

# **GOVERNANÇA PARTICIPATIVA NA POLÍTICA INDUSTRIAL: LIÇÕES DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS**

*Participatory Governance in Industrial Policy:  
Lessons from Brazil's Health Reform and SUS*

**Adilson Giovanini\***

**Henrique Morrone†**

## **Resumo**

A experiência internacional evidencia o papel das arenas participativas na construção de Políticas Industriais (PIs) resilientes. A PI brasileira, contudo, exibe fragilidades relacionadas à fragmentação institucional, centralização decisória e baixa interlocução com a sociedade civil. Diante desta contextualização, este artigo investiga como os arranjos institucionais construídos pela reforma sanitária e pelo SUS podem oferecer lições para aprimorar a governança participativa da PI, com foco no Conselho Nacional da Indústria (CNI) e no Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI). A partir de uma análise histórica, mobilizam-se três dimensões analíticas (capacidade de articulação; coesão representativa e mediação de conflitos) para compreender os limites da estabilidade institucional. Os resultados indicam que a fragilidade dessas dimensões compromete a resiliência da PI. O estudo aponta a necessidade de redesenhar as arenas participativas, descentralizar decisões e institucionalizar processos duradouros de pactuação e monitoramento, a fim de conferir continuidade e efetividade às estratégias de neoindustrialização no Brasil.

**Palavras-chave:** Política Industrial; Reforma sanitária; SUS; Descentralização; Participação social.

**Classificação JEL:** H75; L52; 025.

## **Abstract**

International experience underscores the importance of participatory arenas in building resilient industrial policies (IPs). In Brazil, however, IPs suffer from institutional fragmentation, centralized decision-making, and limited engagement with civil society. This article investigates how the institutional architecture developed through the health reform and the Unified Health System (SUS) can offer valuable lessons for enhancing the participatory governance of industrial policy, with particular focus on the National Council of Industry (CNI) and the National Council for Industrial Development (CNDI). Drawing on a historical analysis, the study mobilizes three analytical dimensions (articulation capacity, representative cohesion, and conflict mediation) to examine the constraints on institutional stability. The findings suggest that weaknesses in these dimensions undermine the resilience and legitimacy of Brazilian industrial policy. The study highlights the need to redesign participatory arenas, decentralize decision-making, and institutionalize enduring mechanisms for consensus-building and monitoring, in order to ensure the continuity and effectiveness of Brazil's neo-industrialization strategies.

**Keywords:** Industrial Policy; Healthcare reform; SUS; Decentralization; Social participation.

**JEL Code:** H75; L52; O25.

---

\* Professor de Economia da UDESC. E-mail: adilson.giovanini@udesc.br

† Professor Associado da UFRGS. E-mail: henrique.morrone@ufrgs.br

## **1. Introdução**

O debate sobre política industrial (PI) passou por transformações significativas nas últimas décadas, à medida que se consolidou o entendimento de que sua eficácia depende da construção de arranjos institucionais capazes de conferir coordenação, aprendizado e legitimidade (Rodrik, 2004; Evans, 1995; Cimoli et al., 2009). Nesse contexto, ampliou-se o reconhecimento de que a estrutura de governança deve incorporar instâncias colegiadas de participação, como conselhos, comitês e fóruns intersetoriais, capazes de articular Estado, setor privado, sociedade civil e comunidade científica (Wade, 1990).

Essas arenas institucionais operam como dispositivos de formulação de soluções colaborativas e de redução de assimetrias de informação, permitindo que o Estado atue sem depender exclusivamente de estruturas hierárquicas de planejamento (Hausmann et al., 2008; Suzigan et al., 2020). A literatura também enfatiza que esses mecanismos devem combinar accountability horizontal e coordenação vertical, articulando múltiplos níveis de governo e setores (Chang, 1999; 2003; Mazzucato, 2011). Ao institucionalizar o diálogo público-privado de maneira transparente e orientado por missões, essas estruturas contribuem para a legitimização da PI, o alinhamento de expectativas e a mitigação de riscos políticos e econômicos (Schmitz, 2007; Karo & Kattel, 2018; Mazzucato, 2021).

No Brasil, entretanto, a PI tem sido historicamente marcada por uma governança fragmentada e instável. A centralização excessiva no Executivo restringe a formulação de estratégias nacionais de longo prazo (Bresser-Pereira, 2007), enquanto a fragilidade dos canais de interlocução (Schneider, 2004; 2015) e a ausência de mecanismos de coordenação (Coutinho, 2015) comprometem a continuidade e legitimidade perante a sociedade.

Assim, a eficácia da PI no Brasil não depende apenas da aplicação de instrumentos técnicos, mas da construção de capacidades estatais robustas, com destaque para o fortalecimento das capacidades burocrático-organizacionais, a institucionalização de arenas participativas e a criação de mecanismos eficazes de articulação público-privada. A efetividade dessa política está diretamente relacionada à existência de estruturas colegiadas de governança, dotadas de capacidade deliberativa, representatividade plural e estabilidade institucional. A ausência dessas condições compromete não apenas a coordenação e a execução da política, mas também a sua legitimidade social, limitando a sua continuidade (De Toni, 2013; Gomide et al., 2025).

É nesse contexto que este artigo recorre aos aprendizados institucionais da política de saúde, que, apesar das diferenças em relação à PI, construiu ao longo das últimas décadas uma arquitetura participativa, resiliente e descentralizada considerada referência mundial (Paim *et al.*, 2011). A reforma sanitária conseguiu institucionalizar conselhos, conferências e comitês intergestores como espaços estáveis de deliberação, pactuação e coordenação federativa (Fleury, 2009; Paim, 2007).

Ainda que operem com finalidades, instrumentos e arranjos técnicos distintos, a política de saúde e a PI compartilham o mesmo desafio: articular atores heterogêneos (com interesses, capacidades e escalas de atuação diversas), por meio de mecanismos democráticos e participativos. Ambas exigem capacidades institucionais voltadas à mediação de conflitos, à construção de consensos e à coordenação intersetorial. Nesse sentido, a análise dos mecanismos de governança presentes na política de saúde pode oferecer contribuições valiosas para a PI, especialmente no que tange à criação de arenas estáveis e legítimas de deliberação e à consolidação de uma governança orientada por pactos duradouros.

Dessa forma, o artigo realiza uma análise crítica do Conselho Nacional da Indústria (CNI) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI) à luz dos aprendizados obtidos pela reforma sanitária, buscando inspirar a construção de fóruns colegiados mais eficazes na formulação e implementação da PI. A questão que orienta a investigação é: como os aprendizados institucionais oriundos da reforma sanitária e da estruturação do SUS podem contribuir para aprimorar a governança participativa das duas principais instituições responsáveis pela condução da PI no Brasil? Para responder a essa questão, realiza-se um estudo comparado de casos com abordagem qualitativa, tendo a política de saúde como referência analítica. A partir dessa comparação, o artigo propõe diretrizes institucionais para o redesenho dos fóruns deliberativos relacionados à PI.

Para fundamentar essa análise, mobilizam-se três dimensões analíticas centrais: (i) a estabilidade e institucionalização das arenas participativas; (ii) a capacidade de articulação e coordenação dos atores; e (iii) os mecanismos de mediação de conflitos. A escolha dessas dimensões permite avaliar em que medida a articulação entre atores favorece a estabilidade institucional da PI, revelando contrastes estruturais entre as trajetórias do SUS e da PI brasileira.

Os resultados indicam que a estabilidade da PI brasileira encontra-se diretamente condicionada à existência de arenas colegiadas dotadas de representatividade plural, capacidade de articulação entre os atores e mecanismos institucionais formais de mediação

de conflitos. Ao comparar as trajetórias do SUS e da PI, o estudo evidencia que a construção de uma governança participativa resiliente requer não apenas a criação de espaços deliberativos, mas a consolidação de rotinas institucionais que permitam o engajamento contínuo dos diversos grupos de interesse e a institucionalização do dissenso como elemento produtivo para o fortalecimento da representatividade política.

Neste sentido, a principal contribuição deste artigo reside em sua abordagem comparativa que mobiliza lições consolidadas no campo da saúde para identificar as fragilidades e potencialidades presentes na estrutura de governança da PI. A análise crítica dos conselhos e fóruns industriais sob o prisma dos mecanismos de governança presentes na área de saúde possibilita a proposição de diretrizes inovadoras para o redesenho de arenas participativas, focando na ampliação da representatividade, na descentralização da tomada de decisão e na institucionalização de processos duradouros de pactuação e monitoramento. Assim, este trabalho contribui para o debate sobre a governança da PI ao destacar a importância da engenharia institucional como caminho para superar a fragmentação histórica e garantir a sua sustentabilidade.

A estrutura do artigo organiza-se em cinco seções: a seção 2 formaliza o procedimento metodológico adotado; a seção 3 apresenta o caso do SUS e o processo histórico de formação do CNI e do CNDI; a seção 4 discute os resultados encontrados e a seção 5 conclui com recomendações para o aprimoramento da governança da PI brasileira.

## **2. Procedimento Metodológico**

Este artigo adota uma abordagem qualitativa, por meio de um estudo comparativo de casos entre instituições-chaves vinculadas a PI (o CNDI e a CNI) e de saúde (o Movimento pela Reforma Sanitária – MRS). A estratégia metodológica combina análise histórico-institucional com a análise documental. A abordagem histórico-institucional examina os processos de formação, consolidação e transformação das arenas participativas, com foco nos processos de estruturação e reconfiguração das instâncias de coordenação.

A análise documental abrange a leitura de fontes primárias e secundárias. Entre as fontes primárias, destacam-se decretos, portarias e atas oficiais, relacionadas à criação e reestruturação das políticas em análise. As fontes secundárias incluem artigos acadêmicos, livros e estudos técnicos relacionados a essas políticas.

A comparação com o MRS e o processo de estruturação do SUS é realizada para identificar os fatores institucionais que favoreceram a construção de uma governança participativa resiliente. Para tanto, o artigo mobiliza três variáveis explicativas centrais (Quadro 1): i) capacidade de articulação; ii). coesão representativa e iii) mecanismos de mediação de conflitos. A partir dessas dimensões, identificam-se momentos históricos críticos nas trajetórias institucionais analisadas, tanto na saúde quanto na PI, nos quais a presença (ou ausência) dessas variáveis se mostraram determinantes para a resiliência institucional ou, ao contrário, para processos de descontinuidade e fragmentação.

**Quadro 1 – Definição das dimensões analíticas utilizadas**

Dimensão	Definição
Capacidade de articulação	Habilidade das instituições em mobilizar atores diversos, promover o diálogo entre eles e coordenar ações de forma coesa e eficaz.
Coesão representativa	Grau de alinhamento interno entre os grupos representados por uma instituição, refletindo a consistência da representação e sua força política.
Mecanismos de mediação institucional	Existência de arenas deliberativas formais e reconhecidas, capazes de gerir disputas e reduzir a fragmentação em contextos de alta heterogeneidade ideológica.
Estabilidade institucional	Resiliência das instituições em períodos históricos críticos.

Fonte: Elaboração própria

A estabilidade institucional é, assim, concebida como a variável explicada, resultante da interação entre capacidade de articulação, coesão representativa e mecanismos de mediação de conflitos, refletindo a resiliência das instituições frente ao ciclo político. A hipótese subjacente é, portanto, que a articulação, a coesão representativa e a mediação de conflitos são fatores determinantes para a estabilidade institucional. Quando essas dimensões estão ausentes ou fragilizadas, as instituições tornam-se vulneráveis a pressões associadas ao ciclo político, com sérias implicações para a estabilidade institucional das políticas públicas. Por outro lado, quando elas estão presentes tem-se representatividade política que resulta em força para resistir às pressões externas.

### **3. Arenas participativas na saúde e na política industrial brasileira**

#### **3.1 O movimento pela reforma sanitária e a estruturação das políticas de saúde**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal referência em coordenação de políticas públicas. Ele pode ser utilizado para ilustrar a importância das arenas participativas como elemento responsável por conferir continuidade e efetividade para essas

políticas. O seu processo histórico de estruturação, Quadro 2, se diferencia pela participação social ampla, promovida pelo MRS.

**Quadro 2 - Evolução Histórica do sistema de saúde**

Período	Características Principais	Resultados
Até 1930	Iniciativas nacionais isoladas de saúde.	Sistema autoritário e desigual.
1930-1960	Proteção social inicial; acesso desigual; autoritarismo.	Benefícios para grupos e setores específicos.
1970s	Expansão do sistema de saúde, dominado pelo setor privado.	Cobertura parcial e desigual.
1980s	Movimento de Reforma Sanitária e mobilização social. Implementação e expansão do SUS;	Consolidação do SUS.
1990-2000	descentralização e programas nacionais (ex.: HIV/AIDS, PSF).	Acesso universal e gratuito.
Após 2000	Consolidação com iniciativas adicionais como Brasil Soridente, SAMU.	Maior inclusão social e acesso ampliado.

Fonte: Adaptado de Escorel et al. (2005), Paim (2007), Fleury (2009), Costa (2014) e Dowbor (2018).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, possibilitou o acesso universal e gratuito à saúde. O qual foi o resultado do processo gradual de reestruturação das políticas voltadas para o setor, possibilitado pela atuação do MRS, a partir de 1974 (Quadro 3).

**Quadro 3 - Evolução do MRS**

Fases	Períodos	Ações realizadas
Proto-estruturação	1960-1974	Primeiras Discussões sobre Saúde Coletiva. Surgimento do Movimento de Reforma Sanitária (MRS).
	1974	Fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).
Mobilização e organização dos atores e da agenda inicial	1974	Fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).
	1979	Criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
	1980	8ª Conferência Nacional de Saúde.
	1986	Criação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).
Estruturação das arenas representativas	1988	Constituição Federal e o Reconhecimento do Direito à Saúde.
	1990	Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142) e implementação do SUS.
	1993	Criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
Consolidação	2000->	Consolidação e Expansão de Programas Nacionais.

Fonte: Adaptado de Escorel et al. (2005), Paim (2007), Fleury (2009), Costa (2014) e Dowbor (2018).

Inspirados por reformas internacionais que ampliaram o acesso da população de menor renda ao sistema de saúde, um grupo heterogêneo de ativistas políticos, composto

por profissionais da saúde, professores, estudantes e organizações diversas começaram a se organizar em 1974 para promover o debate sobre a necessidade de mudanças no sistema nacional de saúde. Para viabilizar as suas propostas, diante do atrito com as forças estatais vigentes, o movimento estruturou arenas de diálogo, com destaque para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976; a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 1980. Essas arenas se tornaram bases fundamentais para impulsionar as reformas subsequentes (Escorel et al., 2005).

Na década de 1980 esse movimento se expandiu (Costa, 2014). Após obter representatividade ele buscou ocupar os espaços de debate político. A sua principal conquista foi a inclusão nas discussões da reforma constitucional, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, definiu os princípios, mecanismos de coordenação, integração e transferência de recursos, posteriormente ratificados pela assembleia constituinte (Paim et al., 2011).

Vale destacar que a elaboração do texto da Constituição de 1988 ocorreu em um contexto de instabilidade econômica, com os movimentos sociais em recuo e forte ascensão da ideologia neoliberal, em um contexto de forte apoio do governo às empresas privadas de saúde. Fatores que reforçaram a importância e a força das arenas participativas criadas pelo MRS, que apesar do contexto ideológico adverso, conseguiram obter importantes avanços em direção ao amplo acesso da população à saúde (Paim et al., 2011).

A implementação do SUS teve início em 1990, coincidindo com a adoção de uma agenda neoliberal. Em 1990 foi aprovada a Lei n. 8.080/90, que delineou as atribuições e a organização do SUS (Paim et al., 2011).

Uma característica marcante das reformas realizadas foi a descentralização das políticas de saúde. Esse processo se iniciou com a estruturação de arenas representativa municipais nas eleições de 1976 (Quadro 4), em Londrina, Niterói e Campinas (Dowbor, 2018).

**Quadro 4 – Evolução na descentralização das políticas de saúde**

Ano	Marco
1976	Nomeação de Secretários Municipais em Londrina, Niterói e Campinas
1978-1981	Primeiros Encontros Municipais de Saúde
1982	Ampliação dos Serviços Municipais de Saúde
1983	Programa de Ações Integradas
1985-1987	Colegiados e Mobilização Local
1987	Organização Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
1987	Representação na Ciplan
1990	Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990)
1990	Conasems no Conselho Nacional de Saúde
1993	Criação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)
1994	Associações de Secretários Municipais em 21 Estados
2011	Descentralização ratificada em lei orgânica

Fonte: Adaptado de Paim *et al.* (2011).

Esses cargos foram utilizados para ofertar serviços públicos municipais de saúde, ao mesmo tempo em que possibilitaram a organização e mobilização dos atores interessados. A mobilização do movimento ocorreu mediante a realização de três encontros municipais (Campinas, em 1978; Niterói, 1979; e Belo Horizonte, 1981), utilizados como fachada para estruturar as organizações que aglutinaram os gestores municipais identificados com a necessidade de universalização e descentralização das políticas de saúde (Dowbor, 2018).

Durante a década de 1980, em meio ao processo de redemocratização, o debate amadureceu. Nas eleições de 1982 membros do MRS assumiram cargos em novos municípios, o que resultou na expansão dos serviços municipais de saúde, mediante a criação de postos de atendimento, novas especialidades médicas e novos programas públicos (Capistrano Filho & Pimenta, 1988). Para além, a partir de 1983 ativistas infiltrados no Governo Federal conseguiram implementar o Programa das Ações Integradas, por meio do qual recursos federais passaram a ser utilizados para estimular a implementação de serviços estaduais e municipais de saúde. Como resultado, municípios em que a política de saúde não se encontrava sob o comando de ativistas do movimento sanitário passaram a expandir os seus serviços. Os gestores desses municípios passaram a ser contactados e mobilizados pelos integrantes do MRS (Dowbor, 2018).

A descentralização do sistema de saúde seguiu a lógica subjacente à implementação do SUS, sendo preconizada pelos movimentos sociais. A partir de 1987 o movimento municipalista aumentou a sua influência ao estruturar uma organização nacional responsável por representar os secretários municipais de saúde e ocupar cargos no Governo Federal. O V Encontro do Setor Municipal de Saúde e o IV Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, realizados em Londrina em 1987, elegeram uma comissão provisória responsável por

elaborar o documento intitulado “Proposta para a criação de um organismo nacional de secretários municipais de saúde”, submetido e aprovado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Ministério de Saúde. O resultado foi a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a formalização de um órgão oficial responsável por representar a pauta descentralizada pleiteada pelo MRS (Dowbor, 2018).

O próximo passo foi reivindicar participação nas instituições setoriais, conseguindo representação no Comissão Interministerial de Planejamento a partir de outubro de 1987. O reconhecimento pelo Governo Federal resultou na contrapartida financeira necessária à construção da estrutura federativa. Como resultado, em 1994, 21 estados já exibiam associações de secretários municipais (Dowbor, 2018).

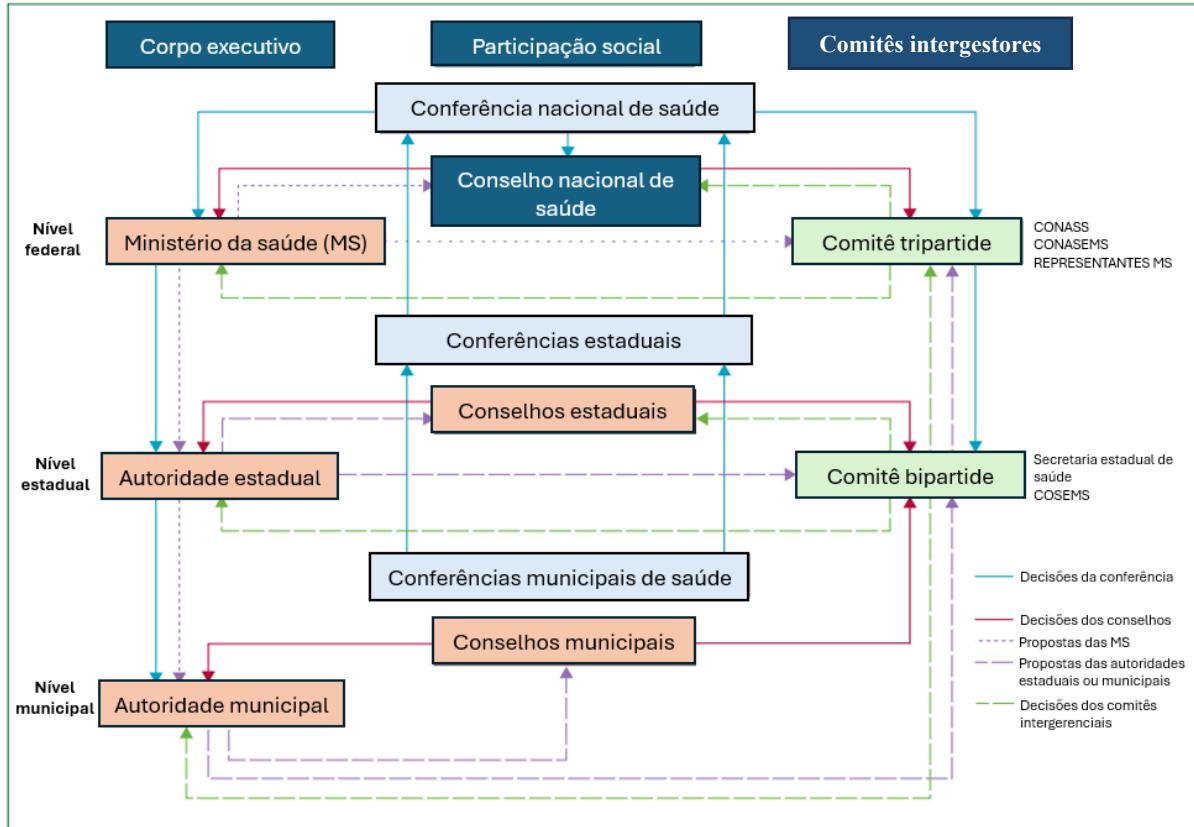
Observa-se, assim, a estruturação de entidades representativas, com participação social ampla e legitimidade política, capazes de sugerir, influenciar e, inclusive, se contrapor e modificar as políticas voltadas para o setor. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde ilustra a força política gerada pela estruturação de uma arena representativa descentralizada e com participação social ampla. Após intenso diálogo e pressão, os sanitaristas conseguiram aprovar a Lei Orgânica de Saúde n. 8.142/1990, que derrubou dois vetos do presidente da república. Movimento ratificado pela conquista de uma cadeira fixa no Conselho Nacional de Saúde, pelo Conasems, em 1990.

Esta lei também consagrou a criação dos conselhos e conferências de saúde como espaços permanentes e deliberativos de participação social em todas as esferas federativas. A própria aprovação da lei foi resultado de intensa mobilização social, que culminou na derrubada de vetos presidenciais do governo Collor, um episódio que evidenciou a força política emergente de uma arena deliberativa representativa e descentralizada (Fleury, 2009; Paim, 2007; Paim et al., 2011).

No plano organizacional, a governança do SUS se consolidou por meio de uma arquitetura institucional complexa, baseada em múltiplas instâncias articuladas de deliberação, negociação e implementação. Como ilustrado na Figura 1, esse arranjo combina conselhos de saúde com composição paritária (representantes dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços), conferências realizadas periodicamente em todos os níveis federativos (municipal, estadual e nacional) e comitês intergestores (tripartite e bipartites) que pactuam responsabilidades administrativas, metas programáticas e repasses financeiros entre União, estados e municípios. Trata-se, portanto, de uma estrutura com canais formais de coordenação vertical (entre os níveis de governo) e de participação

horizontal (entre diferentes grupos sociais e técnicos), o que permite institucionalizar o conflito, promover o debate público qualificado e conferir legitimidade às decisões adotadas (Lotta & Vaz, 2015).

**Figura 1 - Processo de formulação de políticas e participação social no SUS**



Fonte: adaptado de Paim *et al.* (2011).

Esse modelo de governança participativa vai muito além de mecanismos consultivos. As conferências nacionais e subnacionais definem diretrizes de política pública com base em deliberação coletiva, enquanto os conselhos de saúde exercem papel deliberativo e de controle social permanente. Já os comitês intergestores operam como arenas técnicas e políticas para a negociação federativa, sendo fundamentais para garantir a coerência nacional das políticas, ao mesmo tempo em que respeitam a autonomia local. A força desse arranjo está em sua capacidade de traduzir disputas políticas e técnicas em decisões públicas legitimadas, por meio de fóruns legalmente reconhecidos, com regras claras de composição, competência e periodicidade.

A robustez dessa arquitetura foi reforçada pela Lei Complementar nº 141, de 2011, que consolidou o papel do Conasems como representante institucional legítimo dos municípios nos processos decisórios nacionais. Ao atribuir competências normativas, financeiras e de planejamento, a legislação conferiu previsibilidade e estabilidade ao sistema,

mesmo diante de conjunturas políticas adversas ou crises fiscais. Essa estabilidade institucional se explica justamente pela institucionalização de arenas participativas duradouras, capazes de resistir a mudanças de governo e a pressões corporativas, ao operar com base em normas, rotinas e representações socialmente reconhecidas (Dowbor, 2018; Faria, 2017).

A experiência do SUS revela que a eficácia e a continuidade de políticas públicas complexas não dependem apenas de sua formulação técnica ou de sua condução executiva, mas da construção de espaços de deliberação estruturados, com representatividade, poder decisório e capacidade de coordenação federativa. Ao combinar deliberação vinculante, negociação intergovernamental e controle social institucionalizado, o SUS constrói um sistema de governança resiliente, legítimo e adaptável. Trata-se de um modelo que pode inspirar outras políticas públicas, especialmente no que diz respeito à institucionalização dos fóruns deliberativos, à estruturação de canais de participação contínua e ao fortalecimento da coordenação interfederativa.

Além disso, um dos traços mais notáveis desse modelo é sua capacidade de lidar com a heterogeneidade ideológica dos atores envolvidos na formulação e implementação das políticas de saúde. Em um sistema federativo e multissetorial como o SUS, os interesses frequentemente se contrapõem: gestores com orientações político-partidárias distintas, prestadores de serviços privados, movimentos sociais, usuários e técnicos convivem em arenas comuns de decisão. No entanto, em vez de tentar homogeneizar visões ou suprimir conflitos, o arranjo institucional do SUS canaliza essas diferenças por meio de regras estáveis, rituais deliberativos e fóruns legalmente reconhecidos, onde os dissensos podem ser explicitados, debatidos e negociados.

A composição paritária dos conselhos impede a hegemonia de um único grupo de interesse, obrigando os diferentes segmentos a construírem consensos mínimos operacionais. As conferências periódicas funcionam como momentos de repactuação democrática, nos quais novas demandas são incorporadas e antigos pactos são revisados. Já os comitês intergestores estabelecem um equilíbrio dinâmico entre autonomia local e diretrizes nacionais, favorecendo a articulação de políticas mesmo em contextos de fragmentação política. Assim, a governança do SUS não apenas absorve a diversidade ideológica e institucional, como a transforma em um ativo institucional, promovendo decisões legitimadas.

### 3.2 Arenas participativas para a promoção da política industrial

Segundo Faria (2017), a CNI exibe uma estrutura representativa heterogênea. Além de congregar empresários industriais favoráveis à intervenção estatal também reúne forças políticas mais identificadas com políticas neoliberais e com a intervenção estatal internacionalizante (Figura 2). Essa diversidade ideológica é explicada em grande parte pela adoção de uma estratégia de desenvolvimento industrial baseada na atração de empresas estrangeiras a partir do Plano de metas. Ela dificulta a formação de um consenso político, o que compromete a capacidade da CNI, como representante do setor, em promover a coordenação e articulação de iniciativas voltadas para a estruturação da PI.

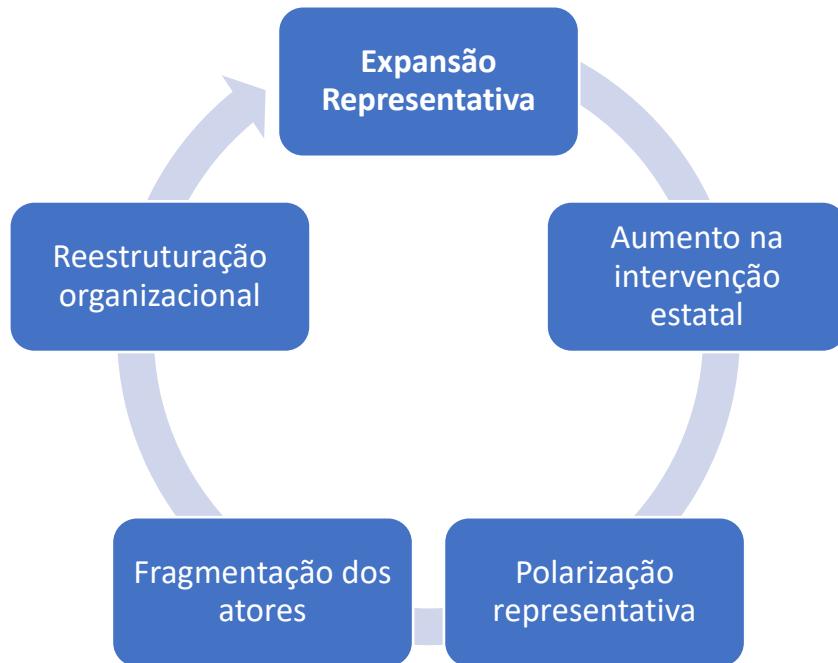
Como resultado, em vez de se observar um processo paulatino de crescente estruturação das arenas representativas e dos instrumentos de articulação, coordenação e implementação da PI, observam-se movimentos cílicos de avanço e recuo, conforme os diferentes grupos de interesse se mobilizam para defender ou questionar a intervenção estatal (Figura 3). A CNI enfrenta a tarefa hercúlea de conciliar os interesses desses grupos distintos, convivendo com o risco de perder legitimidade como representante do setor, o que limita a sua capacidade de atuação e resulta em perda de capacidade de coordenação, com fortalecimento das arenas setoriais em detrimento da formação de um consenso que conduza a construção de uma agenda política única (Faria, 2017).

**Figura 2 – Composição representativa da CNI**



Fonte: Elaboração própria

**Figura 3 –** Processos cílicos de fragmentação representativa da CNI



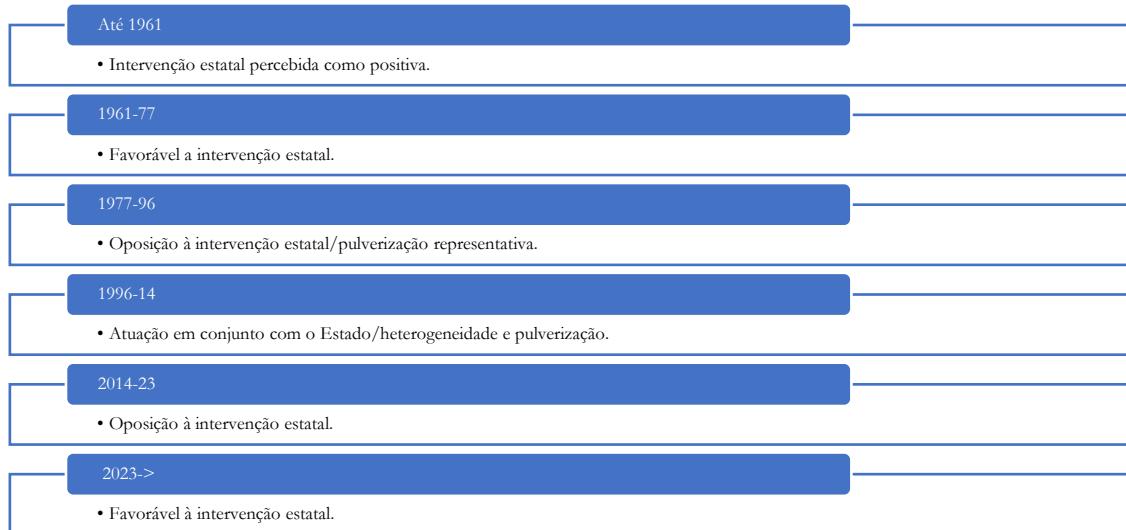
Fonte: Elaboração própria.

Essa estratégia conciliadora nem sempre se mostra exitosa, pois, como efeito da falta de identificação com as pautas perseguidas pela CNI, emergiram diferentes entidades representantes dos interesses empresariais. A PI é negativamente impactada por essa heterogeneidade representativa, uma vez que a pulverização representativa dificulta a coordenação e o diálogo com o Governo Federal. Como resultado, o segmento industrial perde força na formulação da agenda política, a qual passa a ser ditada pelas preferências do governo, sujeitas ao ciclo político (Faria, 2017).

Com efeito, em dois momentos históricos distintos, entre 1980 e 2004 e entre 2009 e 2014, a discordância acerca das PIs adotadas pelo governo federal resultou em crescente pulverização representativa. Conforme explicitado por Faria (2017), a forte intervenção do Estado na economia ao reduzir a autonomia do setor privado e estimular o capital estrangeiro, resultou na formação de três grupos distintos de empresários no final da década de 1970 (Figura 4): i) favoráveis ao capital estrangeiro; ii) defensores da intervenção estatal; e, iii) abertamente contrários à intervenção estatal. Para mitigar os efeitos provenientes dessa divisão, a CNI modificou a sua estrutura interna, com aumento da importância dos conselhos temáticos, formatados como órgãos colegiados consultivos responsáveis por assessorar a CNI em temas de interesse da indústria, mediante a adoção de estratégias setoriais. Apenas os temas transversais ficaram a cargo da CNI. Ou seja, diante do acirramento na divisão

interna, a CNI optou por sacrificar a sua capacidade de agenda para não perder legitimidade como representante do setor.

**Figura 4 – Evolução no posicionamento da CNI**



Fonte: Adaptado de Faria (2017).

Com o fracasso das políticas neoliberais, a CNI conseguiu reverter a sua pulverização decisória, a partir de 1996 (Quadro 5), com a redução das disputas internas, o estreitamento do seu relacionamento com os empresários e a redução na força dos empresários que defendiam a adoção de políticas neoliberais, os quais se encontram à frente da CNI desde 1977. Tendência reforçada por meio do Fórum Nacional da Indústria (FNI), em 2004, posteriormente remodelado em três mecanismos: i) o Fórum Nacional da Indústria; ii) o Encontro Nacional da Indústria (ENAI) e iii) o Congresso de Inovação da Indústria (Faria, 2017).

**Quadro 5 – Fases de fragmentação representativa da CNI**

1980–1996	Primeira fase de fragmentação representativa
1996–2007	Retomada da coordenação
2008–2014	Nova fragmentação representativa
2016–2020	Desconstrução dos instrumentos de PI
2020 - ?	Nova fase de maior coordenação

Fonte: Adaptado de Faria (2017).

Assim, a CNI retomou o seu posicionamento favorável ao desenvolvimento industrial, o que culminou na criação do CNDI, em 2005. Porém, a partir de 2007 a CNI perdeu espaço na discussão da PI, movimento agravado pelo avanço das associações nacionais e demais instituições não sindicalizadas. Conforme essas entidades ganharam proeminência e passaram a ocupar assentos estratégicos nos fóruns e instâncias responsáveis

por promover a coordenação da PI, a fragmentação decisória se tornou mais elevada, o que provavelmente ajudou a comprometer a capacidade de coordenação e implementação da PI.

Em 2008, com o lançamento do Movimento Empresarial pela Inovação, os empresários industriais se dividiram em dois grupos: 1) os nacionalistas, favoráveis à intervenção estatal; e 2) Os favoráveis à aproximação com o capital estrangeiro. Em resposta ao risco de crescente pulverização, em 2009, a CNI lançou o Programa de Desenvolvimento Associativo, para fortalecer a influência das suas representações patronais. Entre 2010 e 2014 ela se vê novamente em posição delicada, devido a necessidade de conciliar grupos empresariais distintos, diante do crescente descontentamento de grupos mais liberais em face à crescente intervenção estatal (Musacchio & Lazzarini, 2015).

A partir de 2014, o descontentamento com a PI conduz novamente ao surgimento de três grupos distintos: i) a própria CNI, que busca conciliar as expectativas do empresariado com as ações estatais; ii). A FIESP, um grupo de empresários favoráveis ao maior protagonismo político da iniciativa privada, com forte oposição à intervenção estatal; e, iii) empresários vinculados a empresas públicas, favoráveis à intervenção estatal (Faria, 2017). Essa pulverização política possibilitou a desconstrução dos instrumentos de PI por governos de orientação neoliberal, entre os anos de 2016 e 2023. Portanto, diferente do MRS que conseguiu se mobilizar em momentos históricos críticos para defender a continuidade das políticas de saúde, as arenas participativas favoráveis a PI, não tiveram força para se contrapor às iniciativas que preconizavam a desestruturação dessa política, uma vez que no seu próprio seio se encontram forças que diluíram as iniciativas que preconizavam a resistência ao movimento de desestruturação dessas políticas (Quadro 6). Movimento reforçado pela instabilidade institucional, com mudança na legitimidade conferida às entidades representativas pelo poder executivo federal.

**Quadro 6 – Síntese, diversidade representativa e consequência para a PI**

Aspecto	Grupos em Conflito	Consequências para a PI
Intervenção Estatal	Pró-intervenção x Neoliberais	Ciclos de recuo e avanço da PI; dificuldade de alinhamento estratégico
Influência do Capital Estrangeiro	Nacionalistas x Globalistas	Desgaste na legitimidade da CNI e fragmentação da representação
Capacidade de Representação	CNI x Novas Associações Empresariais	Criação de novas associações enfraquece o poder de coordenação da CNI

Fonte: Adaptado de Faria (2017).

Ou seja, a heterogeneidade ideológica que marca a representação empresarial no campo da PI conduziu a CNI a uma trajetória oposta à observada no MRS. Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária se consolidou como uma coalizão coesa, com forte identificação em torno da construção de um sistema universal de saúde, o que lhe conferiu estabilidade organizacional e resiliência institucional, a CNI viu sua legitimidade se esvaziar justamente em função da dificuldade de representar simultaneamente grupos empresariais com visões conflitantes sobre o papel do Estado. Ao longo das décadas, essa heterogeneidade resultou não em processos de pactuação institucional, mas em ciclos recorrentes de fragmentação, recuo e desconstrução da capacidade de articulação.

Esse contraste evidencia que não é apenas a baixa coesão representativa que compromete a força institucional da PI. O problema reside também na ausência de fóruns deliberativos duradouros e reconhecidos, capazes de mediar o conflito ideológico e institucionalizar a divergência sem perda de legitimidade. No SUS, a existência de conselhos paritários, conferências periódicas e comitês interfederativos cria canais estáveis de deliberação e pactuação, permitindo que o dissenso se transforme em compromissos coletivos. Já na PI, a ausência desses instrumentos resulta em descontinuidade, captura das instituições por grupos específicos e ampliação da fragmentação representativa. Como resultado, as arenas participativas tornam-se frágeis, incapazes de resistir a mudanças de governo ou a pressões conjunturais. Nesse contexto, a PI acaba sendo desenhada e redesenhada a partir das preferências do Executivo, com baixa capacidade de coordenação intersetorial, pouca legitimidade social e frágil sustentabilidade institucional.

As implicações são significativas. Em primeiro lugar, a baixa coesão representativa entre os grupos empresariais, somada à ausência de arenas de mediação de conflitos, compromete a capacidade da PI em produzir agendas estratégicas de longo prazo. Como consequência, as políticas industriais tornam-se altamente vulneráveis ao ciclo político. Em segundo lugar, a fragmentação representativa enfraquece a capacidade de articulação do setor produtivo, dificultando a construção de consensos mínimos e a mobilização de coalizões políticas capazes de sustentar as políticas industriais em contextos adversos. Por fim, a ausência de mecanismos legítimos e duradouros de coordenação impede que o dissenso ideológico seja institucionalizado de forma produtiva, o que reduz drasticamente a efetividade, previsibilidade e sustentabilidade da PI.

Para entendermos como as reformas de cunho neoliberal conseguiram avançar sem observar forte resistência dos grupos empresariais, precisamos retornar ao início da década

de 2000 e analisar as cinco fases que compõem o processo histórico de estruturação do CNDI, a principal arena de coordenação dos atores responsáveis por promover a PI, Quadro 7.

**Quadro 7 - Evolução histórica na atuação do CNDI**

Período	Descrição
2005-2007	Período de alta atividade e participação da sociedade civil.
2008-2013	Redução da atividade com foco nos fóruns de competitividade.
2013-2015	Tentativas fracassadas de reativação durante o Programa Brasil Maior.
2015-2023	Encerramento do CNDI em meio à desestruturação neoliberal da PI.
2023 - ?	Reestruturação do CNDI sob novo decreto, com uma composição mais ampla.

Fonte: Adaptado de Stein & Gugliano (2017) e De Toni (2013).

Entre os anos de 2004 e 2007, durante a gestão do ministro Luiz Fernando Furlan, ele se mostrou ativo, com a realização de oito reuniões com ampla participação dos conselheiros. Nesse período ele foi uma arena deliberativa importante, com forte participação da sociedade civil, responsável por fornecer informações e análises que ajudaram a subsidiar a PI.

O CNDI foi responsável pela coordenação da PI. As reuniões e grupos de trabalhos criados pela CNDI possibilitaram o diálogo e a realização de ações em conjunto com os atores da sociedade civil, além de conferir legitimidade às deliberações realizadas pelo governo (Stein & Gugliano, 2017).

A partir de 2007, o CNDI se tornou menos ativo. Com o lançamento da Política de Desenvolvimento Produtivo, em 2008, o Governo Federal optou por reativar os fóruns de competitividade como espaço de formulação de políticas públicas. Estudos setoriais, realizados pela Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, passaram a ser utilizados para subsidiar as políticas adotadas (De Toni, 2013).

Após a perda de relevância participativa no segundo governo Lula, o primeiro governo Dilma tentou reativá-lo. Apesar da tentativa de conferir maior legitimidade, esse conselho realizou apenas duas reuniões entre os anos de 2011 e 2013, focadas na exposição das linhas de atuação do governo. As reuniões previstas para o ano de 2013 não foram realizadas, com indícios de uma reunião em 10 de abril de 2013, cuja ata não foi publicada. Assim, as tentativas de reativar o CNDI fracassaram, confirmando-se o movimento de perda de representatividade política (De Toni, 2013).

Em 2015, o CNDI foi formalmente encerrado, como parte de um processo mais amplo de desmonte institucional das políticas industriais conduzido por governos de

orientação liberal. Com o retorno do Partido dos Trabalhadores ao poder, o CNDI foi reativado em 2023, por meio do Decreto nº 11.482, que redefiniu suas competências e composição. A nova estrutura do Conselho inclui 20 ministros de Estado, o presidente do BNDES e 21 representantes da sociedade civil, todos indicados pela presidência do colegiado, para mandatos de dois anos.

Os representantes da sociedade civil foram nomeados pela Portaria GM/MDIC nº 162, publicada em 16 de junho de 2023. Entre eles, figuram dirigentes de 15 entidades setoriais e tecnológicas, além de três centrais sindicais (CUT, Força Sindical e UGT), a CNI, a Embraer S.A. e o Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial (IEDI). Também foram convidados representantes de 16 instituições adicionais, como Gerdau S.A. e Petrobras S.A.

A reativação do CNDI no âmbito da Nova Indústria Brasil (Brasil, 2023) representa um esforço de retomada dessas capacidades político-relacionais. Com uma composição ampliada e diretrizes organizadas em torno de missões estratégicas, ele busca restabelecer um canal institucional de articulação entre atores sociais e Estado, essencial para a construção de uma PI resiliente, legítima e duradoura (Gomide et al., 2025).

Apesar da reativação institucional, a nova composição do CNDI permanece marcada por desafios históricos que comprometem sua capacidade de funcionar como arena legítima e eficaz de governança participativa. Como argumenta Cabria (2024), o desenho do CNDI ainda reproduz desequilíbrios estruturais: predomínio de grandes empresas, fraca institucionalização dos processos deliberativos e ausência de mecanismos estáveis de mediação entre Estado e setor produtivo. Essa combinação compromete a qualidade da representação e limita a construção de agendas industriais pactuadas de médio e longo prazo.

Além disso, a centralização das indicações no Executivo Federal reforça uma assimetria decisória que fragiliza a autonomia dos representantes da sociedade civil e reforça a vulnerabilidade da PI ao ciclo político. A evolução do CNDI, portanto, reflete não apenas a heterogeneidade ideológica dos empresários industriais, que dificulta a consolidação de uma agenda comum, mas também a insuficiência de mecanismos institucionais que assegurem a mediação de conflitos e a continuidade das deliberações.

Em contraste com a experiência do SUS, cuja governança foi construída com base na institucionalização de arenas duradouras de deliberação federativa e controle social, o CNDI reemergiu em um arranjo ainda frágil, com baixa densidade participativa e pouca

clareza sobre os processos de monitoramento, avaliação e accountability. Assim, embora a retomada do CNDI represente uma oportunidade importante para revitalizar a PI no Brasil, sua efetividade dependerá diretamente da capacidade de corrigir esses déficits institucionais, especialmente no que diz respeito à estruturação de canais estáveis de participação, à mediação das divergências internas e ao fortalecimento da coesão representativa do setor.

#### **4. Discussão**

A comparação com o MRS mostra que a estabilidade institucional não é uma variável exógena, mas um produto da capacidade de articulação, da coesão representativa e da existência de mecanismos formais de mediação de conflitos (Quadro 8).

**Quadro 8 – Determinantes da estabilidade institucional**

Elemento comparado	MRS/SUS	CNI/PI
Coesão representativa	Alta: atores alinhados	Baixa: visões ideológicas conflitantes
Mecanismos de deliberação	Alta: Conselhos paritários, conferências	Baixa: Conselhos temáticos internos e dispersos
Capacidade de mediar conflitos	Alta: institucionalização do dissenso	Baixa: ausência de fóruns legítimos
Resiliência institucional	Elevada: continuidade política	Frágil: dependente do ciclo político

Fonte: os autores

A partir da estratégia metodológica adotada, esta seção aplica a análise comparativa entre as trajetórias institucionais do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que resultou na consolidação do SUS, e das arenas vinculadas à PI (PI), notadamente o CNDI e a CNI. A investigação centra-se na identificação de períodos históricos críticos, em que a presença ou ausência de capacidade de articulação, coesão representativa e mecanismos institucionais de mediação de conflitos foi determinante para o grau de estabilidade institucional observado em cada política.

No caso do MRS, a década de 1980 e o início dos anos 1990 configuraram períodos decisivos. Em meio à convocação da Assembleia Nacional Constituinte e à tentativa de reversão das transferências constitucionais pelo governo Collor, os atores ligados à reforma sanitarista se articularam de maneira eficaz em torno de uma agenda comum. A elevada capacidade de articulação, aliada à coesão representativa desses segmentos e à existência de arenas institucionalizadas de deliberação (como as conferências e conselhos de saúde), conferiu resiliência e legitimidade ao processo. Esse arranjo institucional permitiu que a heterogeneidade ideológica fosse canalizada por fóruns reconhecidos, promovendo pactuações, reduzindo atritos e evitando a ruptura da política. Como resultado, o movimento

conquistou avanços estruturantes, como a constitucionalização do direito universal à saúde e a criação de instâncias permanentes de controle social.

Em contraste, a trajetória da PI revela instabilidade recorrente, marcada por ciclos de ativação e descontinuidade. Entre 1980 e 1996, a CNI vivenciou seu primeiro grande ciclo de fragmentação representativa. A coexistência de empresários com visões díspares (pró-intervenção estatal, pró-capital estrangeiro e defensores de agendas neoliberais) gerou baixa coesão interna e dificultou a construção de consensos mínimos. A ausência de fóruns estáveis de mediação institucional para lidar com essa heterogeneidade resultou em perda de legitimidade da CNI como interlocutora e em fragilidade na coordenação de uma agenda de desenvolvimento industrial.

Entre 1996 e 2007, observa-se uma breve fase de recomposição institucional e tentativa de fortalecimento da coordenação, marcada pela criação do Fórum Nacional da Indústria. No entanto, esse processo não resultou em arranjos permanentes de pactuação. A partir de 2008, com o lançamento da Política de Desenvolvimento Produtivo, as tensões ideológicas se reacenderam. O esvaziamento do CNDI entre 2010 e 2014, a fragmentação das representações empresariais e a proliferação de novas entidades setoriais concorrentes evidenciam uma frágil coesão representativa e a ausência de mecanismos institucionais para gerir conflitos. Como consequência, o encerramento do CNDI em 2015 transcorreu sem resistência significativa, demonstrando a baixa resiliência institucional da PI frente ao ciclo político.

O retorno do CNDI em 2023, embora relevante, ainda não representa uma inflexão estrutural. A predominância de representantes governamentais, a ausência de participação social estruturada e a pulverização de entidades empresariais comprometem a construção de uma arena participativa robusta. A inexistência de instâncias deliberativas permanentes e legitimadas, como as observadas no SUS, impede que os dissensos sejam institucionalizados com repactuação das demandas previamente definidas, o que favorece rupturas e descontinuidades.

## 5. Considerações Finais

A literatura internacional tem destacado cada vez mais a importância de fóruns colegiados, estruturas deliberativas e instâncias de governança participativa para garantir maior estabilidade às políticas industriais. Este artigo buscou contribuir com esse debate ao

analisar comparativamente as trajetórias institucionais da política de saúde (a partir da experiência do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e do SUS) e da PI, focando nas instituições-chave (CNDI e CNI).

A partir da combinação da análise histórico-institucional e da análise documental, o estudo identificou que a estabilidade institucional das arenas participativas depende da presença simultânea de capacidade de articulação, coesão representativa e de mecanismos institucionais de mediação de conflitos. No caso da saúde, esses elementos foram fundamentais para sustentar a continuidade e a legitimidade da política, mesmo diante de crises fiscais, mudanças de governo e disputas ideológicas intensas.

O SUS estruturou um modelo de governança que combina deliberação vinculante (por meio de conselhos de saúde com composição paritária), pactuação federativa (comitês intergestores) e instâncias periódicas de debate público (conferências de saúde), o que lhe permite mediar conflitos e manter o engajamento dos diferentes grupos sociais e técnicos. Essa capacidade de lidar com a heterogeneidade ideológica sem perder legitimidade política ou observa um movimento de crescente fragmentação representativa explica, em boa medida, sua resiliência institucional.

Em contraste, a trajetória da PI revela fragilidade crônica das suas arenas de governança. A heterogeneidade ideológica entre os segmentos empresariais, somada à ausência de mecanismos efetivos de mediação de conflitos e à tendência à centralização nas mãos do governo federal, resultou em ciclos recorrentes de fragmentação, perda de legitimidade e descontinuidade das políticas definidas para o setor. A CNI, ao tentar conciliar grupos com visões antagônicas sobre o papel do Estado e do capital estrangeiro, comprometeu sua capacidade de articulação e seu poder de agenda. Já o CNDI, embora criado como instância de coordenação, foi repetidamente esvaziado ou descontinuado diante de mudanças no ciclo político.

A experiência recente de reativação do CNDI, em 2023, representa uma oportunidade para reposicionar a PI em bases mais estáveis. No entanto, para que essa reconfiguração seja efetiva, será necessário incorporar as lições institucionais obtidas pelo SUS:

- Ampliar a participação social de forma estruturada e não meramente consultiva;
- Fortalecer mecanismos de pactuação federativa e setorial, respeitando a diversidade regional e produtiva;

- Criar espaços institucionalizados de mediação de conflitos, capazes de absorver disputas sem comprometer a coesão representativa;
- Estabelecer rotinas de monitoramento e avaliação transparentes, com base em metas e critérios públicos, como forma de prevenir a captura de interesses.

Além disso, é fundamental investir na estruturação e profissionalização da burocracia estatal responsável pela PI, garantindo sua autonomia técnica e capacidade de coordenação, mesmo diante de instabilidades políticas. A construção de estabilidade institucional de longo prazo exige não apenas visão estratégica, mas também engenharia institucional deliberada, baseada em inclusão, transparência e mediação permanente dos interesses em disputa.

Por fim, este estudo apresenta limitações importantes. A comparação entre as políticas de saúde e industrial deve considerar que o SUS foi institucionalizado com base em fontes de financiamento próprias e em mecanismos de compras públicas que garantiram sua sustentabilidade, elementos ausentes na PI. Há também diferenças estruturais relevantes: enquanto a saúde é um direito social com forte mobilização cidadã, a PI enfrenta maior contestação ideológica quanto ao papel do Estado e menor envolvimento da sociedade civil. A governança da saúde se apoia em uma base ampla e plural de atores públicos com menor assimetria de poder, o que favorece a estabilidade, enquanto a PI é marcada por maior assimetria de poder entre os atores envolvidos.

Pesquisas futuras podem investigar como construir arranjos institucionais que combinem legitimidade representativa, capacidade de mediação de conflitos e mecanismos de financiamento contínuo. Também seria relevante explorar comparações com outras políticas setoriais ou países que adotaram estratégias de industrialização por missão, avaliando os efeitos da participação social e da coordenação federativa sobre a resiliência institucional e a continuidade das políticas industriais.

## **Referências**

Brasil. (2023). Decreto nº 11.482, de 6 de abril de 2023: Dispõe sobre o Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial - CNDI. Diário Oficial da União. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-11.482-de-6-de-abril-de-2023-475785896>

Bresser-Pereira, L. C. (2007). Estratégia nacional-desenvolvimentista. Revista de Economia Política, 27(2), p.233–255.

- Cabria, J. V. B. (2024). Industrial policy and state-business relations in Brazil: The governance of productive development policies. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(12), p.1–26.
- Capistrano Filho, D., & Pimenta, A. L. (1988). Saúde para todos: Um desafio ao município. In *Saúde para todos: Um desafio ao município. A resposta de Bauru*. In *Saúde para todos: Um desafio ao município. A resposta de Bauru* (pp. 207–207)
- Chang, H.-J. (1999). The economic theory of the developmental state. In M. Woo-Cumings (Ed.), *The developmental state* (pp. xx–xx). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Chang, H.-J. (2003). Kicking away the ladder: Infant industry promotion in historical perspective. *Oxford Development Studies*, 31(1), 21–32.
- Cimoli, M., Dosi, G., & Stiglitz, J. E. (2009). Industrial policy and development: The political economy of capabilities accumulation. Oxford: Oxford University Press.
- Suzigan, W., Garcia, R., & Assis Feitosa, P. H. (2020). Institutions and industrial policy in Brazil after two decades: Have we built the needed institutions? *Economics of Innovation and New Technology*, 29(7), p.799–813. DOI: 10.1080/10438599.2020.1719629
- Costa, N. do R. (2014). Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, p.809–829. DOI:10.1590/S0103-73312014000300008
- Coutinho, L. (2015). Governança e políticas industriais no Brasil. *Revista do BNDES*, 42(1), p. 25–42.
- De Toni, J. (2013). Novos arranjos institucionais na política industrial do governo Lula: A força das novas ideias e dos empreendedores políticos [Tese de doutorado, Universidade de Brasília].
- Dowbor, M. (2018). Escapando das incertezas do jogo eleitoral: A construção de encaixes e domínio de agência do movimento municipalista de saúde. In *Movimentos sociais e institucionalização* (p. 89).
- Escorel, S., Nascimento, D. R. do, & Edler, F. C. (2005). As origens da reforma sanitária e do SUS. In *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS* (pp. xx–xx). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Evans, P. (1995). *Embedded autonomy: States and industrial transformation*. Princeton: Princeton University Press.
- Faria, C. E. de. (2017). O papel da Confederação Nacional da Indústria na política industrial brasileira (1938–2014) [Tese de doutorado, Universidade de Brasília].
- Fleury, S. (2009). *Saúde e democracia: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Gomide, A. A., De Toni, A. P., & Giesteira, C. J. S. (2025). Capacidades estatais e articulação público-privada na política industrial: O que aprendemos com o Brasil? *Revista do Serviço Público*, 76(4), p.1–30
- Hausmann, R., Rodrik, D., & Sabel, C. (2008). Reconfiguring industrial policy: A framework with an application to South Africa. CID Working Paper, 168. Harvard University.
- Karo, E., & Kattel, R. (2018). The new global division of innovation labor: Causes and consequences. *Industry and Innovation*, 25(7), p.648–666. DOI: 10.1080/13662716.2018.1440986
- Lotta, G. S., & Vaz, J. C. (2015). Arranjos institucionais de políticas públicas: Aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 66(2), p.171–194.
- Mazzucato, M. (2011). The entrepreneurial state. *Soundings*, 49, p. 131–142.
- Mazzucato, M. (2021). *Mission economy: A moonshot guide to changing capitalism*. London: Penguin UK.
- Musacchio, A., & Lazzarini, S. G. (2015). Reinventando o capitalismo de Estado: O Leviatã nos negócios: Brasil e outros países. São Paulo: Portfolio-Penguin.
- Paim, J. S. (2007). *A reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica da trajetória da política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J. S., et al. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), p. 1778–1797.
- Rodrik, D. (2004). Industrial policy for the twenty-first century. CEPR Discussion Paper Series, 4767
- Schneider, B. R. (2004). *Business politics and the state in twentieth-century Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Schneider, B. R. (2015). Designing industrial policy in Latin America: Business-state relations and the new developmentalism. *Journal of Politics in Latin America*, 5(1), p. 3–39.
- Schmitz, H. (2007). Reducing complexity in the industrial policy debate. *Development Policy Review*, 25(4), p. 417–428.
- Stein, G. Q., & Gugliano, A. A. (2017). Capacidades políticas e política industrial: A experiência brasileira no século XXI. *Anais do Encontro Anual da ANPOCS – GT Políticas Públicas*, 41.
- Wade, R. (1990). Industrial policy in East Asia: Does it lead or follow the market? In G. Gereffi & D. Wyman (Eds.), *Manufacturing miracles: Paths of industrialization in Latin America and East Asia* (pp. 231–266). Princeton University Press. DOI: 10.1515/9781400862030.231