

Laís Silveira Costa^ICarlos Augusto Grabois
Gadella^{I,II,III}Taís Raiher Borges^{IV}Paula Burd^IJosé Maldonado^{I,III}Marco Vargas^{I,V}

A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde

The innovative dynamics for the restructuring of the health services

RESUMO

Desafios postos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas e pela necessidade de redução dos custos têm exigido a reestruturação dos serviços de saúde. Nesse processo, as inovações em saúde aparecem como importantes protagonistas, uma vez que as tecnologias podem desempenhar papel fundamental tanto no que tange à expansão do acesso quanto à adequação do sistema às necessidades da população. Entretanto, a geração de inovação em saúde não se pauta exclusivamente por demandas e condicionantes sanitários; ao contrário, frequentemente reflete uma trajetória de desenvolvimento e pode ser cativa de interesses de grupos restritos da sociedade. Essas questões precisam ser consideradas tanto na análise da complexidade das dimensões da saúde quanto na investigação da potencialidade e dos desafios para o estabelecimento de uma dinâmica inovativa virtuosa para a reestruturação dos serviços em saúde.

DESCRITORES: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, organização & administração. Serviços Técnicos Hospitalares. Política de Inovação e Desenvolvimento. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Challenges posed by demographic and epidemiological changes and by the need to reduce costs have required the restructuring of the health services. Health innovations play a major role in this process, as technologies are fundamental both to expand the access and to adapt the system to the population's needs. However, the generation of health innovation is not based solely on sanitary demands and conditioning factors; on the contrary, it often reflects a trajectory of development and the interests of restricted groups in society. These issues need to be taken into consideration both in the analysis of the complexity of the health dimensions and in the investigation of the potential and challenges for the establishment of a virtuous innovative dynamics for the restructuring of the health services.

DESCRIPTORS: Health Services Needs and Demand, organization & administration. Ancillary Services, Hospital. Innovation and Development Policy. Equity in Health.

^I Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{III} Mestrado Profissional em Política e Gestão de CT&I em Saúde. ENSP-Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Instituto Pereira Passos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^V Departamento de Economia. Faculdade de Economia. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Laís Silveira Costa
Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos
Pav. Carlos Augusto da Silva - 2º andar
21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: laiscosta@fiocruz.br

Recebido 16/2/2012

Aprovado: 23/9/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

A dinâmica dos segmentos produtivos da saúde implica uma relação de interdependência entre determinados setores industriais e a prestação de serviços, caracterizando o que atualmente é conhecido como Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).^{3,7}

O subsistema de serviços em saúde é aquele que exerce a função de consumidor e demandante dos produtos dos demais segmentos do Complexo, dinamizando a relação entre os diversos subsistemas e revelando o caráter sistêmico do CEIS. Sua importância é ainda enfatizada por seu papel no Sistema Nacional de Inovação em Saúde, uma vez que influencia e é influenciado pelas inovações dos equipamentos médicos, produtos farmacêuticos e demais insumos voltados para a atenção à saúde.

Desse modo, além do quadro sanitário e da estrutura de oferta de cuidados de saúde, questões tradicionalmente associadas à dinâmica desse subsistema e outros elementos ligados aos sistemas de saúde influenciam sobremaneira a dinâmica dos serviços de saúde. Entre estes, destacam-se as indústrias de seu complexo produtivo, as novas tecnologias e a geração de inovação, fator essencial para a competitividade na sociedade contemporânea do aprendizado.

A inovação é tratada neste artigo como uma descoberta, desenvolvimento ou imitação que leve à adoção de novos produtos, processos produtivos ou sistemas organizacionais.^{5,9} Essa análise busca investigar a potencialidade de determinados tipos de inovações na reestruturação dos serviços de saúde de acordo com as necessidades coletivas. Quanto às inovações mais tradicionalmente abordadas na literatura (novos medicamentos, aparelhos, fármacos, e outros), limita-se a apontar que a fragilidade dessa base produtiva nacional representa ameaça à autonomia do sistema nacional de saúde e a problematizar a assimetria dos interesses que envolvem tais dinâmicas inovativas.

A análise da complexidade das dimensões da saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital^{20,21} aponta a existência de uma institucionalidade público-privado que envolve os interesses dinamizados pelos serviços de saúde, suscitando o uso da abordagem da economia política nessa análise.

Partindo de um olhar sistêmico das dimensões sociais e econômicas da saúde, observa-se que o dinamismo econômico dos serviços de saúde, seu potencial de articular inovação e sua relação direta com o bem-estar social o situam em uma agenda de intenso protagonismo na arena política. De forma análoga, considera-se que condições mais gerais atinentes ao estágio e modelo de desenvolvimento da sociedade influenciam o processo

de saúde-doença e adicionalmente afetam a capacidade de se mitigarem os desafios que hoje fragilizam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Determinadas inovações tecnológicas e organizacionais em saúde podem trazer benefícios significativos para a reestruturação dos serviços de saúde nacionais. No entanto, seu desenvolvimento é obstaculizado, tanto por características mais gerais do padrão de desenvolvimento nacional quanto pela baixa capacidade de inovação da base produtiva de saúde no Brasil. Considerando esses fatores, o objetivo deste artigo foi adensar a reflexão sobre a dinâmica inovativa da reestruturação dos serviços de saúde.

A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A expansão dos direitos sociais no Brasil, com a Constituição de 1988, teve como consequência a crescente oferta à população de uma gama de serviços de saúde, a qual tem sido variável prioritária na agenda governamental. Essa estratégia do Estado, de ampliação e consolidação do sistema de saúde brasileiro, representa uma importante conquista, como pode ser observado pela evolução expressiva dos serviços oferecidos à população usuária do SUS. De 2003 a 2009, a produção de serviços ambulatoriais elevou-se em 62% em número de atendimentos, chegando a 3,2 bilhões de procedimentos. Ademais, foram realizadas 486 milhões de consultas médicas em 2009. Pode-se notar também a abrangência dos programas governamentais ao se observar que o Programa Saúde Família situou-se em 95% dos municípios brasileiros em 2011, atendendo mais de 100 milhões de pessoas.

No entanto, a atenção aos princípios constitucionais do SUS apresenta grandes desafios, essencialmente na arena política.¹⁷ Tanto no Brasil quanto no mundo, a transição demográfica e o aumento da longevidade têm explicitado a necessidade de reformar os sistemas de saúde para atender às necessidades dos usuários e controlar os gastos decorrentes da prestação dos serviços de saúde.

No caso brasileiro, essa necessidade é majorada pela estratégia governamental de ampliação da oferta dos serviços sociais. A situação agrava-se diante do fato de o setor saúde já se encontrar subfinanciado, em especial no que tange à parcela de origem pública. No Brasil, país em que 76% da população depende exclusivamente do SUS, a participação pública nos gastos sanitários (em torno de 46%)¹¹ mostra-se incompatível com o estabelecimento de relações de equidade e integralidade almeçadas.⁴ Nos países desenvolvidos com sistema universal, esse indicador representa mais de 70% do

gasto total em saúde^{11,a} e não há no mundo nenhum sistema universal em que o financiamento público esteja abaixo desse patamar.

Configura-se no País, portanto, uma situação em que o pacto político-social constitucional que define o sistema universal coabita com uma estrutura de dispêndio limitado, obstaculizando a reestruturação da rede de serviços conforme as necessidades da população,⁴ entre outras coisas.

Essa questão é agravada ao se observarem as características epidemiológicas da população, que estão cada vez mais marcadas pela incidência de doenças crônicas e mentais e outros determinantes de doenças vinculados a padrões específicos de morbimortalidade (violência, obesidade, tabagismo, urbanização acelerada, para citar os principais). Essas alterações nas características de saúde-doença brasileiras²⁵ são significativas e impactam o perfil das demandas por cuidados de saúde.¹⁵

Tais questões, aliadas ao aumento da expectativa de vida, explicitam a necessidade de reestruturação do sistema que organiza os serviços de saúde para que esse consiga atender às novas demandas. Dados revelam que a população brasileira acima de 60 anos deve dobrar até 2030, chegando a aproximadamente 35 milhões de idosos. Apesar de alvissareiro, o envelhecimento da população exerce impacto sobre o formato de atenção do sistema de saúde e pressiona sobremaneira os gastos em decorrência do aumento na intensidade no uso dos serviços.

A necessidade de tornar mais racional tanto a distribuição dos recursos mobilizados pelos sistemas de saúde quanto a estrutura de serviços ofertados leva a um movimento de reconfiguração dos modelos de atenção no bojo dos sistemas de saúde.

Os custos dos serviços hospitalares, que consomem de 45% a 75% dos recursos dos sistemas de saúde, têm levado vários países a buscar reduzir esses gastos com estratégias que envolvem: uso intensivo de hospital/dia; introdução de tecnologias minimamente invasivas; melhoria da qualidade da atenção primária à saúde visando à redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; introdução das tecnologias de gestão da clínica nos hospitais; melhoria da atenção domiciliar; aprimoramento do sistema de altas hospitalares; melhor coordenação entre as ações de saúde e assistência social; e utilização de tecnologias de revisão de uso.⁶

Essas estratégias, por sua vez, expressam uma concepção que valoriza a ideia de redes de atenção à saúde, por ocorrerem em três espaços correlacionados: na atenção primária, nos cuidados especializados secundários e na atenção hospitalar.⁶

Tanto no Brasil quanto em diversos países do mundo, o movimento de reconfiguração dos modelos de atenção norteia-se: pela integração das redes de saúde; pela revisão do papel dos hospitais, que devem ser voltados para tratamentos mais intensivos de cura; pelo incremento dos cuidados extra-hospitalares (atendimentos de média densidade tecnológica, *home care*, entre outros); e pela valorização da atenção primária, passando-se pela organização da rede de urgência e emergência.

O formato ideal de um sistema de atenção integrado e custo-efetivo sugere a necessidade de definir uma porta de entrada nos serviços de menor densidade tecnológica ofertados em postos de saúde, em clínicas especializadas ou em ambulatorios. Nesse modelo, os hospitais (integrados a uma rede diversificada de serviços) voltam-se para casos que demandam cuidados intensivos.¹¹

A redistribuição e a integração do sistema conformam-se mediante a readequação interna do espaço físico, novas formas de prestação de cuidados, além de novos formatos e ferramentas gerenciais. Na busca pela expansão do acesso aos serviços, concomitantemente à racionalização dos custos e à adequação às novas condições e processos de saúde-doença, os sistemas de saúde têm recorrido aos avanços científicos e tecnológicos e à incorporação da tecnologia da informação.

Ressalta-se, desse modo, a importância das inovações organizacionais e tecnológicas na configuração de novos formatos de atenção, a exemplo de novas tecnologias organizacionais, telemedicina, diagnósticos remotos, hospitais-dia, realização de procedimentos de maior densidade tecnológica em estruturas ambulatoriais, entre outros. Sob esse aspecto, a inovação apresenta-se como variável-chave para a reestruturação dos serviços de saúde.

AS INOVAÇÕES COMO PILAR DA REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A adaptação dos modelos de atenção à saúde altera a oferta e demanda dos serviços de saúde, a qual se tem tentado equacionar por meio do desenvolvimento de novas tecnologias organizacionais ou de produtos. A ideia é tornar disponíveis serviços especializados outrora indisponíveis e racionalizar o uso dos recursos do Sistema.

Em conjunto, essas inovações organizacionais (gerenciais e de processos) e a intensificação do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) têm propiciado alterações da infraestrutura física instalada no País e acesso aos profissionais de saúde no território brasileiro,^{4,11} ainda que de modo incipiente no Brasil até o momento.

^a World Health Organization. Data and statistics: reducing child mortality to achieve MDG 4. 2011 [citado 2011 out 20]. Disponível em: <http://www.who.int/research/en/>

Novos modelos de atenção, como diagnósticos remotos e assistência domiciliar (*home care*), são possíveis a partir do uso dessas tecnologias, que proporcionam a expansão do acesso aos serviços e têm potencial de promover a diminuição relativa dos custos de prestação. O uso dessas tecnologias pode facilitar a integração dos diferentes níveis de atenção de um sistema de saúde e permitir o acompanhamento, a partir de prontuários clínicos e atividades de atenção à saúde, independentemente da localização de profissionais (teleconsultas) e dos recursos físicos especializados (garantida a infraestrutura necessária).

Em que pesem as possíveis distorções decorrentes de um padrão de incorporação de tecnologias pautado pela não observância de seu custo-efetividade,² destaca-se que novos equipamentos, medicamentos e procedimentos têm atuado na qualificação e resolutividade da atenção básica e potencializado a prática de cirurgias ambulatoriais e internações domiciliares no processo de reestruturação dos serviços. Conseqüentemente, observam-se alterações na intensidade do uso de leitos hospitalares, reduzindo o tempo de internação e os riscos decorrentes.¹¹

A potencialidade de benefícios provenientes das TIC é enfatizada em função de aproximadamente 60% das atividades estabelecidas no âmbito dos serviços de saúde envolver trocas de informações passíveis de automação,¹² revelando o protagonismo dessas tecnologias na reestruturação dos serviços de saúde. Tal fato é corroborado pela ampla e crescente utilização da telemedicina, que tem atuado para aumentar o acesso à população.

Uma vez efetivas, as redes de serviços de saúde estabeleceriam lógicas de integração vertical e horizontal, bem como diferenciações internas, segundo tecnologias e demandas específicas, garantindo a efetividade e racionalidade da prestação dos cuidados.¹¹ E as novas tecnologias garantiriam um atendimento individualizado e redução do fluxo em direção aos centros de saúde e hospitais, reorganizando o formato de atenção à saúde no País.

Em resumo, uma perspectiva otimista é de que a integração da rede de atenção se efetivaria com o suporte da introdução de novas tecnologias, permitindo novas variações no formato da prestação de cuidados. E surgiriam, como, aliás, se vê na atualidade, novas modalidades de assistência e novos tipos de serviços, configurando um sistema de atenção mais individualizado.

Nesse contexto, o atendimento em casa e a incorporação de tecnologias que demandam menos tempo de internação hospitalar possibilitariam a multiplicação dos pontos de acesso de interação qualificada entre o sistema e o paciente, em especial nas regiões mais remotas. Seriam portanto externalidades positivas para

a prestação de serviços, facilitadas pela incorporação de inovação no sistema de saúde nacional, principalmente no que se refere aos possíveis benefícios no acesso aos serviços de saúde nas mais desiguais regiões brasileiras.

No Brasil, entretanto, a falta de adensamento tecnológico dos hospitais representa desafio importante, uma vez que a reestruturação do modelo hospitalar, observada em anos recentes no País, não é condizente com a orientação de integração das redes de serviços de saúde. Tal reestruturação pressupõe maior especialização e densidade tecnológica dos recursos que deveria refletir, diferentemente do que vem acontecendo, no aumento do número de leitos por hospital.¹¹ Essa exigência é devido à economia de escala necessária às novas demandas tecnológicas – maior complexidade nos equipamentos e insumos hospitalares e diferenciação de profissionais de saúde – e econômicas na atenção e gestão hospitalar.¹¹

Além disso, a análise se restringiu às possibilidades da incorporação de determinados tipos de tecnologias com uma diretriz específica de reestruturação do sistema. Para entender os limites à sua concretização, é necessário incorporar outras variáveis do modelo de Estado nacional ora estudado.

De forma geral, é possível destacar algumas fragilidades do padrão de desenvolvimento brasileiro que se reproduzem na saúde. Uma delas refere-se ao fato de que o estado de bem-estar ainda não se estruturou completamente no País, uma vez que se deu de forma tardia e em período coincidente com a diretriz hegemônica neoliberal. A preocupação dessa lógica adentrando o setor saúde se dá justamente pela assimetria de poder observada pelos diversos atores envolvidos na arena decisória da saúde, a exemplo do Estado, das instituições públicas e privadas prestadoras de serviços, das indústrias do complexo da saúde e mais recentemente das empresas financeiras.²³

O subfinanciamento é uma das conseqüências dessa diretriz hegemônica de extrema relevância para a saúde. Ademais, o setor privado já se encontrava razoavelmente organizado quando da criação do SUS, fruto das estratégias de desenvolvimento do sistema médico-previdenciário. Como resultado, não se estabeleceram condições mínimas coerentes com os preceitos constitucionais, o que, apesar dos avanços do SUS, abriu espaço para a expansão do mercado privado e a configuração de um sistema desigual,²⁴ com uma institucionalidade complexa que dificulta a integração da rede de serviços.

Adicionalmente, a fragilidade do pacto federativo brasileiro implica a falta de coordenação das competências de cada esfera administrativa do governo. Tal fato, somado à crise fiscal pela qual o Estado passou no começo da década de 1990, que restringiu a participação

da União na composição dos recursos públicos da saúde, levou à importante desigualdade regional na oferta de serviços de saúde, colocando barreiras à universalização. A despeito das iniciativas em curso para superar tais fragilidades e recuperar o papel das unidades federativas na coordenação dos serviços de saúde, seus resultados ainda encontram-se aquém dos necessários para se implementar a reestruturação demandada, norteada pelos preceitos do SUS.

Por fim, a desigualdade – ainda persistente na trajetória de desenvolvimento do Brasil – também se constitui como elemento importante de fragilidade da saúde. As desigualdades sociais e regionais impactam de maneira diferenciada na exposição a riscos e incidência e prevalência de doenças e agravos, bem como no acesso aos serviços de saúde, tanto no que se refere ao cuidado como à promoção e prevenção.

DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO

Além das potencialidades das inovações tecnológicas para a reestruturação dos serviços de saúde e dos obstáculos à sua efetivação, decorrentes do padrão de desenvolvimento nacional, há que se observar também os desafios mais específicos relacionados à geração, uso e difusão de inovação em saúde no Brasil. Não somente porque esses limitam as potencialidades apontadas neste artigo, como, em especial, porque a debilidade da capacidade nacional de geração de inovação em saúde tem sinalizado ameaça à sustentabilidade do SUS.⁹⁻¹¹

Nesse contexto, cabe analisar alguns desafios do processo atual de geração de inovação tecnológica em saúde, sobretudo a necessidade de fortalecimento da base endógena de inovação no País e o conflito de interesses existente nesse processo. O Estado deve assumir o protagonismo na emissão e implementação de políticas capazes de fomentar a infraestrutura tecnológica da saúde, mediando os interesses envolvidos e orientando socialmente o desenvolvimento desse segmento.

O primeiro desafio refere-se à significativa fragilidade tecnológica da base produtiva da saúde, aliado a um financiamento incoerente com o modelo político institucional do SUS e a um persistente insulamento da saúde na agenda nacional de desenvolvimento. Essas questões, contextualizadas em um modelo burocrático de gestão do Estado, ocasionam a parca utilização do potencial da saúde para alavancar a inovação e produção, assim como dificuldades de que estas sejam orientadas socialmente.

Como consequência desse conjunto de fatores, observa-se importante vulnerabilidade nacional decorrente tanto da dependência de medicamentos, de equipamentos e materiais médicos (que impactam inclusive o formato da prestação de serviços) quanto da manutenção de uma tímida capacidade de geração e

de difusão de conhecimento. Consequentemente, o País não consegue pautar seu próprio padrão tecnológico, o que é grave tanto social quanto economicamente.

Assim, deve-se reconhecer a necessidade de se qualificar e potencializar a dinâmica de inovação em saúde no Brasil, sem o que o sistema universal de saúde tornar-se-á cada vez menos autônomo diante de uma poderosa agenda global.²⁶ As contradições decorrentes de tais interesses exigem uma leitura consistente da política de saúde e sua inserção nas transformações da economia global. Para tanto, deve ser considerado todo o conjunto de bens e serviços que envolve o setor e a lógica capitalista que o caracteriza.¹⁸

A situação é agravada devido ao estágio ainda embrionário de desenvolvimento das indústrias nacionais do CEIS. Esse fato pressiona sobremaneira os custos da prestação dos serviços²⁵ e provoca o aumento substantivo no déficit comercial da saúde brasileiro, que chega a US\$ 10 bilhões em 2011. Esse déficit é composto essencialmente pela importação de fármacos, medicamentos, hemoderivados e equipamentos e materiais médico-hospitalares, e reflete o fato de que são incorporadas tecnologias cuja produção não esteve associada às particularidades das necessidades locais.⁹

Visando superar essa situação, atualmente tem-se atribuído crescente importância ao potencial de articulação entre o sistema de saúde e o sistema de inovação no País, condição fundamental à busca de uma trajetória tecnológica capaz de articular os sistemas de inovação e bem-estar social.¹

Ademais, o Estado promoveu iniciativas para superar o estágio de desenvolvimento da geração de inovação no âmbito do complexo produtivo nacional em saúde, a saber: adequação do marco regulatório (Lei do Bem, Lei da Inovação, Lei 12.349/2010, Lei 12.401/2011, entre outras); crescente apoio à inovação por parte dos produtores públicos e da rede de laboratórios oficiais; aumento, substancial, do orçamento direcionado ao fortalecimento da produção e inovação em saúde; além do fomento ao estabelecimento de parcerias público-privada para a transferência tecnológica; entre outras.

A despeito disso, a fragilidade da base produtiva no País persiste, configurando uma importante vulnerabilidade não somente para a trajetória de desenvolvimento nacional como também para a própria política de saúde.

Além disso, uma vez que os serviços em saúde articulam uma gama de tecnologias de futuro – variável-chave para o desenvolvimento –, a acomodação dos interesses públicos e privados na agenda da inovação em saúde não é de simples equação.⁸

A assimetria na força dos interesses sanitários e econômicos envolvidos²² tem sido responsável pelo estabelecimento de uma relação hierárquica entre eles,

favorável aos últimos. Os indicativos são diversos, a exemplo da existência de uma gama de doenças negligenciadas, de parcela significativa da população não ter acesso a medicamentos, do uso irracional de medicamentos,^{2,13} das distorções geradas pelo sistema de propriedade intelectual e do fato de que os serviços de saúde vêm incorporando tecnologias que, em sua maioria, não são as mais adequadas às características epidemiológicas ou ao modelo institucional vigente.¹⁶

Nesse sentido, destaca-se o descompasso entre a agenda de inovação e os interesses coletivos da saúde.^{14,22} Também, o efetivo benefício da inovação voltada para a saúde coletiva pressupõe a qualificação do protagonismo do Estado, no sentido de orientar socialmente as inovações a serem produzidas e incorporadas no âmbito da saúde.

No Brasil, o Estado é responsável direta e indiretamente por quase 50% da demanda por insumos dos subsistemas industriais do complexo da saúde.¹¹ Assim, sugere-se a efetividade da atuação no Estado nacional no sentido de promover a acentuação do uso de seu poder de compra, a qualificação dos laboratórios oficiais, o fortalecimento de instituições de excelência de serviços em saúde de maior intensidade de conhecimento, e a articulação do desenvolvimento científico e tecnológico com a indústria nacional.

Além disso, cresce a importância da adequação de uma ainda jovem política de incorporação tecnológica no País às reais necessidades populacionais. Sem essa política, prevalecerá, por exemplo, a observada incorporação de medicamentos que não refletem a especificidade epidemiológica, geográfica ou socioeconômica brasileira.²⁶ De forma análoga, materiais e equipamentos médicos de efetividade não comprovada e, muitas vezes, inadequados à situação de saúde e à infraestrutura de apoio disponível seguirão sendo incorporados e subutilizados pela rede de serviços do SUS.^{16,19}

Consequentemente, deve-se buscar uma articulação virtuosa entre os interesses envolvidos na geração e incorporação de inovação, visando equilibrar a força dos atores para estabelecer uma dinâmica entre as necessidades dos serviços de saúde e os demais interesses envolvidos, orientada pelas necessidades coletivas. Para tanto, o Estado deve orientar a dinâmica interna de inovação para atender às necessidades da população.

Assim, fragilidades que precisam ser superadas são: aprimorar a atuação do Estado em relação à geração de

inovação em saúde, subordinar os processos inovativos aos interesses sociais coletivos e demais atribuições no sentido de fortalecer a base endógena de inovação. Além dessas, há necessidade de se verificar a integração efetiva da rede de serviços de saúde, o que inclui superação de gargalos, a exemplo da baixa densidade tecnológica dos hospitais brasileiros. São esses alguns dos fatores relacionados à sustentabilidade e efetividade do sistema de saúde nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao articular uma gama de tecnologias portadoras de futuro, a saúde constitui um bloco de investimento central crítico para determinar as condições de inserção do Brasil na economia globalizada no futuro imediato. Esse recente reconhecimento não parece ser suficiente para reverter o fato de que ainda não se alcançaram condições concretas para o pleno desenvolvimento da saúde no Brasil. A necessidade de se politizar o debate e de qualificar a atuação do Estado no sentido de mediar os interesses envolvidos leva à premência de reformas mais profundas, cujo debate foge do escopo deste texto.

Adicionalmente a essas questões estruturais, observa-se que determinadas inovações tecnológicas e organizacionais em saúde podem trazer benefícios significativos para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Levando em consideração as características demográficas e epidemiológicas, a incorporação dessas tecnologias e as transformações que elas podem causar no âmbito dos sistemas de saúde vêm ao encontro da necessidade de expandir o acesso, reduzir custos de atenção e adequar a estrutura às novas tecnologias.

Entretanto, ainda persistem desafios no que se refere à capacidade de se implementar tal reestruturação, marcando-se a necessidade de fortalecimento da base endógena de inovação e de superar o conflito de interesses existente nesse processo.

Cabe, portanto, fortalecer a atuação do Estado visando propiciar o desenvolvimento de uma base endógena de inovação capaz de atender às demandas da população e articular virtuosamente a geração e incorporação tecnológica entre os atores envolvidos, atuando no sentido de situar a saúde como frente de inovação e temática central do estado de bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque EM. Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. In: Saboia J, Carvalho FJC, organizadores. Celso Furtado e o século XXI. Barueri: Manole/ Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ; 2007. p.18-203.
2. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Supl):733-6. DOI:10.1590/S1413-81232008000700023
3. Cordeiro H. A indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal/CEBES; 1980.

4. Costa LS, Gadelha CAG. Análise do Subsistema de Serviços em Saúde na dinâmica do complexo econômico-industrial da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz et al. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; s.d. No prelo.
5. Dosi G. The nature of the innovative process. In: Dosi G et al, editors. Technical change and economic theory. London: Pinter Publishers; 1988. p.221-38.
6. Edwards N, Hensher M, Werneke U. Changing hospital systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, editors. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998. p.236-60.
7. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):521-35. DOI:10.1590/S1413-81232003000200015
8. Gadelha CAG, Costa LS, Viana ALD. O complexo econômico-industrial da saúde e o desenvolvimento nacional. *Princípios*. 2011;(114):10-5.
9. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.
10. Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.209-37.
11. Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Vargas MA, Barbosa P, Costa LS. A dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
12. Gallouj F. L'innovation interactionnelle: un modele neoschumpeterien. In: Djellal F, Gallouj F. Nouvelle économie des services et innovation. Paris: L'Harmattan; 2002. p.255-83.
13. Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 1983;17(6):500-3. DOI:10.1590/S0034-89101983000600007
14. Lehoux P, Williams-Jones B, Miller F, Urbach D, Tailliez S. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(4):251-4. DOI:10.1258/jhsrp.2008.007173
15. Oliveira T. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população: uso e ocupação do solo. In: Fundação Oswaldo Cruz, et al. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. No prelo.
16. World Health Organization. Medical devices: managing the mismatch: an outcome of the priority medical devices project. Geneva; 2010.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
18. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saude Soc*. 2006;15(2):56-71. DOI:10.1590/S0104-12902006000200007
19. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):501-20. DOI:10.1590/S1413-81232003000200014
20. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(Supl):1765-77. DOI:10.1590/S1413-81232007000700002
21. Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulg Saude Debate*. 2007;(37):7-20.
22. Viana ALD, Nunes AA, Silva HP. Complexo produtivo da saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec/ Cealag; 2011. v.1, p.75-101.
23. Vianna CMM. Política tecnológica e evolução industrial no setor da saúde. In: Guimarães R, Tavares RAW. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p.209-52.
24. Vianna CMM. A indústria de equipamentos médicos: uma análise da evolução e estrutura de mercado. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS; 1995. (Estudos em Saúde Coletiva, 133).
25. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011;377(9782):90-102. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X
26. Vidotti CCF, Castro LLC, Calil SS. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(1):36-45. DOI:10.1590/S1020-49892008000700005

O Grupo de Inovação em Saúde conta com apoio sistemático da Organização Pan Americana de Saúde (Contrato nº ENSP-043-CAC-12).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.