acesso à saúde.

As políticas e ações de saúde fazem parte do processo de superação do subdesenvolvimento, explicita o artigo 3º da Lei nº 8.080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único – Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.⁽³⁷⁾

Essa preocupação da Lei Orgânica da Saúde, de incluir a saúde em um processo mais amplo, de superação do subdesenvolvimento, está plenamente de acordo com o que a Constituição de 1988 prevê, especialmente a partir da fixação dos objetivos da República no seu artigo 3º:

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I – construir uma sociedade livre, justa e solidária; II – garantir o desenvolvimento nacional; III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.⁽³⁸⁾

O artigo 3º da Constituição de 1988 é, na expressão de *Pablo Lucas Verdú*, a “cláusula transformadora” da Constituição.⁽³⁹⁾ A “cláusula transformadora”

³⁶ FURTADO, Celso. *Teoria e política do desenvolvimento econômico*. 10. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2000. p. 262-265, 280-281, 284-286 e 300-301; PREBISCH, Raúl. *Dinâmica do desenvolvimento Latino-Americano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1968. p. 20-22 e 28-31; PREBISCH, Raúl. El sistema económico y su transformación. In: GURRIERI, Adolfo (Org.). *La obra de Prebisch en la CEPAL*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982. v. 2, p. 441, 455 e 475; SUNKEL, Osvaldo; PAZ, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. 22. ed. México: Siglo Veintiuno, 1988. p. 39 e FURTADO, Celso. *Brasil: a construção interrompida*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 51-52 e 74-75. Sobre os obstáculos existentes no capitalismo dependente para a satisfação das necessidades das sociedades nacionais, vide SAMPAIO JR., Plínio de Arruda. *Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 89-96 e 203-206.

³⁷ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cit.

³⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, cit.

³⁹ MORTATI, Costantino. *Istituzioni di diritto pubblico*. 8. ed. Padova: CEDAM, 1969. v 2, p. 945-948; VERDÚ, Pablo Lucas. *Estimativa y política constitucionales (los valores y los principios rectores del ordenamiento constitucional español)*. Madrid: Sección de Publicaciones – Facultad de Derecho (Universidad Complutense de Madrid), 1984. p. 190-198 e JAVIER DÍAZ REVORIO, Francisco. *Valores superiores e interpretación constitucional*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1997. p. 186-199.

explicita o contraste entre a realidade social injusta e a necessidade de eliminá-la. Desse modo, impede que a Constituição considere realizado o que ainda está por se realizar, implicando na obrigação do Estado em promover a transformação da estrutura econômica e social. O dispositivo constitucional, assim, busca a igualdade material através da lei, vinculando o Estado a promover meios para garantir uma existência digna para todos. A eficácia jurídica do artigo 3º da Constituição não é incompatível com o fato de que, por seu conteúdo, a realização de seus preceitos tenha caráter progressivo e dinâmico e, de certo modo, sempre inacabado. Sua concretização não significa a imediata exigência de prestação estatal concreta, mas uma atitude positiva, constante e diligente do Estado. O artigo 3º da Constituição de 1988 está voltado para a transformação da realidade brasileira: é a “cláusula transformadora” que objetiva a superação do subdesenvolvimento.⁽⁴⁰⁾

Nesse sentido, a Constituição de 1988 (artigo 196), assim como a Lei Orgânica da Saúde, são expressas ao determinarem que o Estado brasileiro deve promover políticas econômicas e sociais para ampliar a garantia e o acesso à saúde a todos os cidadãos:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (grifos do autor).⁽⁴¹⁾

Uma das principais políticas econômicas que dizem respeito à saúde é a política industrial da saúde. A definição de política industrial, de acordo com *Wilson Suzigan* e *Annibal Villela*, pode ser fundada em dois grandes grupos de autores. Há os que defendem a visão da política industrial como uma política orientada para o mercado, cujo objetivo seria a correção de falhas de mercado ou aprimorar o seu funcionamento. Nesse caso, o papel do Estado seria mais limitado. E há aqueles que entendem a política industrial em uma perspectiva mais ampla, incluindo não apenas medidas específicas para a indústria, mas também medidas de política macroeconômica que afetam a competitividade industrial. A política industrial, nesse caso, é fruto de uma opção política pelo desenvolvimento industrial, implicando que a política

⁴⁰ Para uma análise mais detida sobre o artigo 3º da Constituição de 1988, vide BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*, cit., p. 291-302.

⁴¹ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cit. Art. 2º, §1º.

econômica seja voltada primordialmente para a expansão do setor industrial e do mercado interno.⁽⁴²⁾

As razões para a defesa de uma política industrial são várias. Geralmente, os motivos estratégicos (como manutenção do nível de emprego, proteção de setores vitais da economia ou ampliação da competitividade nacional) são os preponderantes. O que deve ser chamado à atenção é o fato de que, se, na política industrial clássica, se destacavam as chamadas indústrias pesadas (como siderurgia, bens de consumo durável etc.), na atualidade, os setores considerados estratégicos dizem respeito a eletrônicos, telecomunicações e biotecnologia, o que inclui o Complexo Industrial da Saúde. Como afirmam *Di Tommaso* e *Schweitzer*, a indústria é vista como um instrumento para atingir objetivos maiores, como, entre outros, garantir um melhor acesso à saúde.⁽⁴³⁾

O sistema nacional de saúde, portanto, pode também gerar benefícios para a economia como um todo, especialmente em termos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, possibilitando, ainda, a geração de produtos ou serviços exportáveis. Não por acaso, a própria Constituição de 1988, em seu artigo 200, inciso V, determina ser competência do SUS propiciar o desenvolvimento científico e tecnológico:⁽⁴⁴⁾ “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”.⁽⁴⁵⁾

É nesse contexto que se deve falar em um sistema sofisticado em que fornecedores, hospitais, seguradores e fabricantes estão interconectados, o Complexo

⁴² SUZIGAN, Wilson; VILLELA, Annibal V. *Industrial policy*. In: BRAZIL. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, 1997. p.15-30. Uma perspectiva mais restrita de política industrial pode ser encontrada em CHANG, Ha-Joon. *The political economy of industrial policy*, 2. ed. London; New York: Macmillan; St. Martin's Press, 1996. p. 58-79. Para a defesa do modelo abrangente de política industrial, vide JOHNSON, Chalmers. Introduction: the idea of industrial policy. In: JOHNSON, Chalmers (Org.). *The industrial policy debate*. San Francisco: Institute for Contemporary Studies, 1984. p. 7-9 e 11 e SUZIGAN, Wilson; VILLELA, Annibal V. *Elementos para discussão de uma política industrial para o Brasil*. Brasília-DF: IPEA, 1996. p. 5-8 e 18-52. (Texto para Discussão n. 421). Vide, ainda, VEELKEN, Winfried. *Normstrukturen der Industriepolitik*: Eine vergleichende Untersuchung nach deutschem und französischem Wirtschaftsrecht. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1991. p. 27-31.

⁴³ DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. Introduction: why apply industrial policy to health industry? In: DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. (Orgs.). *Health policy and high-tech industrial development: learning from innovation*. In: The health industry. Cheltenham; Northampton: Edward Elgar, 2005. p. 4-6. Para a importância cada vez maior da biotecnologia no processo de desenvolvimento, vide, por todos, SAMPATH, Padmashree Gehl. *Reconfiguring global health innovation*. London; New York: Routledge, 2011. p. 12 e OCTAVIANI, Alessandro. *Recursos genéticos e desenvolvimento*: os desafios furtadiano e gramsciano. São Paulo: Saraiva, 2013. No prelo.

⁴⁴ Sobre a necessidade cada vez maior de compreensão da pesquisa em saúde como um dos componentes estruturantes do SUS e a necessidade de fortalecimento das autoridades de saúde na política de desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil, vide GUIMARÃES, Reinaldo. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.), *Saúde e democracia*: história e perspectiva do SUS, cit., p. 248-256.

⁴⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

Industrial da Saúde, ou, na literatura estrangeira, um novo modelo de indústria da saúde (*Health Industry Model*):⁽⁴⁶⁾

The Health Industry Model views the health industry's outputs in the framework of a multi-product production function, in which health and others outputs are produced by health providers and health manufacturers. The Health Industry Model suggests that the health sector comprises a large number of interconnected industries that produce both health services and manufactured goods, including pharmaceuticals and diagnostic equipment.⁽⁴⁷⁾

Uma característica essencial do Complexo Industrial da Saúde é o fato de que ele tem múltiplos objetivos. O principal deles, obviamente, é produzir um nível de saúde aceitável para a maior parte da população. No entanto, o Complexo Industrial da Saúde também é um dos principais geradores de conhecimento científico e de inovação tecnológica. Ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde não acarreta apenas melhoria no bem-estar social, mas também aumenta a capacidade produtiva da força de trabalho nacional.⁽⁴⁸⁾

A estruturação do Complexo Industrial da Saúde parte do pressuposto de que uma demanda cada vez maior por bens e serviços de saúde significa uma oportunidade não apenas para a ampliação do acesso à saúde, mas também para o desenvolvimento do país.⁽⁴⁹⁾ O Complexo Industrial da Saúde é uma parte essencial do sistema nacional de inovação,⁽⁵⁰⁾ contribuindo para o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Boa parte das indústrias de saúde possui forte ligação com os núcleos de pesquisa científica no país. Os investimentos, públicos ou privados, em pesquisa geram efeitos positivos e inovações nos mais variados setores da indústria de saúde. Além disso, o Complexo Industrial da Saúde pode obter uma inserção considerável, a partir da sua expansão em

⁴⁶ DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. op. cit., p. 7-10 e SCHWEITZER, Stuart O.; DI TOMMASO, Marco R. The health industry model: new roles for the health industry. In: DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. (Orgs.). *Health policy and high-tech industrial development: learning from innovation*, cit., p. 25-34. Vide, ainda, SAMPATH, Padmashree Gehl. op. cit., p. 26-27 e 56-58.

⁴⁷ DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. op. cit., p. 7.

⁴⁸ Id. *Ibid.*, p. 10-11. Sobre os fins e objetivos da política industrial, vide VEELKEN, Winfried. op. cit., p. 31-35.

⁴⁹ Vide SCHWEITZER, Stuart O.; DI TOMMASO, Marco R. op. cit., p. 33-36.

⁵⁰ Para a definição e o debate em torno da concepção de "sistema nacional de inovação", vide NELSON, Richard R.; ROSENBERG, Nathan. Technical innovation and national systems. In: NELSON, Richard R. (Org.). *National innovation systems: a comparative analysis*. Oxford; New York: Oxford University Press, 1993. p. 3-20 e EDQUIST, Charles. Systems of innovation: perspectives and challenges. In: FAGERBERG, Jan; MOWERY, David C.; NELSON, Richard R. (Orgs.). *The Oxford handbook of innovation*. Reimpr. Oxford; New York: Oxford University Press, 2006. p. 181-205, especialmente p. 182-184. Especificamente em relação ao setor da saúde, vide a definição de "sistema de inovação de saúde" (health innovation system) em SAMPATH, Padmashree Gehl. op. cit., p. 41-43.

inovações, no mercado internacional, transformando uma indústria doméstica em um sustentável setor industrial exportador.⁽⁵¹⁾

Segundo o levantamento efetuado pelo Instituto de Estudos e Marketing Industrial (IEMI), a pedido da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo), em 2010, o setor produtor de equipamentos e materiais de consumo de uso médico, odontológico, hospitalar, laboratorial e radiológico no Brasil era constituído por 486 empresas, contando com considerável taxa de renovação (12,7% das empresas contam com menos de 10 anos de formação) e de crescimento (o setor cresceu 49,1% entre 1999 e 2010).⁽⁵²⁾ O setor é um grande gerador de empregos, pois o volume da mão de obra empregada cresceu 19,9% entre 1999 e 2010, tendo sido, só em 2010, o crescimento de 4,3%. Cerca de 96% dos trabalhadores são registrados, tratando-se de funcionários altamente especializados. O perfil da mão de obra empregada é de alta qualificação, em virtude da fabricação de produtos de alta tecnologia: 70% possuem ensino médio completo e 26% possuem nível superior, aproximadamente.⁽⁵³⁾

O Complexo Industrial da Saúde, inclusive, é reconhecido formalmente por meio do Decreto de 12 de maio de 2008, da Presidência da República, que criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), cuja tarefa é (artigo 1º):

...promover medidas e ações concretas visando à criação e implementação do marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde.⁽⁵⁴⁾

A principal preocupação do Gecis é o desenvolvimento das normas e atos jurídicos necessários para a concretização das estratégias e diretrizes da política industrial, da política de desenvolvimento científico e tecnológico e das políticas de saúde visando à viabilização do desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde. Para tanto, o Gecis deve ter como objetivos incentivar a inovação e o aumento da competitividade interna e externa do Complexo Industrial da Saúde; garantir a isonomia na regulação sanitária e medidas de apoio à qualidade da produção nacional; apoiar incentivos financeiros seletivos para áreas estratégicas em saúde e estimular o uso do poder de compra do SUS para favorecer

⁵¹ SCHWEITZER, Stuart O.; DI TOMMASO, Marco R. op. cit., p. 36-38 e SAMPATH, Padmashree Gehl. op. cit., p. 3-4, 13 e 17-20.

⁵² ABIMO/IEMI. *Estudo setorial da indústria de equipamentos odonto-médico hospitalar e laboratorial no Brasil*. São Paulo, maio 2011. p. 7 e 11.

⁵³ Id. *Ibid.*, p. 21-22.

⁵⁴ BRASIL. Decreto de 12 de maio de 2008. "Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - GECIS, e dá outras providências". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

a produção, a inovação e a competitividade no Complexo Industrial da Saúde, entre outros (artigo 3º do Decreto de 12 de maio de 2008).

O Gecis foi incorporado pelo *Plano Brasil Maior*, atual versão da política industrial brasileira, instituído pelo Decreto nº 7.540/11,⁽⁵⁵⁾ como Comitê Executivo do Complexo da Saúde, conforme as Resoluções GEPBM nºs 001 e 002/2011, de 28 de setembro de 2011. Além disso, o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde foi definido como estratégia prioritária pelo Ministério da Saúde, que criou, por meio da Portaria nº 506, de 21 de março de 2012,⁽⁵⁶⁾ o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis), com o objetivo de fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público, buscando fortalecer as parcerias para o desenvolvimento produtivo e apoiar o desenvolvimento tecnológico e a transferência de tecnologias estratégicas para o SUS.

O papel do Estado é, portanto, estratégico para o Complexo Industrial da Saúde. Apenas o Estado tem capacidade de antecipar a necessidade da produção de determinados produtos ou serviços e formular uma política buscando concretizar aqueles objetivos, particularmente no campo da saúde. A capacidade industrial e de inovação em saúde está vinculada diretamente à redução das desigualdades e das deficiências no setor da saúde no país. O Estado tem um papel essencial na busca de superação das limitações científicas e tecnológicas e na mobilização de recursos para o desenvolvimento tecnológico.⁽⁵⁷⁾ Nesse sentido, afirma *Padmashree Gehl Sampath*:

State actions manifest in the capability to identify market failures and opportunities, strategic choices that are made in the form of policies and the apparatus put in place to implement such policies. State's capacity to influence the technology choices of actors and sectors and its ability to enforce them through relevant organizations lies at the heart of building capacity in health innovation in latecomers countries.⁽⁵⁸⁾

⁵⁵ O "Plano Brasil Maior" busca integrar as ações governamentais de política industrial, tecnológica e de comércio exterior. Seus objetivos, de acordo com o artigo 1º, §1º do Decreto nº 7.540/2011 são acelerar o crescimento do investimento produtivo e o esforço tecnológico e de inovação das empresas nacionais, e aumentar a competitividade dos bens e serviços nacionais. BRASIL. Decreto nº 7.540, de 2 de agosto de 2011. "Institui o Plano Brasil Maior – PBM e cria o seu Sistema de Gestão". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁵⁶ BRASIL. Portaria nº 506, de 21 de março de 2012. "Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor". Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506_21_03_2012.html>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁵⁷ SAMPATH, Padmashree Gehl. op. cit., p. 59, 69-70 e 218-219.

⁵⁸ Id. *Ibid.*, p. 26.

III. O incentivo ao Complexo Industrial da Saúde e a proteção constitucional ao mercado interno

A prioridade para as políticas que incentivem o Complexo Industrial da Saúde está vinculada não apenas ao alto potencial de inovação e à contribuição do setor de saúde com o desenvolvimento tecnológico do país, mas também em virtude da necessidade de se promoverem o dinamismo e a proteção do mercado interno nacional. Há um mito recorrente no país de que a economia brasileira seria uma “economia fechada”.⁽⁵⁹⁾ Em relação a esse mito, *Reinaldo Gonçalves*, entre outros, demonstra que o Brasil tem um grau de internacionalização compatível, ou maior, com outras economias ditas “abertas”, como a norte-americana. Um dos aspectos centrais negligenciados nos que defendem a visão da “economia fechada” é a dimensão continental do país, o que evidencia o total despropósito de se comparar a economia brasileira com a de pequenos países europeus ou asiáticos. As economias continentais tendem a apresentar graus relativamente baixos de abertura comercial, dadas as suas dimensões, diversidade e potencial de produção interna. A comparação adequada deve ser feita em relação a economias do mesmo porte ou similares em dimensão, como as dos Estados Unidos, China, Índia, Rússia, Austrália etc. Para *Reinaldo Gonçalves*, boa parte da política protecionista brasileira foi gerada como reação a estrangulamentos provocados por choques externos e, conseqüentemente, falta de divisas. Além disso, a abertura do sistema financeiro (e a vulnerabilidade externa decorrente disso), a dependência tecnológica e a forte presença de empresas multinacionais no país também contribuem para contestar o argumento da “economia fechada”. O problema do Brasil, portanto, não é propriamente o grau, mas a natureza de sua inserção internacional.⁽⁶⁰⁾

A soberania econômica nacional, prevista formalmente no artigo 170, inciso I da Constituição de 1988,⁽⁶¹⁾ visa viabilizar a participação da sociedade brasileira, em condições de igualdade, no mercado internacional, como parte do objetivo maior de garantir o desenvolvimento nacional (artigo 3º, inciso II),⁽⁶²⁾ buscando a superação

⁵⁹ Para a defesa da concepção da economia brasileira como uma “economia fechada” antes da década de 1990, vide FRANCO, Gustavo H. B. A inserção externa e o desenvolvimento. In: _____. *O desafio brasileiro: ensaios sobre desenvolvimento, globalização e moeda*. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 58-60.

⁶⁰ Vide GONÇALVES, Reinaldo. *Ô abre-alas: a nova inserção do Brasil na economia mundial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 172-180.

⁶¹ Art. 170. I. “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: I - soberania nacional...”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

⁶² Art. 3º, II. “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: (...) II - garantir o desenvolvimento nacional...”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

do subdesenvolvimento.⁽⁶³⁾ No entanto, a concepção de soberania econômica não se limita ao dispositivo do artigo 170, inciso I do texto constitucional. Pelo contrário, ela está presente em vários outros dispositivos constitucionais, inclusive em outros capítulos que não o da ordem econômica, possibilitando uma análise sistemática do tema. Nesse sentido, são ilustrativas as palavras de *Celso Furtado*:

A luta contra a dependência começa em geral pela reivindicação do controle das próprias fontes de recursos não renováveis. Em seguida ela assume a forma de ocupação de posições que permitem controlar, ainda que parcialmente, o acesso ao mercado interno. Das vitórias alcançadas nessas duas frentes surge a massa crítica de recursos financeiros, que permite consolidar as posições ganhas e ampliar a frente de ação. A luta na frente tecnológica somente se torna viável quando foi assegurado o controle de importantes segmentos do mercado interno e reunida uma massa crítica de recursos financeiros.⁽⁶⁴⁾

A importância da proteção ao mercado interno torna-se evidente com a análise da política brasileira de industrialização, instituída a partir de 1930. O processo de industrialização por substituição de importações procurou industrializar aceleradamente a América Latina, em condições bem distintas das ocorridas nos países desenvolvidos, como resposta às restrições do comércio exterior iniciadas com a crise de 1929. O fundamento que justificaria, posteriormente, essa política é a concepção centro-periferia da Cepal. Para que os países periféricos pudessem adquirir um ritmo de crescimento da produção e da renda maior que o dos países centrais, tentando superar o subdesenvolvimento, seria necessário que se industrializassem. Essa industrialização seria característica das fases de “desenvolvimento para dentro” (*desarrollo hacia adentro*), devendo ser orientada por meio de uma política deliberada de desenvolvimento. O planejamento e o Estado desempenham um papel preponderante na industrialização por substituição de importações, bem como a proteção alfandegária do mercado interno.

Esse tipo de industrialização não busca, como pode parecer, eliminar todas as importações, substituindo produtos importados por produtos nacionais. Nem é seu objetivo diminuir a quantidade global de importações, pois, conforme a industrialização substitutiva avança, aumenta a demanda por outros tipos de

⁶³ BERCOVICI, Gilberto. Os princípios estruturantes e o papel do Estado. In: CARDOSO JR., José Celso (Org.). *A Constituição Brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social*. Brasília: IPEA, 2009. v. 1, p. 272-279 e BERCOVICI, Gilberto. *Direito econômico do petróleo e dos recursos minerais*. São Paulo: Quartier Latin, 2011. p. 208-237. Para *Detlev Dicke*, a soberania econômica também tem suas fontes nos documentos do direito internacional público, como o artigo 2º da Carta da ONU, a Resolução sobre a Soberania Permanente dos Estados sobre os Recursos Naturais e a Carta dos Direitos e Deveres Econômicos dos Estados. Vide DICKE, Detlev Christian. *Die Intervention mit wirtschaftlichen Mitteln im Völkerrecht: Zugleich ein Beitrag zu den Fragen der wirtschaftlichen Souveränität*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1978. p. 111-115.

⁶⁴ FURTADO, Celso. *Criatividade e dependência na civilização industrial*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. p. 160.

importações (equipamentos, maquinário etc.). A industrialização por substituição de importações é um processo de desenvolvimento interno que se manifesta com a ampliação e diversificação da capacidade produtiva industrial.⁽⁶⁵⁾

A industrialização brasileira significou a criação de um mercado nacional articulado.⁽⁶⁶⁾ A partir da crise de 1929, as barreiras ao comércio internacional deslocaram o centro dinâmico da economia brasileira do setor exportador para o mercado interno. Essa política teve apoio deliberado do Estado nacional para promover a integração do mercado nacional e beneficiar o processo de industrialização.⁽⁶⁷⁾ A expansão da industrialização tornou-se o setor dinâmico da economia nacional, mas é uma expansão restringida. Ainda não havia condições técnicas e financeiras para que se implantasse o núcleo fundamental da indústria de bens de produção, o que vai ser obtido com a atuação decisiva do Estado, nas décadas de 1940 e 1950. Só a partir da implementação do *Plano de Metas* (1956-1961), o processo de industrialização brasileira vai superar a fase restringida e passar à fase de industrialização pesada.⁽⁶⁸⁾

Também é como expressão da soberania econômica nacional e da pretensão de autonomia tecnológica, traduzindo em termos jurídicos a política de internalização dos centros de decisão econômica do país, que deve ser compreendido o artigo 219 da Constituição de 1988: “O mercado interno integra o patrimônio nacional e será incentivado de modo a viabilizar o desenvolvimento cultural e socioeconômico, o bem-estar da população e a autonomia tecnológica do País, nos termos de lei federal”.⁽⁶⁹⁾

Qual deve ser o significado pretendido pela Constituição de 1988 ao afirmar que o mercado interno integra o patrimônio nacional? Para tanto, é necessária uma análise mais detida sobre a concepção de patrimônio incorporada ao texto constitucional.

⁶⁵ PREBISCH, Raúl. El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. In: GURRIERI, Adolfo (Org.). *La obra de Prebisch en la CEPAL*, cit., v. 1, p. 143-154; TAVARES, Maria da Conceição. Auge e declínio do processo de substituição de importações no Brasil. In: _____. *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro: ensaios sobre a economia brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. p. 33-35 e 38-41 e RODRÍGUEZ, Octavio. *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL*. 8. ed. México: Siglo Veintiuno Ed., 1993. p. 39-40, 64-69 e 165-168. Vide também AVELÁS NUNES, Antônio José. *Industrialização e desenvolvimento: a economia política do modelo brasileiro de desenvolvimento*. São Paulo: Quartier Latin, 2005. p. 280-350.

⁶⁶ FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. 24. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1991. p. 236-237 e IANNI, Octavio. *Estado e capitalismo*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1989. p. 67-68.

⁶⁷ Sobre a crise de 1929 e a política de recuperação econômica por meio da defesa do setor cafeeiro, levada a cabo a partir da Revolução de 1930, vide a análise clássica de FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*, cit., capítulo XXXI, pp. 186-194.

⁶⁸ LESSA, Carlos. *Quinze anos de política econômica*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 86-89 e MELLO, João Manuel Cardoso de. *O capitalismo tardio*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. p. 109-122. Sobre o declínio do modelo de industrialização por substituição de importações até então bem-sucedido, vide especialmente TAVARES, Maria da Conceição. op. cit., p. 115-124.

⁶⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

O conceito de patrimônio, tal como elaborado primeiramente pela doutrina civilista, difere amplamente das concepções jurídicas e políticas do patrimônio desenvolvidas no âmbito do direito público. No plano do direito civil, as teorias sobre o patrimônio gravitam em torno da noção de universalidade, que, na síntese apresentada pelo civilista francês *Robert Gary*,⁽⁷⁰⁾ se expressa, desde os romanistas, em duas variações: as universalidades de fato, que consistem em agrupamentos coerentes de bens, e as universalidades de direito, que instituem uma vinculação entre bens e obrigações.

A universalidade de fato, na síntese de *Gary*,⁽⁷¹⁾ compõe-se de quatro elementos. Em primeiro lugar, refere-se a um conjunto de bens autônomos e distintos entre si, corpóreos ou incorpóreos, que são considerados menos em sua singularidade material que em sua valoração pecuniária, concluindo-se que o que importa é a expressão econômica da universalidade e não a identidade dos bens que a constituem. Em contrapartida, o que caracteriza seu segundo elemento, a universalidade não modifica a natureza de cada bem individualmente considerado; a qualquer tempo, podem ser separados do conjunto para ser objeto de atos ou negócios jurídicos distintos. Em terceiro lugar, a coerência e a coesão da universalidade de fato repousam na destinação comum desses bens, em regra, de natureza econômica. E, em último lugar, se observa que a universalidade de fato reúne apenas elementos ativos, quais sejam, os bens, afastando-se da concepção de universalidade a inclusão de obrigação de qualquer espécie. Já a universalidade de direito⁽⁷²⁾, embora também se refira a um conjunto de bens autônomos e distintos capazes de conservar sua singularidade, igualmente avaliados de maneira abstrata e econômica, inclui, não obstante, as obrigações jurídicas. A universalidade de direito caracteriza-se justamente por essa correlação de elementos ativos e passivos.

Na doutrina civilista francesa, *Aubry e Rau*⁽⁷³⁾ foram os principais representantes da concepção patrimonial fundada na universalidade de direito, e que permanece até hoje, apesar das constantes críticas, como ponto de partida fundamental para a compreensão civil de patrimônio. No direito civil alemão, adota-se igualmente a concepção de universalidade de direito para conceituar o patrimônio. Como bem observa *Karl Larenz*,⁽⁷⁴⁾ não há conceito legal de patrimônio dado pelo código civil alemão (BGB), embora o próprio código e outras leis importantes lhe façam menção. Daí a necessidade de a doutrina lhe traçar as características fundamentais, o que faz o autor ao consolidar a compreensão de que o

⁷⁰ GARY, Robert. *Essai sur les notions d'Universalité de Fait et d'Universalité de Droit dans leur État Actuel*. Bordeaux, 1931. p. 5.

⁷¹ Id. *Ibid.*, p.314-318.

⁷² Id. *Ibid.*, p. 318 e ss.

⁷³ AUBRY, Charles; RAU, Frédéric Charles. *Cours de droit civil français d'après la Méthode de Zachariae*. 5. ed. Paris: Marchal et Godde, 1917. §§ 573-581.

⁷⁴ LARENZ, Karl. *Allgemeiner Teil des bürgerlichen Rechts*. 9. ed. München: C. H. Beck, 2004. p. 378-392.

patrimônio consiste no conjunto correlacionado de direitos e obrigações de uma pessoa, expressos em seu valor econômico.

No âmbito do direito público, *Léon Duguit*⁽⁷⁵⁾ foi o autor que, com maior ênfase, advertiu para a impropriedade de o direito público assimilar as concepções civilistas sobre o patrimônio. Para o autor, a noção civilista bipartite de patrimônio vincula-se diretamente ao conceito de personalidade jurídica, que, à parte de sua aplicação problemática no próprio direito privado, seria inaplicável às coletividades. A noção de patrimônio deveria ser fundada na ideia de afetação, de certa quantidade de riquezas, a uma finalidade. Ou seja, o patrimônio do Estado estaria estreitamente vinculado à ideia de finalidade.⁽⁷⁶⁾ Nesse sentido, o direito objetivo reconheceria e protegeria todos os atos conformes a essa finalidade vinculante, e que, ao mesmo tempo, definiria o que fosse o patrimônio. Em contrapartida, isso implicaria na atribuição aos agentes públicos de uma competência adequada para afetar o patrimônio estatal.⁽⁷⁷⁾

Na doutrina administrativista recente, o afastamento da concepção patrimonial civil está plenamente consolidada. Nos termos de *Caroline Chamard*,⁽⁷⁸⁾ o patrimônio tornou-se mesmo “uma noção administrativa”. No caso do direito ambiental, exemplifica a autora, o patrimônio está inclusive dissociado da noção de propriedade. Trata-se momentaneamente de considerar elementos que parecem essenciais e que devem ser transmitidos intactos para as gerações futuras, abordagem esta que também se verifica no âmbito biológico, cultural, paisagístico, arquitetônico, tanto para o meio rural quanto para o urbano.

No direito público francês, a noção de “patrimônio comum da nação” fez-se presente a partir da década de 1980, primeiramente em leis urbanísticas. Esse conceito “reúne coisas que erigem um interesse coletivo e que não são propriedade de alguém singularizado. É o produto da história, e que os homens devem conservar para transmitir a seus sucessores”.⁽⁷⁹⁾

Entre nós, em que pese a polissemia do termo “patrimônio”, também se pode dizer do desenvolvimento de um conceito público constitucional distinto daquele usualmente proposto pelos civilistas, que, como visto, depende de noções como personalidade jurídica e propriedade. Observa *Florian de Azevedo Marques Neto* que a Constituição de 1988 utiliza o termo patrimônio tanto para designar o conjunto de riquezas (bens e receitas) submetido à propriedade dos entes estatais, quanto para se referir a uma parcela de objetos passível de valoração que não pertence a ninguém individualmente,

⁷⁵ DUGUIT, Léon. *Traité de droit constitutionnel*. 3. ed. Paris: Boccard, 1930. v. 3, p. 320-344.

⁷⁶ Id. *Ibid.*, p. 333.

⁷⁷ Id. *Ibid.*, p. 338-339.

⁷⁸ CHAMARD, Caroline. *La distinction des biens publics et des biens privés: contribution à la notion de biens publics*. Paris, Dalloz, 2004. p. 544-560.

⁷⁹ Id. *Ibid.*, p. 557.

nem aos agentes econômicos privados, nem propriamente ao Estado.⁽⁸⁰⁾ A concepção constitucional de patrimônio nacional, portanto, reúne todos os elementos materiais ou imateriais que possuem valor à coletividade, independentemente de sua titularidade.

O artigo 219 fundamenta, segundo *Eros Grau*, a intervenção estatal no domínio econômico. O mercado interno não é sinônimo de economia de mercado, como pretendem alguns. A sua inclusão no texto constitucional, como parte integrante do patrimônio nacional, significa a valorização do mercado interno como centro dinâmico do desenvolvimento brasileiro, inclusive no sentido de garantir melhores condições sociais de vida para a população e a autonomia tecnológica do país. Este artigo reforça a necessidade de autonomia dos centros decisórios sobre a política econômica nacional, complementando os artigos 3º, inciso II, e 170, inciso I, da Constituição de 1988. O fato de o mercado interno integrar o patrimônio nacional, como destaca *Alessandro Octaviani*, significa que ele se encontra subordinado ao poder de controle do titular daquele patrimônio, que é a Nação brasileira. O Estado nacional brasileiro, portanto, deve determinar o direcionamento das atividades que compõem o mercado interno no sentido positivado no texto constitucional, ou seja, da viabilização da homogeneização social e da internalização dos centros de decisão econômica.⁽⁸¹⁾

Portanto, o disposto no artigo 219⁽⁸²⁾ da Constituição de 1988 tem sua inspiração teórica na concepção de “desenvolvimento endógeno” elaborada por *Celso Furtado*:

Para desenvolver-se é necessário individualizar-se concomitantemente. Em outras palavras, a individualização não é simples consequência do desenvolvimento. É fator autônomo. Atribui-se, assim, grande importância à autonomia na capacidade de decisão, sem a qual não pode haver uma autêntica política de desenvolvimento. A sincronia entre os verdadeiros interesses do desenvolvimento e as decisões tem como pré-requisito a superação da economia “reflexa”, isto é, exige a individualização do sistema econômico. Essa ideologia transformou a conquista dos centros de decisão em objetivo fundamental. E, como o principal centro de decisões é o Estado, atribui a este papel básico na consecução do desenvolvimento.⁽⁸³⁾

⁸⁰ MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. *Bens públicos: função social e exploração econômica – o regime jurídico das utilidades públicas*. Belo Horizonte: Fórum, 2009. p. 59.

⁸¹ GRAU, Eros Roberto. *A Ordem Econômica na Constituição de 1988 (interpretação e crítica)*. 12. ed. São Paulo, Malheiros Ed., 2007. p. 254-255 e 273 e OCTAVIANI, Alessandro. O ordenamento da inovação: a economia política da forma Jurídica. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Promovendo Respostas Estratégicas à Globalização. Rio de Janeiro, nov. 2009. p. 11-13. Mimeo.

⁸² Art. 219. “O mercado interno integra o patrimônio nacional e será incentivado de modo a viabilizar o desenvolvimento cultural e socioeconômico, o bem-estar da população e a autonomia tecnológica do País, nos termos de lei federal”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

⁸³ FURTADO, Celso. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto; Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2009. p. 216.

Segundo *Furtado*, os fins do desenvolvimento devem ser fixados pela própria sociedade nacional, como faz o texto constitucional de 1988. No entanto, a vontade política para orientar e favorecer as transformações econômicas e sociais é indispensável para impulsionar e conduzir o processo de desenvolvimento endógeno. Um dos objetivos desse processo é a homogeneização social, com a garantia da apropriação do excedente econômico pela maior parte da população. O desenvolvimento endógeno exige também a internalização dos centros de decisão econômica, a dinamização e a integração do mercado interno, com grande ênfase para o desenvolvimento tecnológico, como dispõe o artigo 219.⁽⁸⁴⁾

A internalização dos centros de decisão econômica, política prevista em vários dispositivos do texto constitucional de 1988, como o artigo 219, tem por objetivo, entre outros, reduzir a vulnerabilidade externa do país, visando assegurar uma política nacional de desenvolvimento. A vulnerabilidade externa, segundo *Reinaldo Gonçalves*, pode ser traduzida na baixa capacidade de o país resistir à influência de fatores desestabilizadores ou choques externos. É um conceito complementar ao de soberania econômica nacional, pois diz respeito diretamente à capacidade de decisão de política econômica de forma autônoma. A expansão do mercado interno é entendida pela Constituição, particularmente pela leitura conjunta dos seus artigos 3º, inciso II, 170, inciso I, e 219, como a principal estratégia de dinamismo econômico. O processo de desenvolvimento econômico deve ser liderado, assim, pela demanda interna do país, não apenas pelas exportações, ampliando as relações comerciais e objetivando a instituição de uma sociedade de consumo de massas.⁽⁸⁵⁾

A importância do setor da saúde para o mercado interno é tanta que, inclusive, aproximadamente 92% das empresas são constituídas por capital nacional.

⁸⁴ FURTADO, Celso. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento*, cit., p. 213-216; Id. *Brasil: a construção interrompida*, cit., p. 11, 28, 32-35 e 85; Id. *O capitalismo global*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. p. 22-23 e 43-45 e Id. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. p. 41-43. Sobre a concepção de desenvolvimento endógeno de *Celso Furtado*, vide BIELSCHOWSKY, Ricardo. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1995. p. 133-147; SACHS, Ignacy. Um projeto para o Brasil: a construção do mercado nacional como motor do desenvolvimento. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; REGO, José Marcio (Orgs.). *A grande esperança em Celso Furtado: ensaios em homenagem aos seus 80 anos*. São Paulo: Ed. 34, 2001. p. 46-47; PAULANI, Leda Maria. A utopia da nação: esperança e desalento. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; REGO, José Marcio (Orgs.). *A grande esperança em Celso Furtado: ensaios em homenagem aos seus 80 anos*, cit., p. 143-147 e RODRÍGUEZ, Octavio. *O estruturalismo Latino-Americano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. p. 435-441. Vide, ainda, HIRSCHMAN, Albert O. Ideologies of economic development. In: Latin America. In: _____. *A bias for hope: essays on development and Latin America*. New Haven; London: Yale University Press, 1971. p. 303-304 e Vide GURRIERI, Adolfo. Vigencia del Estado planificador en la crisis actual. *Revista de la CEPAL*, n. 31, p. 201-217, abr. 1987.

⁸⁵ Autores como *Reinaldo Gonçalves* denominam essas políticas de "inserção soberana". Vide GONÇALVES, Reinaldo. Ô abre-alas: a nova inserção do Brasil na economia mundial, cit., p. 180-184 e 187-197. Vide, ainda, Id. *Globalização e desnacionalização*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 35-40 e 181-185 e GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. Capital nacional e capital estrangeiro. *Estudos Avançados*, São Paulo, n. 39, p. 145-159, 2000.

Além disso, em 2010, 76% do volume foram produzidos em fábricas próprias no Brasil, sendo que apenas 7,2% foram importados das matrizes das empresas de capital estrangeiro ou misto. Apesar do esforço do setor e o crescimento das exportações nos últimos anos, a balança comercial do ramo ainda é fortemente deficitária. Em 2010, as exportações alcançaram US\$ 633 milhões (0,3% de nossa pauta de exportações) e as importações somaram aproximadamente US\$ 3,67 bilhões (2% do total de importações). Tal fato demonstra a importância do setor na composição da balança de pagamentos do país e a sua expressiva dependência ao mercado externo.⁽⁸⁶⁾

Nesse contexto de proteção ao mercado interno, vários países buscam melhorar a eficiência e a competitividade do seu Complexo Industrial da Saúde. Essas políticas variam do financiamento e melhoria nas políticas públicas de saúde à criação de incentivos pró-mercado para encorajar um melhor desenvolvimento e mais geração de inovações no Complexo Industrial da Saúde. As vantagens destes incentivos já foram mencionadas, vão da ampliação ao acesso à saúde ao fornecimento de produtos e serviços mais elaborados e sofisticados, passando pelo investimento mais elevado em pesquisa e inovação tecnológica. O mercado interno é beneficiado, assim como há a possibilidade de estruturação de um setor industrial exportador avançado e competitivo, além dos efeitos de geração de empregos e de maior capacitação científico-tecnológica da mão de obra do país.⁽⁸⁷⁾ De acordo com *Di Tommaso e Schweitzer*:

Understanding the multi-objective role of the health industry explains, in part, why policy decisions affecting the size of the health Industry are often so contentious. There is a conflict between those who see the health Industry as responsible only for producing an acceptable level of health (at minimum cost) and those who see broader benefits of a dynamic, scientifically sophisticated health Industry. The perception of broader benefits from the health Industry justifies increased government investment to address market failure concerns and other objectives of a country's health industry.⁽⁸⁸⁾

O apoio estatal aos setores integrantes do Complexo Industrial da Saúde é, inclusive, um dever constitucional, conforme determina o artigo 200, inciso I, da Constituição de 1988:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.⁽⁸⁹⁾

⁸⁶ ABIMO/IEMI. *Estudo setorial da indústria de equipamentos odonto-médico hospitalar e laboratorial no Brasil*, cit., p. 7-8, 14 e 16-18.

⁸⁷ Vide, ainda, SCHWEITZER, Stuart O.; DI TOMMASO, Marco R. op. cit., p. 38-39 e SAMPATH, Padmashree Gehl. op. cit., p. 56-58 e 219-222.

⁸⁸ DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. op. cit., p. 10-11.

⁸⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

Como foi evidenciado anteriormente, a Constituição de 1988 (especialmente o artigo 196), assim como a Lei Orgânica da Saúde, são expressas ao determinarem que o Estado brasileiro deve promover políticas econômicas e sociais para ampliar a garantia e o acesso à saúde a todos os cidadãos. Dentre as medidas de política econômica que podem ser empregadas na promoção e ampliação do acesso à saúde estão a política fiscal e a política tributária, ou seja, a adoção, como parte da política econômica, de uma série de medidas de natureza orçamentária (manipulação das despesas públicas) ou tributária (política de arrecadação de receitas), além das medidas de política monetária (manipulação do custo e da quantidade de moeda posta à disposição dos agentes econômicos, política de juros, de crédito etc.).⁽⁹⁰⁾

Dentre os vários instrumentos possíveis de política econômica que viabilizem o apoio estatal ao Complexo Industrial da Saúde, destaca-se a utilização de institutos do direito tributário para fins extrafiscais,⁽⁹¹⁾ como a imunidade tributária. A imunidade tributária sobre patrimônio, renda ou serviços relacionados às finalidades essenciais de partidos políticos (inclusive suas fundações), entidades sindicais dos trabalhadores e instituições de educação e de assistência social sem fins lucrativos (artigos 150, inciso VI, alínea “c”, e 150, parágrafo 4º da Constituição de 1988)⁽⁹²⁾ não é novidade no sistema constitucional brasileiro. A sua previsão já havia sido incorporada no texto constitucional de 1946 (artigo 31, inciso V, alínea “b”),⁽⁹³⁾ bem como no texto das Cartas de 1967 (artigo 20,

⁹⁰ TEULON, Frédéric. *L'État et la politique économique*. Paris: PUF, 1998. p. 134-135 e 164-169.

⁹¹ A tese da “neutralidade” dos tributos, ou seja, de que os tributos só devem perseguir fins meramente fiscais está fundada na ideologia liberal, da não intervenção estatal. O papel dos tributos é entendido hoje como instrumental. A preocupação não é a da utilização de um tributo com fins extrafiscais, mas se o seu emprego é ou não adequado ao fim extrafiscal que se pretende atingir. Vide NEUMARK, Fritz. *Principios y clases de gestión financiera y presupuestaria*. In: _____. *Problemas economicos y financieros del Estado intervencionista*. Madrid: Editorial de Derecho Financiero, 1964. p. 160-162 e 178-191. Para uma análise geral sobre a utilização do direito tributário como instrumento de política industrial, vide VEELKEN, Winfried. *op. cit.*, p. 82-87.

⁹² Ar. 150, VI, “c”. “Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: VI – instituir impostos sobre: c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei”. Art.150, §4º. “As vedações expressas no inciso VI, alíneas “b” e “c”, compreendem somente o patrimônio, a renda e os serviços, relacionados com as finalidades essenciais das entidades nelas mencionadas”. A regulamentação do texto constitucional é feita por meio dos artigos 9º, IV, ‘c’ e 14 do Código Tributário Nacional (Lei Nº 5.172, de 25 de outubro de 1966), recepcionado pela Constituição de 1988. Devo destacar, ainda, o artigo 195, § 7º da Constituição de 1988, que amplia esta imunidade tributária: “São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit.

⁹³ Art. 31, V, “c”. “À União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios é vedado: V – lançar imposto sobre: b) templos de qualquer culto, bens e serviços de partidos políticos, instituições de educação e de assistência social, desde que as suas rendas sejam aplicadas integralmente no país para os respectivos fins”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946, cit.

inciso III, alínea “c”⁽⁹⁴⁾ e de 1969 (artigo 19, inciso III, alínea “c”⁽⁹⁵⁾). A justificativa dessa imunidade pode ser depreendida das palavras de *Aliomar Baleeiro*:

A imunidade, para alcançar os efeitos da preservação, proteção e estímulo, inspiradores do constituinte, pelo fato de serem os fins das instituições beneficiadas também atribuições, interesses e deveres do Estado, deve abranger os impostos que, por seus efeitos econômicos, segundo as circunstâncias, desfalcariam o patrimônio, diminuiriam a eficácia dos serviços ou a integral aplicação das rendas aos objetivos específicos daquelas entidades presumidamente desinteressadas, por sua própria natureza.⁽⁹⁶⁾

Além disso, a imunidade tributária está condicionada aos “requisitos da lei”. Um destes requisitos, destacado por *Aliomar Baleeiro*, é o de que as rendas das instituições beneficiadas devem ser aplicadas para os respectivos fins integralmente no país, como determina o artigo 14, inciso II, do Código Tributário Nacional.⁽⁹⁷⁾ Instituições de assistência social são as que prestam as atividades previstas nos artigos 194 e 203 da Constituição de 1988 e na Lei nº 8.742/93.⁽⁹⁸⁾ Os fins destas instituições, tais como educação, saúde, cultura e assistência social, devem ser realizados no país e suas rendas devem ser aplicadas no país para a persecução destes fins, constitucionalmente relevantes, o que justifica a imunidade.⁽⁹⁹⁾ A Constituição, inclusive, no tocante à saúde, proíbe expressamente a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (artigo 199, parágrafo 2º), que também não são beneficiadas pela imunidade tributária dos artigos 150, inciso VI, alínea “c”, e 195, parágrafo 7º.

Como antes afirmado, a finalidade é o elemento essencial para a ocorrência da imunidade tributária, ou não. A questão trazida aqui à análise trata da implementação de mecanismos para a fiscalização e controle de materiais e equipamentos de saúde importados, visando evitar que a imunidade tributária

⁹⁴ Art. 20, III, “c”. “É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: III – criar impôsto sôbre: c) o patrimônio, a renda ou os serviços de partidos políticos e de instituições de educação ou de assistência social, observados os requisitos fixados em lei”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967, cit.

⁹⁵ O texto do dispositivo é praticamente o mesmo da Carta de 1967, tendo sido apenas renumerado.

⁹⁶ BALEIRO, Aliomar. *Limitações constitucionais ao poder de tributar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1974. p. 184. No mesmo sentido, vide TORRES, Ricardo Lobo. *Os direitos humanos e a tributação: imunidades e isonomia*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995. p. 226-227.

⁹⁷ Art.14, II. “O disposto na alínea ‘c’ do inciso IV do artigo 9º é subordinado à observância dos seguintes requisitos pelas entidades nele referidas: II - aplicarem integralmente, no País, os seus recursos na manutenção dos seus objetivos institucionais”. BRASIL. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. “Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5172.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁹⁸ BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. “Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁹⁹ BALEIRO, Aliomar. op. cit., p. 184 e 187-188 e TORRES, Ricardo Lobo. op. cit., p. 223-244.

constitucional seja utilizada como disfarce para práticas fraudulentas que visam ao não pagamento dos tributos devidos e ao ganho de vantagens competitivas ilícitas que prejudicam a concorrência entre os agentes econômicos atuantes no Complexo Industrial da Saúde no mercado interno brasileiro. A distorção ocorre justamente pelo pagamento de tributos nas operações de produtos e equipamentos médicos e de saúde nacionais (equivalentes aos importados), o que onera demasiadamente o seu custo. Com essa diferença nos custos, as instituições beneficiadas com a imunidade tributária constitucional, sem fins lucrativos, buscam reduzir os seus custos, dando preferência às compras internacionais. Dessa forma, subverte-se todo o sistema constitucional de proteção à saúde, os fundamentos da imunidade tributária e a vinculação do setor da saúde à política de superação do subdesenvolvimento pela via da proteção e fortalecimento do mercado interno.

A cobrança de tributos das entidades de assistência social que adquirem bens e mercadorias para uso em suas atividades no mercado interno gera graves prejuízos à indústria nacional, particularmente ao Complexo Industrial da Saúde. É necessária, portanto, a adoção de políticas que possam corrigir essas distorções de tratamento entre os produtos importados e os produtos nacionais em relação à imunidade tributária das entidades de assistência social sem fins lucrativos. Essas políticas são ainda mais relevantes em virtude de as ações e serviços de saúde, como já afirmado, serem constitucionalmente considerados de relevância pública (artigo 197 da Constituição). Ou seja, mesmo quando prestados diretamente pela iniciativa privada, conforme autoriza o artigo 199, *caput* da Constituição, os serviços e ações de saúde não podem estar submetidos às regras do livre mercado. O Estado deve exigir determinados parâmetros e determinada qualidade na prestação daquela atividade, dada sua importância para a coletividade. O próprio artigo 197 atribui ao Estado o poder de regulamentar, fiscalizar e controlar a execução de todos os serviços e ações de saúde.⁽¹⁰⁰⁾

A atuação estatal pode, inclusive, lançar mão de vários instrumentos, como subvenções, controle de preços, financiamento público, abertura de linhas de crédito específicas,⁽¹⁰¹⁾ entre outras medidas. Por exemplo, caso seja fundada na proteção constitucional ao mercado interno, pode ser adotada alguma medida que implique maior controle sobre as operações de comércio exterior do Brasil. A promoção da defesa da indústria brasileira, inclusive, é uma das competências da Secretaria de Comércio Exterior (Secex), conforme estabelece o artigo 15, inciso XIII, da *Estrutura Regimental do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior* (Anexo I do Decreto nº 7.096, de 4 de fevereiro de 2010): “À Secretaria de Comércio Exterior compete: XIII – articular-se com outros órgãos governamentais, entidades e organismos nacionais e internacionais para promover a defesa da indústria brasileira”.

¹⁰⁰ WEICHERT, Marlon Alberto. op. cit., p. 127-135 e SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. op. cit., p. 54-55.

¹⁰¹ VEELKEN, Winfried. op. cit., p. 44-71, 75-82 e 87-96.

O papel do capital estrangeiro no setor da saúde também pode ser controlado por parte do Estado. No entanto, um eventual controle do capital estrangeiro no setor da saúde, como determina o próprio artigo 172 da Constituição,⁽¹⁰²⁾ só pode ser feita por lei em sentido formal. A legislação brasileira atual é uma legislação que pode ser classificada, segundo *Dominique Carreau* e *Patrick Juillard*,⁽¹⁰³⁾ como de controle, ou seja, respeita a igualdade entre o capital nacional e o capital estrangeiro, buscando um tratamento equilibrado e com determinados controles previstos em lei. A Lei nº 4.131, de 3 de setembro de 1962, garante, em seu artigo 2º,⁽¹⁰⁴⁾ que o capital estrangeiro investido no Brasil terá tratamento jurídico idêntico ao do capital nacional, em igualdade de condições, vedadas quaisquer outras discriminações, salvo as previstas em lei.⁽¹⁰⁵⁾

No caso da saúde, ainda há, além do artigo 172 da Constituição, outra determinação constitucional reforçando a visão aqui explicitada, de possibilidade de instauração de maiores controles sobre o capital estrangeiro, o artigo 199, parágrafo 3º: “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”.

Na realidade, a instituição desses controles visa não afugentar investimentos estrangeiros, mas impedir que a imunidade tributária constitucional para as entidades sem fins lucrativos que prestam assistência social não seja utilizada para o ganho de vantagens competitivas ilícitas que prejudicam a concorrência entre os agentes econômicos atuantes no setor industrial da saúde no mercado interno brasileiro, privilegiando os produtos importados em detrimento dos fabricantes nacionais.

¹⁰² Art. 172. “A lei disciplinará, com base no interesse nacional, os investimentos de capital estrangeiro, incentivará os reinvestimentos e regulará a remessa de lucros”. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cit. Sobre as possibilidades e limites do controle estatal do capital estrangeiro, BERCOVICI, Gilberto. Soberania econômica e regime jurídico do capital estrangeiro no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais*, Belo Horizonte, n. 17, p. 95-100, jan./mar. 2011 e, especialmente, VEELKEN, Winfried. op. cit., p. 104-111.

¹⁰³ CARREAU, Dominique; JUILLARD, Patrick. *Droit international économique*. 2. ed. Paris: Dalloz, 2005. p. 461-465.

¹⁰⁴ Art. 2º. “Ao capital estrangeiro que se investir no País, será dispensado tratamento jurídico idêntico ao concedido ao capital nacional em igualdade de condições, sendo vedadas quaisquer discriminações não previstas na presente lei”. BRASIL. Lei nº 4.131, de 3 de setembro de 1962. “Disciplina a aplicação do capital estrangeiro e as remessas de valores para o exterior e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4131-Compilada.htm>. Acesso em: 22 jul. 2013.

¹⁰⁵ Neste sentido, podem ser úteis as palavras de um dos principais especialistas do tema, *Herculano Borges da Fonseca*: “Quis o legislador, na lei sobre capitais estrangeiros, que estes gozassem de tôdas as garantias e que não sofressem outras discriminações senão as previstas na Lei Nº 4.131. Essa qualificação é muito útil e evita que, em virtude de Decretos, Instruções ou Portarias, se pretenda acrescentar restrições outras, que possam perturbar os investimentos estrangeiros e criar um clima menos favorável para aqueles que confiem no País e para êle tragam seus bens e capitais” in FONSECA, Herculano Borges da. *Regime jurídico do capital estrangeiro (comentários à Lei nº 4.131, de 3 de Setembro de 1962, e regulamentos em vigor)*. Rio de Janeiro: Ed. Letras e Artes, 1963. p. 67. (grifos do autor).

Outra medida crucial para o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde é a política de compras do Estado. A recente aprovação da *Lei do Poder de Compra Nacional* (Lei nº 12.349),⁽¹⁰⁶⁾ ao alterar dispositivos da Lei nº 8.666,⁽¹⁰⁷⁾ que dispõe a respeito das normas gerais sobre licitações e contratos da Administração Pública, reforça a política industrial, consolida a proteção à empresa nacional e amplia os incentivos à inovação por parte do setor privado. Com a Lei nº 12.349/10, o Poder Público pode, em determinadas condições, dar preferência à aquisição de bens ou serviços de empresas brasileiras que desenvolvem tecnologia, contribuindo, assim, com o processo de inovação da economia nacional. O objetivo dessa legislação é justamente mobilizar o poder de compra governamental para a aquisição de produtos e serviços nacionais, instituindo margem de preferência de até 25% nos processos de licitação e focando em setores estratégicos, como o da saúde.⁽¹⁰⁸⁾

Um dos instrumentos criados recentemente para dar sustentação à política industrial e de inovação na área da saúde é a *Parceria para o Desenvolvimento Produtivo* (PDP), cujas diretrizes e critérios foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da edição da Portaria nº 837.⁽¹⁰⁹⁾ A PDP é uma parceria firmada entre instituições públicas e entes privados com os objetivos de obter acesso a tecnologias prioritárias, reduzir a vulnerabilidade do SUS a longo prazo, e racionalizar e reduzir preços de produtos estratégicos para a saúde, sempre com o comprometimento expresso de internalização do desenvolvimento de novas tecnologias estratégicas e de alto valor agregado (artigo 2º da Portaria MS nº 837/12). Com a PDP, busca-se a racionalização do poder de compra do Estado, diminuindo custos de aquisição e viabilizando a produção de novos produtos e tecnologias no país, ampliando a inovação e o acesso à saúde da população. Ou seja, a vantagem da PDP é o desenvolvimento tecnológico conjunto; não se trata, portanto, de viabilização de investimentos privados por meio da terceirização com pagamento por serviços. A PDP permite, ainda, a negociação da redução progressiva dos preços dos produtos e serviços, desenvolvendo inovações tecnológicas e substituindo importações.

¹⁰⁶ BRASIL. Lei nº 12.349, de 15 de dezembro de 2010. "Altera as Leis nos 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.958, de 20 de dezembro de 1994, e 10.973, de 2 de dezembro de 2004; e revoga o § 1º do art. 2º da Lei nº 11.273, de 6 de fevereiro de 2006". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12349.htm>. Acesso em: 05 ago. 2013.

¹⁰⁷ BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. "Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666compilado.htm>. Acesso em: 05 ago. 2013.

¹⁰⁸ Vide BARBOSA, Denis Borges (Org.). *Direito da inovação: comentários à Lei Federal de inovação, incentivos fiscais à inovação, legislação estadual e local, poder de compra do Estado (modificações à Lei de Licitações)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 197-236 e 250-267.

¹⁰⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012. "Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)". Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0837_18_04_2012.html>. Acesso em: 05 ago. 2013.

Com essa nova legislação e atuando no sentido de implementar adequadamente as políticas necessárias, o Estado brasileiro tem plenas condições de assumir efetivamente o papel de motor da inovação tecnológica no país. Para tanto, o Estado precisa utilizar também a política de compras públicas como um fator determinante no incentivo à inovação e ao mercado interno como centro dinâmico do processo de desenvolvimento.⁽¹¹⁰⁾ O incentivo ao Complexo Industrial da Saúde, portanto, é uma das principais medidas da política industrial do país, assegurando o cumprimento do programa constitucional de 1988 em seus múltiplos aspectos: o de garantia e ampliação do acesso à saúde (artigo 196), o de proteção e incentivo ao mercado interno (artigo 219) e o de buscar a superação do subdesenvolvimento (artigo 3º).

Referências

ABIMO/IEMI. *Estudo setorial da indústria de equipamentos odonto-médico hospitalar e laboratorial no Brasil*. São Paulo, maio 2011.

AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ANASTOPOULOS, Jean. *Les aspects financiers du fédéralisme*. Paris: L.G.D.J., 1979.

AUBRY, Charles; RAU, Frédéric Charles. *Cours de droit civil français d'après la Méthode de Zachariae*. 5. ed. Paris: Marchal et Godde, 1917.

AVELÃS NUNES, António José. *Industrialização e desenvolvimento: a economia política do modelo brasileiro de desenvolvimento*. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BALEEIRO, Aliomar. *Limitações constitucionais ao poder de tributar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1974.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de direito administrativo*. 28. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2011.

BARBOSA, Denis Borges (Org.). *Direito da inovação: comentários à Lei Federal de inovação, incentivos fiscais à inovação, legislação estadual e local, poder de compra do Estado (modificações à Lei de Licitações)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. São Paulo: Max Limonad, 2003.

¹¹⁰ Sobre os desafios da reestruturação da política industrial brasileira na atualidade, rebatendo também os defensores do futuro do Brasil como sendo o grande fornecedor de alimentos e produtos primários para a economia mundial, vide CASTRO, Antônio Barros de. From semi-stagnation to growth in a sino-centric market. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 9-27, jan./mar. 2008 e Id. No espelho da China. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser (Org.). *Doença holandesa e indústria*, Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010. p. 333-338.

BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do Estado Federal brasileiro*. Porto Alegre: Livr. do Advogado Ed., 2004.

_____. *Direito econômico do petróleo e dos recursos minerais*. São Paulo: Quartier Latin, 2011.

_____. Estado intervencionista e Constituição Social no Brasil: o silêncio ensurdecedor de um diálogo entre ausentes. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel; BINENBOJM, Gustavo (Orgs.). *Vinte anos da Constituição Federal de 1988*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 725-738.

_____. Os princípios estruturantes e o papel do Estado. In: CARDOSO JR., José Celso (Org.). *A Constituição Brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social*. Brasília: IPEA, 2009. v. 1, p. 255-291.

_____. Soberania econômica e regime jurídico do capital estrangeiro no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais*, Belo Horizonte, n. 17, p. 95-100, jan./mar. 2011.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1995.

BRASILEIRO, Ana Maria. O federalismo cooperativo. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, São Paulo, n. 39, p. 83-128, jul. 1974.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2004.

CARREAU, Dominique; JUILLARD, Patrick. *Droit international économique*. 2. ed. Paris: Dalloz, 2005.

CASTRO, Antônio Barros de. No espelho da China. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser (Org.). *Doença holandesa e indústria*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010. p. 319-339.

_____. From semi-stagnation to growth in a sino-centric market. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-27, jan./mar. 2008.

CHAMARD, Caroline. *La distinction des biens publics et des biens privés: contribution à la notion de biens publics*. Paris, Dalloz, 2004.

CHANG, Ha-Joon. *The political economy of industrial policy*. 2. ed. London; New York: Macmillan; St. Martin's Press, 1996.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito constitucional à saúde. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 80-98.

_____. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. Introduction: why apply industrial policy to health industry? In: DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. (Orgs.). *Health policy and high-tech industrial development: learning from innovation*. In: the health industry. Cheltenham; Northampton: Edward Elgar, 2005. p. 3-16.

DICKE, Detlev Christian. *Die Intervention mit wirtschaftlichen Mitteln im Völkerrecht: Zugleich ein Beitrag zu den Fragen der wirtschaftlichen Souveränität*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1978.

DUGUIT, Léon. *Traité de droit constitutionnel*. 3. ed. Paris: Boccard, 1930. 5 v.

EDQUIST, Charles. Systems of innovation: perspectives and challenges. In: FAGERBERG, Jan; MOWERY, David C.; NELSON, Richard R. (Orgs.). *The Oxford handbook of innovation*. Reimpr. Oxford; New York: Oxford University Press, 2006. p. 181-208.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 83-119.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): atualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

FONSECA, Herculano Borges da. *Regime jurídico do capital estrangeiro (comentários à Lei nº 4.131, de 3 de Setembro de 1962, e regulamentos em vigor)*. Rio de Janeiro: Ed. Letras e Artes, 1963.

FRANCO, Gustavo H. B. A inserção externa e o desenvolvimento. In: _____. *O desafio brasileiro: ensaios sobre desenvolvimento, globalização e moeda*. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 27-66.

FURTADO, Celso. *Brasil: a construção interrompida*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. *O capitalismo global*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. *Criatividade e dependência na civilização industrial*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

_____. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto; Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2009.

_____. *Formação econômica do Brasil*. 24. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1991.

FURTADO, Celso. *Teoria e política do desenvolvimento econômico*. 10. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2000.

GARY, Robert. *Essai sur les notions d'Universalité de Fait et d'Universalité de Droit dans leur État Actuel*. Bordeaux, 1931.

GONÇALVES, Reinaldo. *Globalização e desnacionalização*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. *Ô abre-alas: a nova inserção do Brasil na economia mundial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

GRAU, Eros Roberto. *A Ordem Econômica na Constituição de 1988 (interpretação e crítica)*. 12. ed. São Paulo, Malheiros Ed., 2007.

GUIMARÃES, Reinaldo. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 235-256.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. Capital nacional e capital estrangeiro. *Estudos Avançados*, São Paulo, n. 39, p. 143-160, 2000.

GURRIERI, Adolfo. Vigencia del Estado planificador en la crisis actual. *Revista de la CEPAL*, n. 31, p. 201-217, abr. 1987.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003.

HIRSCHMAN, Albert O. Ideologies of economic development. In: Latin America. In: _____. *A bias for hope: essays on development and Latin America*. New Haven; London: Yale University Press, 1971. p. 270-311.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado novo. In: Ângela Maria de Castro GOMES (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 173-193.

_____; _____. O que há de novo? políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce Chaves (Org.). *Repensando o Estado novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

HOFMANN, Hasso. Grundpflichten und Grundrechte. In: ISENSEE, Josef; KIRCHHOF, Paul (Orgs.). *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*. 3. ed. Heidelberg: C. F. Müller Verlag, 2011. v. 9, p. 699-730.

IANNI, Octavio. *Estado e capitalismo*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1989.

JAVIER DÍAZ REVORIO, Francisco. *Valores superiores e interpretación constitucional*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1997.

JOHNSON, Chalmers. Introduction: the idea of industrial policy. In: JOHNSON, Chalmers (Org.). *The industrial policy debate*. San Francisco: Institute for Contemporary Studies, 1984. p. 3-26.

LARENZ, Karl. *Allgemeiner Teil des bürgerlichen Rechts*. 9. ed. München: C. H. Beck, 2004.

LESSA, Carlos. *Quinze anos de política econômica*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 27-58.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. *Bens públicos: função social e exploração econômica – o regime jurídico das utilidades públicas*. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

MELLO, João Manuel Cardoso de. *O capitalismo tardio*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MORTATI, Costantino. *Istituzioni di diritto pubblico*. 8. ed. Padova: CEDAM, 1969. 2 v.

NABAIS, José Casalta. *O dever fundamental de pagar impostos: contributo para a compreensão constitucional do Estado fiscal contemporâneo*. Coimbra: Almedina, 2004.

NELSON, Richard R.; ROSENBERG, Nathan. Technical innovation and national systems. In: NELSON, Richard R. (Org.). *National innovation systems: a comparative analysis*. Oxford; New York: Oxford University Press, 1993. p. 3-21.

NEUMARK, Fritz. Principios y clases de gestión financiera y presupuestaria. In: _____. *Problemas economicos y financieros del Estado intervencionista*. Madrid: Editorial de Derecho Financiero, 1964. p. 151-250.

OCTAVIANI, Alessandro. O ordenamento da inovação: a economia política da forma Jurídica. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Promovendo Respostas Estratégicas à Globalização. Rio de Janeiro, nov. 2009. 47 p. Mimeo.

_____. *Recursos genéticos e desenvolvimento: os desafios furtadiano e gramsciano*. São Paulo: Saraiva, 2013. No prelo.

PAULANI, Leda Maria. A utopia da nação: esperança e desalento. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; REGO, José Marcio (Orgs.). *A grande esperança em Celso Furtado: ensaios em homenagem aos seus 80 anos*. São Paulo: Ed. 34, 2001. p. 139-156.

PREBISCH, Raúl. El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. In: GURRIERI, Adolfo (Org.). *La obra de Prebisch en la CEPAL*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982. v. 1, p. 99-155.

_____. *Dinâmica do desenvolvimento Latino-Americano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1968.

_____. El sistema económico y su transformación. In: GURRIERI, Adolfo (Org.). *La obra de Prebisch en la CEPAL*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982. v. 2, p. 441-482.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social 1963-1965 (Síntese)*. Brasília-DF, 1962.

RODRÍGUEZ, Octavio. *O estruturalismo Latino-Americano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

_____. *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL*. 8. ed. México: Siglo Veintiuno Ed., 1993.

ROVIRA, Enoch Alberti. *Federalismo y cooperación en la Republica Federal Alemana*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1986.

SACHS, Ignacy. Um projeto para o Brasil: a construção do mercado nacional como motor do desenvolvimento. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; REGO, José Marcio (Orgs.). *A grande esperança em Celso Furtado: ensaios em homenagem aos seus 80 anos*. São Paulo: Ed. 34, 2001. p. 45-52.

SAMPAIO JR., Plínio de Arruda. *Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SAMPATH, Padmashree Gehl. *Reconfiguring global health innovation*. London; New York: Routledge, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional brasileira. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 27-69.

SCHMITT, Carl. Die Grundrechte und Grundpflichten des deutschen Volkes. In: ANSCHÜTZ, Gerhard; THOMA, Richard (Orgs.). *Handbuch des Deutschen Staatsrechts. Reimpr.* Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), 1998. v. 2, p. 572-606.

_____. *Verfassungslehre*. 8. ed. Berlin: Duncker & Humblot, 1993.

SCHWARTZMAN, Simon (Org.). *Estado-Novo, um auto-retrato (Arquivo Gustavo Capanema)*. Brasília-DF: Ed. da UnB, 1982.

SCHWEITZER, Stuart O.; DI TOMMASO, Marco R. The health industry model: new roles for the health industry. In: DI TOMMASO, Marco R.; SCHWEITZER, Stuart O. (Orgs.). *Health policy and high-tech industrial development: learning from innovation*. In: the health industry. Cheltenham; Northampton: Edward Elgar, 2005. p. 17-41.

SUNKEL, Osvaldo; PAZ, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. 22. ed. México: Siglo Veintiuno, 1988.

SUZIGAN, Wilson; VILLELA, Annibal V. *Elementos para discussão de uma política industrial para o Brasil*. Brasília-DF: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n. 421).

_____; _____. *Industrial policy*. In: BRAZIL. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, 1997.

TAVARES, Maria da Conceição. Auge e declínio do processo de substituição de importações no Brasil. In: _____. *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro: ensaios sobre a economia brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. p. 27-124.

TEULON, Frédéric. *L'État et la politique économique*. Paris: PUF, 1998.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. Constituição Dirigente de 1988 e o direito à saúde. In: MORAES, Alexandre de (Coord.). *Os 10 anos da Constituição Federal*. São Paulo: Atlas, 1999. p. 33-44.

TORRES, Ricardo Lobo. *Os direitos humanos e a tributação: imunidades e isonomia*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995.

VEELKEN, Winfried. *Normstrukturen der Industriepolitik: Eine vergleichende Untersuchung nach deutschem und französischem Wirtschaftsrecht*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1991.

VERDÚ, Pablo Lucas. *Estimativa y política constitucionales (los valores y los principios rectores del ordenamiento constitucional español)*. Madrid: Sección de Publicaciones – Facultad de Derecho (Universidad Complutense de Madrid), 1984.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.