

O fortalecimento do segmento de base química e biotecnológica do Complexo Industrial da Saúde por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

*Alexandra Patrícia Albareda*¹

*Ricardo Lobato Torres*²

Resumo: Elaboradas com o propósito de reduzir preços, diminuir a dependência externa e estimular a produção nacional, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) são uma política industrial do Ministério da Saúde voltada à transferência de tecnologia de produção de medicamentos estratégicos para laboratórios públicos. Este artigo disserta sobre o resultado inicial da política para a assistência farmacêutica e sobre a indústria farmacêutica nacional com base nas aquisições verificadas. Por meio de pesquisa documental e de dados oficiais do governo federal, constatou-se que, em 2018, quatro laboratórios públicos já haviam incorporado a produção de nove medicamentos, representando um faturamento da ordem de R\$ 650 milhões.

Palavras-chave: Política industrial, política de saúde, Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, indústria farmacêutica, complexo industrial da saúde.

Classificação JEL: L52; O25; H51.

The strengthening of the chemical and biotechnological-based segment of Health Industrial Complex through the Productive Development Partnerships

Abstract: Prepared for the purpose of reducing prices, decreasing external dependence and stimulating domestic production, the Productive Development Partnerships are an industrial policy of the Ministry of Health focused on the transfer of strategic drug production technology to public laboratories. This article describes the initial policy outcomes for pharmaceutical assistance and the national pharmaceutical industry based on the purchases analysis. Through documentary research and official data from the federal government, it was found that by 2018, four public laboratories had already incorporated the production of nine drugs, representing a turnover of around R\$ 650 million.

Keywords: Industrial policy, health policy, Productive Development Partnerships, pharmaceutical industry, health industrial complex.

1. Introdução

Nos últimos anos, a visão sobre a saúde no Brasil começou a tomar novos rumos. A sua compreensão como a simples ausência de doença tem dado espaço a uma dimensão mais abrangente, e sua importância estratégica vem sendo reconhecida em diversos estudos e campos de atuação. Compreendeu-se o papel fundamental desempenhado pela saúde no desenvolvimento de uma nação. Dessa forma, o setor da saúde tem passado por profundas transformações estruturais ao ser invadido pela lógica empresarial capitalista, que acaba por incorporá-lo à dinâmica econômica com base na

¹ Mestranda do curso de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública – UTFPR. Email: alexandra.albareda@gmail.com

² Professor do curso de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública – UTFPR. Email: rltorres@utfpr.edu.br

premissa de que “a saúde desempenha importante papel como indutora de crescimento econômico e competitividade nacional” (GADELHA, 2010).

Nesse sentido, surgiu o conceito de Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis), que representa um olhar diferenciado na forma de abordar esse setor, “representando uma percepção da área como um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista” (GADELHA, 2003, p. 523). O Ceis engloba em seu conjunto atividades industriais – de base química e biotecnológica e de equipamentos médico-hospitalares – e de serviços que, segundo Costa, Metten e Delgado (2016), são responsáveis atualmente por cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, de 10% dos empregos qualificados e de mais de 25% do investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) no país. O segmento de base química e biotecnológica é responsável pela produção de medicamentos, fármacos, vacinas e soros, hemoderivados e reagentes para diagnóstico.

Gadelha (2010) defende a necessidade do incentivo à nacionalização desse segmento industrial, em virtude dos altos custos decorrentes da importação. Dados apurados pela Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina, 2017) mostram que, em 2017, o país importou US\$ 3.343.222.000,00 em medicamentos, enquanto o valor da exportação se resumiu a singelos US\$ 906.476.000,00, tendo o saldo comercial fechado o ano em US\$ -2.436.746.000,00.

Foi apenas a partir dos anos 2000 que se verificou o surgimento de políticas públicas de apoio ao Ceis baseadas na articulação de uma rede institucional intersetorial e, como resultado, observou-se uma série de estratégias de fortalecimento da base produtiva da saúde, destacando-se a intensificação do uso do poder de compra do Estado e a transferência de tecnologia para os laboratórios nacionais, materializadas majoritariamente nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) (COSTA, METTEN e DELGADO, 2016).

As PDPs foram regulamentadas, inicialmente, por meio da Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012, que as definiu como parcerias realizadas entre instituições públicas e entidades privadas com vistas, essencialmente, à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a longo prazo e à racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para a saúde (BRASIL, 2012b). A portaria inclui entre os produtos e bens a serem produzidos por meio das parcerias os fármacos e os medicamentos. Dentre os objetivos da política, destaca-se o foco na diminuição dos custos para o SUS por meio da viabilização da produção nacional, o que acarreta também na diminuição de sua vulnerabilidade ao garantir o pleno abastecimento de suas necessidades.

Em 2014, foi publicada a Portaria nº 2.531, de 12 de novembro, que redefiniu o estabelecimento das PDPs e cujo conceito passou a ser, conforme o inciso I do art. 2º, “parcerias que envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS” (BRASIL, 2014). Essa nova portaria acabou sendo englobada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, no Anexo XCV, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS, não havendo mudanças em seu conteúdo (BRASIL, 2017c).

Conforme aponta Torres (2016), “as PDPs [...] visam capacitar os laboratórios farmacêuticos públicos e privados nacionais a produzir medicamentos de maior complexidade tecnológica, através de acordos de transferência de tecnologia junto aos laboratórios multinacionais”. Nesse sentido, o presente artigo busca responder ao seguinte questionamento: verificou-se um fortalecimento do segmento de base química e biotecnológica do complexo econômico-industrial da saúde com o advento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo?

Assim, o principal objetivo desta pesquisa é avaliar o fortalecimento do segmento de base química e biotecnológica do Ceis por meio da política das PDPs. Para atingir o objetivo proposto, o estudo foi dividido em três etapas essenciais, iniciando pela pesquisa bibliográfica não sistemática nas bases de dados do periódico da Capes, SciELOe Google Acadêmico, de maneira a analisar os objetivos e o funcionamento das PDPs. Em seguida, realizou-se uma pesquisa de dados secundários no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e no portal da Associação Brasileira da Indústria de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina), buscando quantificar o

impacto das PDPs sobre as aquisições de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Com isso, partiu-se para a última etapa, consistente da avaliação dos dados obtidos e da consulta aos relatórios oficiais do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis/MS) para descrever o resultado das PDPs sobre a indústria farmacêutica nacional.

O artigo está organizado em cinco seções, incluindo esta introdução. A segunda seção apresenta um histórico das políticas industriais voltadas ao setor de saúde no Brasil. A terceira descreve os métodos da pesquisa. A quarta seção explica o funcionamento das PDPs e faz uma análise dos resultados preliminares dessa política no âmbito do SUS e na perspectiva dos laboratórios nacionais, em especial os da rede oficial (públicos). Por fim, a quinta e última seção traz as considerações finais do trabalho.

2. Políticas industriais na área da saúde no Brasil

Antes de buscar elencar as políticas industriais na área da saúde que foram implementadas no Brasil, é necessário compreender o que são políticas industriais (PI) e qual a visão dos economistas a seu respeito. Dessa maneira, esta seção subdivide-se em duas: na primeira, discute-se o conceito de política industrial e a recuperação das políticas dessa natureza no Brasil ao longo dos anos 2000. A segunda subseção trata da instituição legal do SUS e de sua relação econômica com o complexo industrial da saúde.

2.1 A retomada da política industrial no Brasil e o Complexo Industrial da Saúde

Ao falar sobre Política Industrial (PI) no Brasil, há ainda uma visão restrita que remonta ao início da industrialização no país, quando o foco das políticas para o setor era o desenvolvimento da infraestrutura nacional e a política de industrialização por substituição de importações (SI), o que, de certa forma, serviu para atrair o investimento estrangeiro em virtude do atrativo exercido pela grande demanda interna e pela concessão de isenções e subsídios aos investidores. Isso acarretou na criação de uma base industrial diversificada, porém o foco excessivo no cliente interno tornou as indústrias pouco competitivas internacionalmente e demasiadamente voltadas à produção manufatureira.

Essa visão começou a mudar a partir dos anos 2000, por meio da adoção de políticas industriais que trouxeram à tona a preocupação com a inovação e a competitividade da indústria em nível internacional, ao mesmo tempo em que surgia a preocupação com o desenvolvimento de uma base produtiva nacional que possibilitasse o atendimento às necessidades locais e a fuga da política de SI. Esse foco demonstra uma adesão às mudanças estratégicas promovidas pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), que a partir dos anos 90 adota um viés mais schumpeteriano aliado ao disseminado estruturalismo da comissão, o que culminou em uma fórmula neoestruturalista que, baseada nas contribuições de Fajnzylber, voltou sua preocupação à transformação produtiva com equidade, por meio, principalmente, da inovação (BIELSCHOWSKY, 2009). Conforme explica Perez (2009, p. 185), *“Schumpeter is among the few modern economists to put technical change and entrepreneurship at the root of economic growth”*. O foco desse economista era explicar o papel da inovação no crescimento econômico, sendo que os neoschumpeterianos aprofundaram seus estudos ao pesquisar a evolução tecnológica, identificando processos de inovação ao longo da história.

Assim, as políticas industriais visam, especialmente, impulsionar o desenvolvimento de um país. Segundo Ferraz, Paula e Kupfer (2002, p. 545), do ponto de vista conceitual, a política industrial deve ser entendida como “o conjunto de incentivos e regulações associadas a ações públicas, que podem afetar a alocação inter e intraindustrial de recursos, influenciando a estrutura produtiva e patrimonial, a conduta e o desempenho dos agentes econômicos em um determinado espaço nacional”. Ainda não há um consenso a respeito de como deve se dar sua formulação e implementação, pois, conforme sugerem Suzigan e Furtado (2006), há duas principais visões sobre seus fundamentos teóricos. Por um lado, um grupo mais liberal sugere que as políticas industriais devem ser formuladas para a correção de falhas de mercado, o que torna a política horizontal, ou seja, não restrita a setores específicos, e cuja implementação se dá apenas na verificação de imperfeições de mercado. Por outro lado, os

neoschumpeterianos baseiam seus fundamentos em criteriosa análise dos fenômenos econômicos, argumentando que a formulação de PI deve se voltar para setores estratégicos ao crescimento e desenvolvimento nacional.

Considerando o escopo deste artigo, adota-se a visão neoschumpeteriana de PI, pois ao delimitar a análise ao setor da saúde e, especificamente, ao Ceis, será verificada a importância das políticas industriais no fortalecimento desse segmento, mostrando que a análise criteriosa dos aspectos econômicos é essencial para a formulação de políticas voltadas à inovação, que apresentem objetivos concisos e necessários ao desenvolvimento. Ao mesmo tempo, parte-se da premissa de um desenvolvimento capitalista nacionalista em detrimento do desenvolvimento dependente que vigora no Brasil, que leva o país a enfrentar uma crescente desigualdade social e o torna refém dos investimentos estrangeiros para obter crescimento econômico (KOHLLI, 2012).

Além disso, a orientação neoschumpeteriana já é evidente desde a primeira política industrial nacional com foco central na inovação: a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (Pitce), formulada em novembro de 2003 e anunciada em março de 2004. A Pitce apresentou uma série de ações que deveriam ser concentradas em determinadas áreas, apresentando a indústria de fármacos e medicamentos como uma das “atividades importantes para o futuro do país e potencial para o desenvolvimento de vantagens comparativas dinâmicas” (BRASIL, 2003).

De acordo com a Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI, 2006), os medicamentos fazem parte dos bens sociais e estratégicos. No entanto o setor sofreu forte desindustrialização nos anos 1990, o que tornou essa indústria vulnerável e dependente do mercado internacional. Para reverter essa situação, um dos pilares propostos pela Pitcefoi estimular a produção nacional de fármacos e medicamentos por meio da criação, pelo BNDES, de uma linha especial de crédito: o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma).

Logo após a Pitce, ainda em 2004, foi lançada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), sendo parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência seus três princípios: universalidade, integralidade e equidade. Varrichio (2017) aponta que já na PNCTIS adotou-se o conceito de complexo produtivo em saúde, composto pelos seguintes grupos: indústria química, farmacêutica e de biotecnologia; indústria mecânica, eletrônica e de materiais; e prestadores de serviço, sendo que mais tarde houve ampliação da nomenclatura para Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis). O maior objetivo da PNCTIS é “contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País” (BRASIL, 2008). Para tanto, a política confere especial importância à apropriação de conhecimentos e tecnologias que reduzam as desigualdades sociais em saúde.

Segundo Torres (2016), “em 2008, com a revisão da política industrial do governo federal, foi lançada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que ampliou o leque de setores considerados estratégicos”. Sua vigência foi até 2010, e seu principal objetivo era dar sustentabilidade ao crescimento econômico, aumentar os investimentos produtivos e as taxas de crescimento econômico. A exemplo da Pitce, a PDP também englobou um conjunto de medidas que visavam ao fortalecimento do país por meio da indústria. A diferença nessa política foi tornar o Complexo Industrial da Saúde (CIS) uma das áreas estratégicas às quais deveriam ser direcionados os esforços, incluindo, além da produção de fármacos e medicamentos, a de equipamentos médico-hospitalares. Com esse objetivo em vista, o BNDES renovou, em 2007, o Profarma, que passou então a se chamar Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, contando com um orçamento de R\$ 3 bilhões, 50% dos quais destinado exclusivamente para o financiamento da inovação (G1, 2007).

Em 2008, foi publicada, em consonância com a política industrial vigente, a Portaria nº 374, de 28 de fevereiro, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde. De acordo ao art. 2º da portaria, o objetivo do programa é promover o fortalecimento e a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde. Para atingir esse objetivo, busca-se a ampliação da

participação no Complexo Produtivo da Saúde, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente, além do desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País (BRASIL, 2008a).

No mesmo ano foi publicado o Decreto DNN, de 12 de maio, o qual criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial de Saúde (Gecis) (BRASIL, 2008b), cuja regulamentação foi atualizada por meio do Decreto nº 9.245/2017, que estipulou como objetivos do grupo, entre outros, a promoção da articulação entre órgãos e entidades públicas e setores da indústria e entidades voltados ao setor de saúde; e o fomento ao desenvolvimento industrial e tecnológico do CIS (BRASIL, 2017).

O terceiro programa governamental que mostrou preocupação com o setor da saúde foi o Plano Brasil Maior (PBM), editado em 2011 e com vigência até 2014, com o objetivo de “acelerar o crescimento do investimento produtivo e o esforço tecnológico e de inovação das empresas nacionais, e aumentar a competitividade dos bens e serviços nacionais” (BRASIL, 2011a).

De forma a auxiliar na formulação de programas e projetos a partir de diretrizes setoriais, temáticas e que englobem mais de um setor, o PBM dividiu os setores estratégicos em cinco blocos, sendo o primeiro deles o de sistemas da mecânica, eletroeletrônica e saúde, dentre os quais é citado o Complexo Industrial da Saúde. Torres (2016) afirma que o reforço das políticas industriais direcionadas ao CIS trazido pelo PBM “se traduziu no lançamento do Programa Inova Saúde da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), cujo foco foi a provisão de subvenção econômica para empresas públicas e privadas no país com propostas de projetos de inovação tecnológica em áreas relacionadas à saúde, com destaque para biofármacos, farmoquímicos e medicamentos” (TORRES, 2016, p. 75, grifo nosso). Importante destacar, ainda, que em 2013 o BNDES lançou a terceira fase do Profarma, visando ao financiamento de projetos empresariais de biotecnologia farmacêutica e biomédica.

Foi durante a vigência do PBM que foram regulamentadas as PDPs, que são apontadas por alguns autores como uma das melhores estratégias no intuito de ampliar o acesso a medicamentos e produtos para a saúde considerados estratégicos para o SUS. Assim, em 2012, publicou-se a Portaria nº 506, de 21 de março, a qual instituiu o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis) e seu Comitê Gestor, com o objetivo geral de “fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público” (BRASIL, 2012a). Foram traçados, ainda, sete objetivos específicos, entre os quais se destacam o fortalecimento das PDPs; o apoio ao desenvolvimento tecnológico e a transferência de tecnologias estratégicas para o SUS; além do apoio à infraestrutura pública de tecnologia e inovação, de forma a dar suporte à produção nacional (BRASIL, 2012).

Denota-se, por meio desses marcos legais, um forte intento governamental de resgatar as políticas industriais como uma das estratégias propulsoras do desenvolvimento nacional. Verifica-se também a importância atribuída ao setor da saúde nas últimas políticas, o que pode ser compreendido como uma nova visão da saúde dentro das perspectivas de crescimento e desenvolvimento econômico de uma nação.

2.2 O SUS e o Complexo Industrial da Saúde

Uma das maiores conquistas sociais na história política do Brasil é, sem dúvida, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), batizada como “Constituição Cidadã”, por priorizar, em seu texto, diversos direitos sociais, o que, conforme aponta Castro (2011), “se manifesta, inclusive, na própria ordenação dos capítulos do Novo Texto”, ao trazer já no seu segundo título os Direitos e Garantias Individuais, sendo a saúde um deles. Dessa maneira, a saúde se tornou, conforme o art. 196 da CF/88, “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Criou-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento proveniente do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, e com oito atribuições definidas já na Carta Magna, das quais se destacam especificamente para o objeto

deste artigo a participação na produção de medicamentos e o incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico e à inovação (BRASIL, 1988).

De forma a regulamentar o funcionamento do SUS, foi editada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Essa lei traz, em seu capítulo I, as atribuições concernentes ao SUS, entre as quais são destacadas, novamente no intuito de fazer jus ao tema proposto neste trabalho, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a formulação de política de medicamentos, além da participação em sua produção (BRASIL, 1990).

Assim, em 2001, a assistência farmacêutica foi estabelecida por meio da Política Nacional de Medicamentos, com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001), apresentando entre suas diretrizes a necessidade do desenvolvimento científico e tecnológico e da promoção da produção de medicamentos no país. Neste ponto, destaca-se uma frase específica, constante no art. 3º da Lei nº 8.080, que condiz com o exposto neste apartado: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País”. Portanto, a própria legislação reconhece e explicita a importância da saúde pública para o desenvolvimento econômico da nação.

Logo, não é de se estranhar que o tema saúde tenha começado a ser reconhecido e estudado em outros campos de atuação, sendo um deles a economia. Conforme verificado na legislação, a produção de medicamentos e a inovação são destacados como parte da política social que garante uma saúde universal. Sendo assim, as políticas industriais direcionadas ao setor da saúde, em particular ao segmento da base química e biotecnológica, cumprem um papel determinante na diminuição da vulnerabilidade do SUS e na busca pelo cumprimento da garantia constitucional à saúde. Em uma análise econômica, a promoção de políticas industriais voltadas ao segmento da base química e biotecnológica constitui uma ferramenta para a superação do subdesenvolvimento ao buscar aliar a saúde ao desenvolvimento tecnológico e à inovação, tentando criar uma indústria nacional forte e independente, tendo em vista que a dependência do país em relação às nações desenvolvidas acarreta aumento de custos com importações de produtos que poderiam ser fabricados nacionalmente e uma estagnação estrutural ao desestimular a evolução e a inovação.

Gadelha (2007) situa a saúde como uma “condição de cidadania, sendo parte inerente do próprio conceito do desenvolvimento. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária”. Carrara e Ventura (2012) afirmam que “saúde e desenvolvimento estão intimamente ligados, uma vez que o processo de desenvolvimento envolve a consolidação do direito à saúde”. Dória *et al.* (2016) reconhecem a saúde como um agregado macroeconômico, enfatizando que “a importância da produção da saúde transcende o bem-estar social”. Segundo esses autores, “os bens e serviços da saúde têm alta representatividade no produto, no emprego, no consumo e na balança comercial dos países”, o que torna essencial a análise dessas variáveis na formulação de políticas públicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que, em termos econômicos, a saúde e a educação constituem os dois pilares do capital humano. Afirma, inclusive, que “*disease reduces annual incomes of society, the lifetime incomes of individuals, and prospects for economic growth*” (OMS, 2001, p. x). E vai além, ao garantir que “*because disease weighs so heavily on economic development, investing in health is an important component of an overall development strategy*” (OMS, 2001). Isso porque a situação da saúde em uma nação parece explicar uma parte importante da diferença nas taxas de desenvolvimento econômico.

Para Gadelha (2012), “a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade”. Para o autor, no âmbito da economia política, há uma necessidade de recuperação do pensamento desenvolvimentista, de pensar em aprendizado e inovação para a garantia do desenvolvimento. E é nessa dimensão que surgiu o tema do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), que “aponta a necessidade de uma mudança profunda na estrutura econômica brasileira que permita, mediante um intenso processo de inovação, adensar o tecido produtivo e direcioná-lo para compatibilizar a estrutura de oferta com a demanda social de saúde” (GADELHA, 2012).

Buscando uma definição de Complexo Industrial da Saúde (CIS ou Ceis)³, verifica-se que Gadelha (2003) introduz esse conceito ao buscar uma junção da área da saúde e do complexo industrial, mostrando que não há como pensar em desenvolvimento nacional sem articular as políticas industriais e tecnológicas com a política de saúde, reconhecendo, dessa forma, inclusive, a natureza capitalista da área da saúde, pois não há como, segundo o autor, conceber políticas sociais adequadas se houver negação da dinâmica capitalista.

Assim sendo, “o CEIS representa a oportunidade de superação da tensão observada entre a lógica econômica e a sanitária no que se refere a políticas de desenvolvimento para a saúde, dado o caráter complexo, porém sistêmico, que relaciona estas lógicas sociais e produtivas” (GADELHA, 2010).

A concepção do Ceis, aliada à percepção da saúde como fator-chave para o crescimento e desenvolvimento nacional, torna-se extremamente relevante em um país no qual a saúde tornou-se, a partir da sua última Constituição, publicada em 1988, um direito de todos e dever do Estado, e que, para esse fim, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), pois seu potencial econômico e social pode auxiliar a reduzir a vulnerabilidade do SUS e cumprir seus princípios.

O Ceis é formado, portanto, por segmentos industriais de base química e biotecnológica (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médicos); e pelo segmento de serviços, sendo que, neste artigo, o enfoque recai sobre o segmento de base química e biotecnológica, em especial da indústria farmacêutica.

3. Métodos da pesquisa

Para atingir o objetivo de realizar uma avaliação, ainda que preliminar, das parcerias previstas na política industrial do Ministério da Saúde, foram estabelecidos três objetivos específicos, conforme elencados a seguir, e adotou-se para cada um deles um método de levantamento e análise de dados:

a) *Análise dos objetivos e do modus operandi da política industrial contida nas PDPs.* Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica não sistemática nas bases Periódicos da Capes, SciELO e Google Acadêmico, utilizando-se as palavras-chave “parcerias para o desenvolvimento produtivo”, “complexo industrial da saúde” e “complexo econômico industrial da saúde”. Além disso, foi realizada uma pesquisa documental da legislação e de relatórios da política industrial na área da saúde no Portal da Legislação do Planalto e no Portal das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo do Ministério da Saúde. A consulta foi realizada ao longo do primeiro semestre de 2018.

b) *Quantificar as aquisições de medicamentos pelo Ministério da Saúde por meio das PDPs.* Para este objetivo, foi realizada uma pesquisa de dados secundários sobre a balança comercial de medicamentos e insumos farmacêuticos organizados pela Abifina, do período de 2010 a 2017. Uma análise das despesas com assistência farmacêutica no âmbito do governo federal, para compras via licitação e PDPs, foi realizada mediante consulta no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do período de 2013 a 2017.

c) *Descrever o resultado das PDPs sobre a indústria farmacêutica nacional.* Os dados sobre o encaminhamento dos projetos de transferência de tecnologia no âmbito das PDPs foram consultados nos relatórios e atas do Gecis, disponíveis no Portal das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo do Ministério da Saúde. A partir desses relatórios, foram identificados os medicamentos e os laboratórios envolvidos nas fases III e IV das PDPs (conforme explicado na próxima seção), e consultadas as compras desses medicamentos no Painel de Preços do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Apenas as compras do ano de 2018 estavam disponíveis no momento da consulta. Foi possível consultar a quantidade, o preço unitário e o valor total das compras dos referidos medicamentos.

³ A conceituação do Complexo Industrial da Saúde (CIS) ou Complexo Produtivo da Saúde, proposta por Gadelha, 2002 e 2003, é rigorosamente idêntica à do conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis). Essa nova terminologia é proposta em decorrência do fato de que parte da aplicação do termo “CIS” acabou restringindo-se aos segmentos industriais, atenuando o caráter sistêmico da abordagem que incorpora também o segmento de serviços em saúde (GADELHA, 2010).

4. Resultados preliminares das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

A apresentação dos resultados da pesquisa está organizada em três subseções. Na primeira, discute-se, com base na pesquisa documental, a previsão legal do funcionamento das PDPs e faz-se um levantamento do número de parcerias em vigência. A segunda subseção avalia as compras via PDPs no âmbito do SUS. Por fim, a terceira subseção faz uma avaliação preliminar dos resultados das PDPs sobre o setor produtivo de base química e biotecnológica da indústria farmacêutica nacional, com ênfase nos laboratórios públicos.

4.1 O funcionamento das PDPs

Conforme explicado anteriormente, as PDPs foram regulamentadas, inicialmente, por meio da Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012, redefinidas por meio da Portaria nº 2.531, de 12 de novembro, e finalmente incorporadas ao Anexo XCV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017. Sua implementação “visa ampliar o acesso a medicamentos e produtos para saúde considerados estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fortalecimento do complexo industrial do país” (BRASIL, 2018).

Segundo Varrichio (2017), as PDPs são um mecanismo de política industrial utilizado na saúde, que envolve uma série de contrapartidas para que sejam realizadas as compras públicas de fármacos, medicamentos e equipamentos para o SUS. Dessa forma, garante-se a internalização da produção e a transferência de tecnologia para um produtor nacional durante o contrato de parceria em que são concretizadas as compras governamentais do SUS.

Sendo a assistência farmacêutica, a produção de medicamentos e a inovação destacados como parte da política social que garante uma saúde universal, é necessário que sejam elaboradas políticas que permitam atingir essa finalidade. Assim, as PDPs constituem, em sua essência, um instrumento que propicia uma política desenvolvimentista de saúde, inserida em uma política industrial “voltada para setores específicos e para empresas com capacidade de competição internacional” (BRESSER-PEREIRA, 2010).

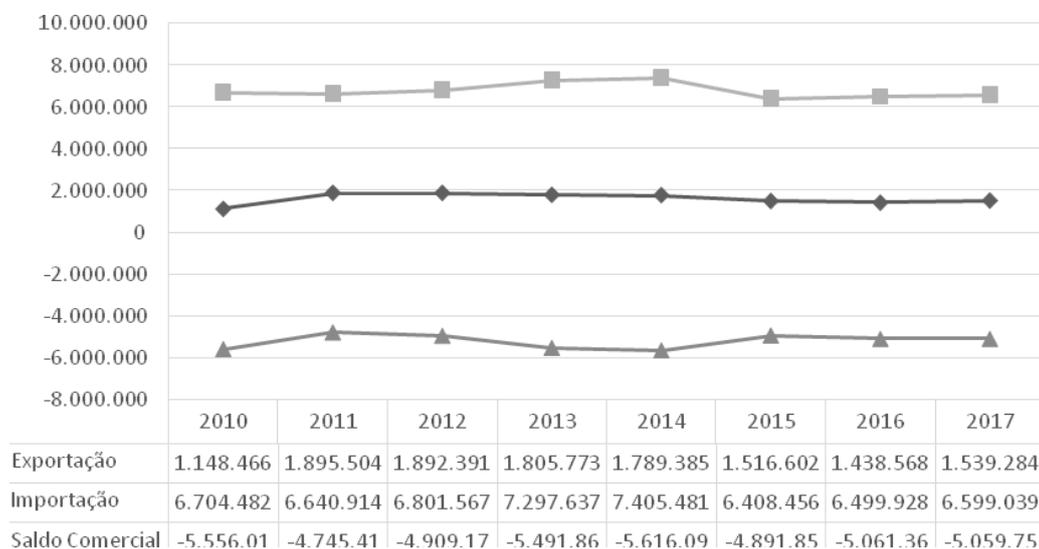
O Plano Nacional de Saúde 2012-2015 (PNS) apresenta como objetivo o aperfeiçoamento do SUS de forma a contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, assim como para a qualidade de vida e a redução das desigualdades. Para isso, foram estabelecidas 14 diretrizes, dentre as quais se destacam duas: a de número oito – garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS – e a de número dez – fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, reconhece-se que, apesar da necessidade constitucional de garantir um acesso gratuito e universal à saúde, assim como de assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, o país carece de infraestrutura, conhecimento e tecnologia suficientes para fazer esse papel sem tornar-se dependente do mercado internacional, mostrando a importância de pensar políticas que diminuam a vulnerabilidade do SUS. O denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde engloba três segmentos principais: o de produtos para a saúde, o de serviços e o de base química e biotecnológica. Com relação ao segmento de base química e biotecnológica, que abarca a indústria farmacêutica, as vacinas, os hemoderivados e reagentes para diagnósticos, os dados apontam a fragilidade do setor industrial brasileiro na produção desse tipo de produtos, o que acarreta custos elevados para o SUS e torna o país dependente da importação e suscetível às variações econômicas desse tipo de processo comercial.

Ao analisar especificamente o segmento de base química e biotecnológica, evidencia-se a relevância das políticas industriais aliadas às PDPs. Os números mais atuais publicados referentes às importações e exportações de medicamentos, farmoquímicos e vacinas humanas, conforme apresentado no Gráfico 1, revelam a forte dependência do país de produtos importados, o que culmina em elevado

déficit comercial. A compreensão desses dados permite justificar a necessidade da política das PDPs no cenário nacional como forma de diminuição dos gastos públicos ao promover a internalização tecnológica dos insumos considerados essenciais para o SUS.

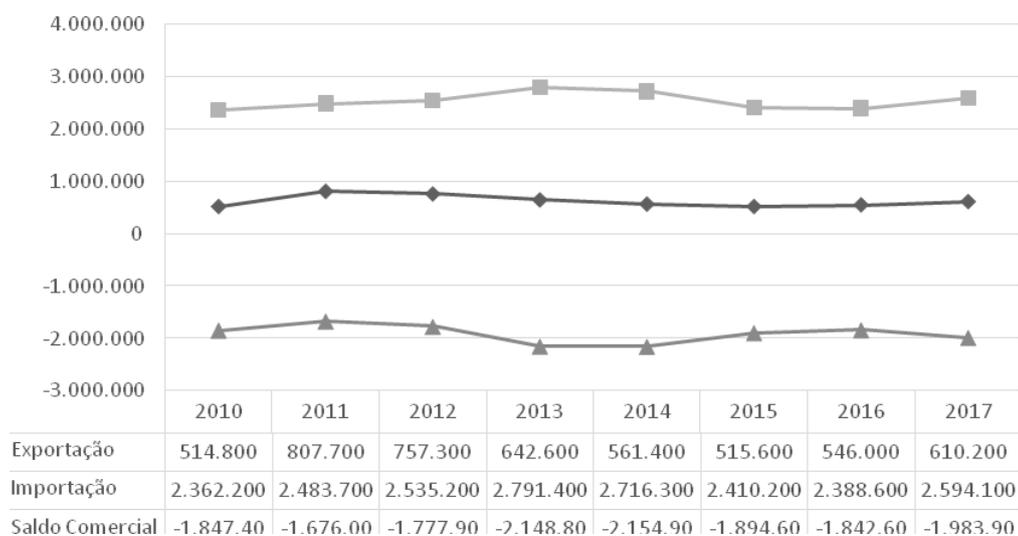
Gráfico 1: Exportações, importações e saldo comercial de produtos farmacêuticos, Brasil, 2010 a 2017, US\$ (mil).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Abifina (2018).

O Gráfico 2 apresenta os dados dos farmoquímicos que representam insumos para a formulação de medicamentos. Como se pode observar, o comportamento da balança comercial nesse segmento é muito similar ao do total da indústria, mostrando uma leve redução do déficit comercial nos últimos anos da série, o que pode estar associado mais à crise econômica nacional do que a resultados efetivos da política industrial.

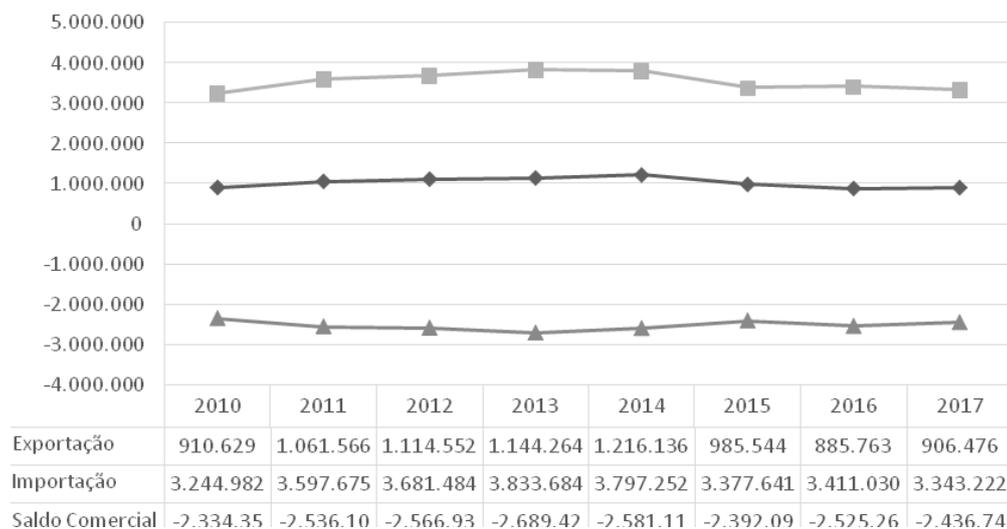
Gráfico 2: Exportações, importações e saldo comercial de farmoquímicos, Brasil, 2010 a 2017, US\$ (mil).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Abifina (2018).

Já o Gráfico 3 traz os resultados do período recente para a exportação e importação de medicamentos, que podem ser compreendidos como a importação de produtos acabados. Convém ressaltar que, apesar de os insumos farmacêuticos serem um dos elos mais fracos da cadeia produtiva da indústria farmacêutica nacional, conforme dados apontados no Gráfico 2, a importação de medicamentos é significativamente mais elevada, representando a maior parte do déficit comercial do setor. Da mesma maneira, nos últimos anos da série percebe-se pequena redução do déficit, o que revela, muito provavelmente, uma queda das transações internacionais.

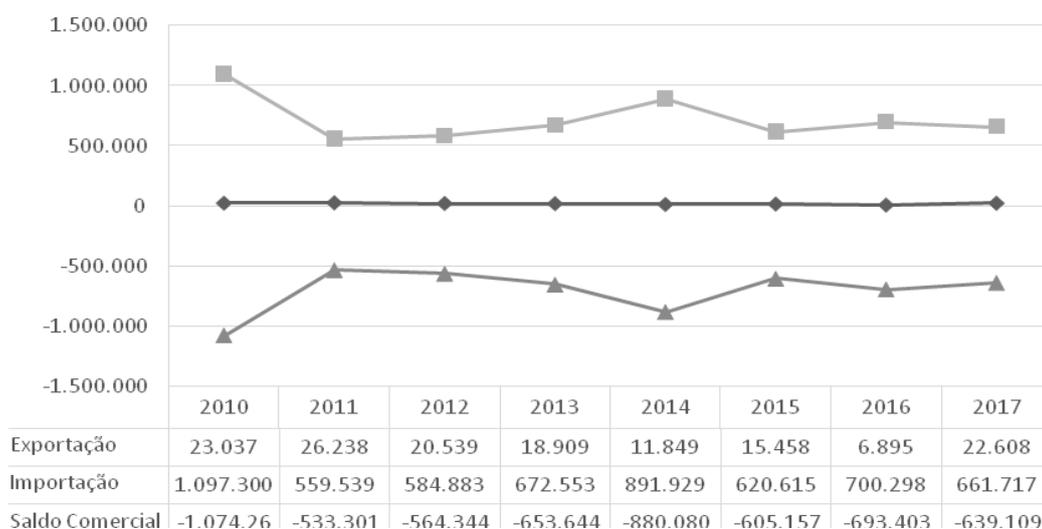
Gráfico 3: Exportações, importações e saldo comercial de medicamentos, Brasil, 2010 a 2017, US\$ (mil).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Abifina (2018).

Por fim, o Gráfico 4 apresenta as transações comerciais de vacinas humanas entre 2010 e 2017. É interessante notar que apenas nesse segmento houve redução no déficit comercial, embora as importações ainda superem em muito as exportações. Esses dados da estrutura do comércio externo brasileiro foram utilizados como justificativa para a implementação da política de nacionalização da produção, como forma de dar estabilidade à assistência farmacêutica do SUS. Como parte considerável das aquisições de medicamentos é oriunda do exterior, principalmente a de medicamentos estratégicos, essa compra fica suscetível às oscilações cambiais, que colocam em risco a capacidade de atendimento do SUS.

Gráfico 4: Exportações, importações e saldo comercial de vacinas, Brasil, 2010 a 2017, US\$ (mil).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Abifina (2018).

Em face ao exposto anteriormente, surge a necessidade de explicar como funcionam as PDPs, conforme legislação atual sobre a matéria.

O art. 3º do Anexo XCV da Portaria nº 5/2017 apresenta quais são os objetivos das PDPs:

I - ampliar o acesso da população a produtos estratégicos e diminuir a vulnerabilidade do SUS;

II - reduzir as dependências produtiva e tecnológica para atender as necessidades de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazos, seguindo os princípios constitucionais do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde;

III - racionalizar o poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à sustentabilidade do SUS e à ampliação da produção no País de produtos estratégicos;

IV - proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais;

V - fomentar o desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito das instituições públicas e das entidades privadas, contribuindo para o desenvolvimento do CEIS e para torná-las competitivas e capacitadas;

VI - promover o desenvolvimento e a fabricação em território nacional de produtos estratégicos para o SUS;

VII - buscar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS a curto, médio e longo prazos, com promoção de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, contribuir para redução do déficit comercial do CEIS e garantir o acesso à saúde; e

VIII - estimular o desenvolvimento da rede de produção pública no País e do seu papel estratégico para o SUS (BRASIL, 2017).

De maneira a cumprir com os objetivos estabelecidos, são especificados dez grupos, cada qual contendo uma lista de produtos estratégicos para o SUS, definida pelo Gecis e atualizada anualmente. Três desses grupos referem-se especificamente aos produtos pertencentes ao segmento de base química e biotecnológica do Ceis: fármacos, medicamentos e vacinas.

A lista de 2018 ainda não foi divulgada, tendo sido realizada unicamente consulta pública para sua composição por meio do Informe Técnico nº 09/2017 do Ministério da Saúde, sendo que na lista já sugerida constavam 76 medicamentos elegíveis para apresentação de propostas de PD. A Portaria nº 704, de 8 de março de 2017, que contém a lista referente a esse ano, trazia 56 medicamentos elegíveis (BRASIL, 2017a).

É a partir da divulgação da lista dos produtos estratégicos que ocorre a etapa de execução das PDPs. Estão definidas quatro fases para a execução dessa política (BRASIL, 2014):

- Fase I: submissão e análise de proposta de parceria remetida por instituição pública, culminando, uma vez aprovada, em celebração de Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e as instituições públicas e privadas envolvidas no projeto.

- Fase II: início da implementação do plano de trabalho previsto na proposta aprovada e objeto do Termo de Compromisso.

- Fase III: início da execução do desenvolvimento do produto, transferência e absorção de tecnologia objeto da PDP, culminando na celebração de contrato de aquisição do produto entre Ministério da Saúde e instituição pública.

- Fase IV: internalização da tecnologia por parte da instituição pública (do insumo farmacêutico ativo ou do componente tecnológico crítico).

Em síntese, nas fases I e II não há ação concreta, sendo apenas momentos de formalização de intenções, primeiro com o Ministério da Saúde, e, depois, entre a instituição pública e a instituição privada. Inicia-se a contagem do tempo da PDP a partir da 3ª fase, quando há o primeiro fornecimento pela instituição pública ao Ministério da Saúde. Note-se que nessa fase não há necessariamente a produção pelo laboratório público; este pode atuar, nos períodos iniciais, como mero distribuidor do produto do parceiro privado. Ressalte-se, ainda, que o prazo máximo para a conclusão do projeto é de dez anos, ou seja, a fase IV pode ser atingida dentro desse período.

Analisando os dados disponíveis pelo Ministério da Saúde das PDPs segundo fases do processo, obtêm-se as seguintes informações (Tabela 1):

Tabela 1: Número de PDPs firmadas por fase de projeto, Brasil, 2019.

Fase da PDP	Medicamentos	Produtos de saúde	Total
Fase I	8	0	8
Fase II	55	2	57
Fase III	20	3	23
Fase IV	9	0	9
Total	92	5	97

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

Nota: Dados atualizados pelo Ministério da Saúde em 17 jan. 2019 para produtos e em 29 mar. 2019 para medicamentos.

Apesar do número expressivo em seu total, em 2019, as parcerias que representam ação concreta são aquelas nas fases III e IV, isto é, são 32 parcerias que não necessariamente correspondem a 32 medicamentos e produtos, pois, para um mesmo item, pode haver mais de uma parceria. Essa estratégia foi adotada para garantir abastecimento em determinados produtos, cujo volume de consumo pelo SUS é bastante elevado.

4.2 Compras por meio das PDPs no âmbito do SUS

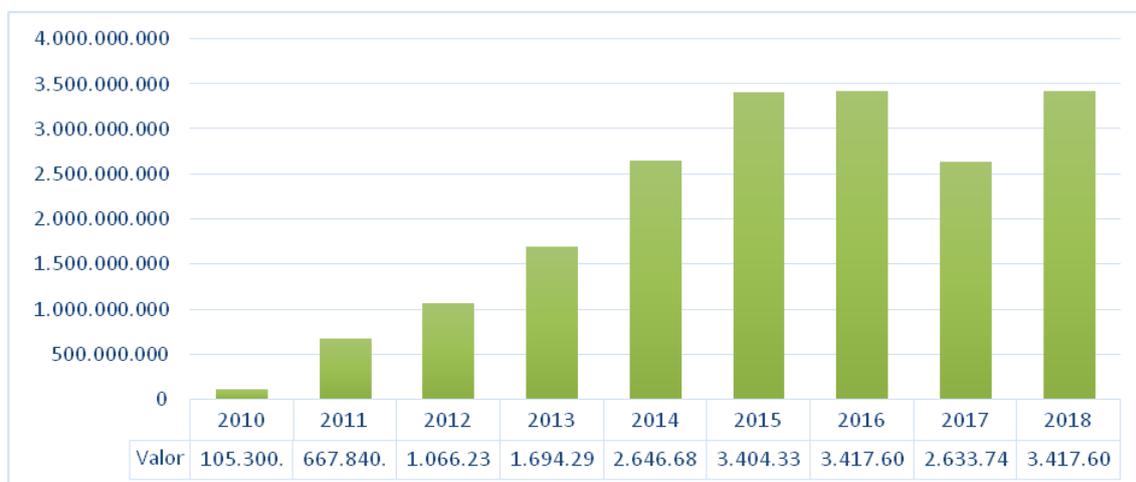
Para compreender a importância das PDPs dentro das políticas industriais no setor de saúde, faz-se necessário um breve levantamento de dados relacionados ao gasto do SUS com medicamentos. Vieira (2018) aponta que, “no total, o gasto do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016”. O levantamento realizado pela autora englobou diversos programas e ações que sobrepõem o programa de assistência farmacêutica, abrangendo itens como implantação e manutenção das farmácias populares, imunobiológicos, segurança transfusional, entre outros que fogem ao escopo do presente trabalho.

Varrichio (2017) ressalta que a universalização da saúde no país promulgada pela Constituição de 1988 tornou o SUS, atualmente, o maior comprador de fármacos, medicamentos e produtos de saúde do

país. Com relação às compras via PDPs, a autora aponta que “as aquisições de medicamentos e produtos realizadas pelo SUS, somente no âmbito das PDPs, entre 2009 e 2015, totalizaram R\$ 9,1 bilhões”. Em apresentação elaborada pelo Ministério da Saúde (2017b), afirma-se que cerca de 30% das compras do governo são por meio de PDPs.

Com a intenção de buscar mostrar os gastos realizados com aquisição de produtos do segmento da base química e biotecnológica por meio de PDPs, foi analisado um documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde cujo conteúdo recebeu sua última atualização em 30/4/2019. Esse registro apresenta uma lista de todas as aquisições realizadas, separada por ano, nome do medicamento, laboratório responsável, modalidade de compra e o endereço eletrônico do Diário Oficial da União, contendo a publicação referente à aquisição. Os resultados apurados são mostrados separados apenas pelo valor gasto por exercício financeiro, sem especificação de cada medicamento (Gráfico 5). Considerando que os dados foram atualizados no primeiro semestre de 2019, apresentam-se apenas os valores de 2010 a 2018.

Gráfico 5: Despesas do governo federal com aquisição de produtos químicos e biotecnológicos via PDPs, Brasil, 2010 a 2018, R\$.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SCTIE/MS (2019).

Há de se reconhecer que os gastos com produtos do segmento de base química e biotecnológica, excetuando a queda verificada no ano de 2017, mostram um crescimento anual das PDPs, evidenciando um provável fortalecimento das políticas industriais do setor de saúde. É um cenário ainda longe do ideal em termos de desenvolvimento nacional, diante dos números apresentados em relação às importações e exportações, mas já é possível vislumbrar um crescimento promissor, desde que as políticas industriais e as ações de PDPs sejam perseguidas como agenda nacional, e não vistas como simples aparato governamental com prazo de validade. De qualquer forma, por mais que o incremento das aquisições por meios das PDPs ainda não seja suficiente para constatar uma diminuição da dependência externa e uma redução do déficit da balança comercial, o fato de conseguir aumentar a aquisição nacionalmente acarreta outros benefícios que vão além do aspecto econômico. A aquisição nacional possibilita um abastecimento mais rápido e constante, evitando a falta de insumos que poderia ocorrer ao se depender da importação. Portanto, partindo de uma visão nacional desenvolvimentista, verifica-se que o aumento do poder de compra do Estado facilitado pelas PDPs possibilita a ampliação do acesso da população a insumos considerados essenciais, diminuindo, conseqüentemente, a vulnerabilidade do SUS.

Nota-se, portanto, o crescente peso das aquisições pela modalidade das PDPs, que tem como premissas a redução do preço de aquisição e a transferência de tecnologia para um laboratório público nacional, integral ou parcialmente. No caso de transferência parcial, na maioria dos casos, um dos

componentes críticos da tecnologia é transferido para um laboratório privado nacional. Por outro lado, convém recordar que as compras via PDPs ocorrem por dispensa de licitação, isto é, o fornecimento é feito diretamente pelo laboratório público. A depender da fase em que a PDP se encontra, a produção de fato pode ser do laboratório público ou do parceiro privado (nacional ou estrangeiro). No período de transição, que pode durar até dez anos, o laboratório público atua como intermediário na venda da produção do parceiro privado. É uma forma de acesso sem concorrência ao mercado público do SUS. Essa é a contrapartida econômica da transferência da tecnologia. Portanto, gradualmente substitui-se a concorrência da licitação pela compra direta para os medicamentos estratégicos do SUS, com os condicionantes de transferência de tecnologia e de redução de preços, conforme previsto no Anexo XCV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 (BRASIL, 2017c).

4.3 Resultados das PDPs com relação à indústria farmacêutica nacional

A Tabela 2 apresenta o total de PDPs de acordo com a fase em que se encontravam em 2018 e os laboratórios públicos e privados (de capital controlador nacional) envolvidos nas parcerias. Embora a rede de laboratórios oficiais conte com quase 30 laboratórios públicos, apenas 12 apresentam PDPs em vigência. Destaque-se que na Tabela 2 constam apenas aqueles em fase III e IV, ou seja, que já tiveram a primeira aquisição do parceiro ou cuja tecnologia já foi transferida ao laboratório público. Nesse sentido, pode-se observar que apenas quatro laboratórios públicos já incorporaram tecnologias referentes a nove medicamentos de base química ou biotecnológica (foram excluídos dessa contagem os produtos de saúde), ou seja, das nove PDPs na fase IV, apenas seis foram concluídas e três delas ainda estão em processo de verificação da transferência de tecnologia (Imatinime e Tracolimo). Inclusive, das concluídas ainda não foi apresentado nenhum relatório de finalização (SCTIE/MS, 2019).

Com relação aos parceiros privados, destacam-se: o laboratório Cristália, cuja sede fica no interior de São Paulo, e a Nortec, sediada na região metropolitana do Rio de Janeiro. Enquanto a primeira possui uma planta produtiva completa (de farmoquímicos a produtos biotecnológicos), a segunda é especializada na produção de farmoquímicos, uma das poucas sobreviventes à abertura comercial dos anos 1990.

Tabela 2: Quantidade de PDPs em fase III e IV por laboratórios nacionais públicos e privados, 2019.

Laboratório público	Fase III	Fase IV	Total	Laboratório privado	Fase III	Fase IV	Total
Farmanguinhos	6	2	8	Cristália	5	5	10
LAFEPE	1	4	5	Nortec	4	2	6
Biomanguinhos	3	1	4	EMS	3	2	5
Bahiafarma	3	0	3	Bionovis	2	0	2
LFM	3	0	3	Blanver	1	1	2
Butantana	3	0	3	Globe	1	2	3
IVB	0	2	2	AxisBiotech	1	0	1
Hemobrás	1	0	1	Laborvida	0	2	2
TECPAR	1	0	1	Libbs	0	1	1
NUPLAM	1	0	1				
LQFEx	1	0	1				
FUNED	0	1	1				
FURP	1	0	1				
Total	24	10	34	Total	17	15	32

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios do Ministério da Saúde (2019).

Nota: O total de PDPs em fase IV é maior do que o demonstrado na Tabela 1, porque Bahiafarma e Farmanguinhos dividem duas PDPs. Já a quantidade de PDPs nas fases III e IV é maior porque em cada PDP pode haver mais de um parceiro privado.

No Quadro 1, estão listados os medicamentos das nove PDPs que se encontram em fase IV. É interessante notar que a data mais recente de primeira aquisição é 2013 (casos do imatinibe), o que significa dizer que em apenas cinco anos laboratórios Farmanguinhos e Instituto Vital Brazil (IVB) foram capazes de incorporar o componente crítico da tecnologia de produção desse medicamento, embora a política permita o prazo de até dez anos. Por outro lado, os casos mais antigos datam de 2011, mostrando um tempo de incorporação da tecnologia de sete anos.

Cabe destacar que o fato de esses laboratórios terem incorporado as tecnologias mencionadas, não significa que houve melhora na competitividade dessas empresas com relação ao mercado externo. Apenas uma análise mais detida nesses aspectos poderia permitir auferir tal feito. No entanto, considerando os objetivos das PDPs, reconhece-se o potencial para a consecução dessa melhoria na competitividade e na redução da dependência, aumentando a sustentabilidade da indústria nacional e do SUS como seu maior demandante.

Quadro 1: PDPs em fase IV, por medicamentos e laboratórios, em novembro de 2018.

Medicamento	Indicação terapêutica	Laboratório público	Laboratório privado	Data de início	Data de 1ª aquisição
Clozapina	Esquizofrenia	LAFEPE	Cristália	2009	2011
Imatinibe (Mesilato de)	Leucemia	Farmanguinhos	Cristália	2012	2013
Imatinibe (Mesilato de)	Leucemia	IVB	Laborvida Globe SEM	2012	2013
Olanzapina	Esquizofrenia e outras psicoses	LAFEPE	Cristália	2009	2012
Quetiapina	Esquizofrenia e outras psicoses	LAFEPE	Cristália	2009	2011
Rivastigmina	Alzheimer e Parkinson	IVB	EMS Laborvida Nortec Globe	2009	2012
Tacrolimo	Profilaxia da rejeição de órgãos	Farmanguinhos	Libbs	2009	2012
Tenofovir	Antorretroviral (AIDS)	FUNED	Blanver Nortec	2009	2011
Tenofovir	Antorretroviral (AIDS)	LAFEPE	Cristália	2009	2011

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios do Ministério da Saúde (2018).

Ressalte-se que apenas os laboratórios privados de capital nacional estão demonstrados no Quadro 1. Em alguns casos, eles são os detentores da tecnologia. Em outros, eles são os receptores de tecnologia de parte do processo produtivo, atuando como fornecedores nacionais aos laboratórios públicos do insumo farmacêutico ativo.

Para buscar verificar o resultado da política sobre o sistema produtivo nacional, ainda que de forma preliminar, foi consultado no painel de preços do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, as compras via PDPs desses medicamentos que se encontram em fase IV. À exceção do Tracolimo, incorporado por Farmanguinhos, e o Tenofovir, incorporado pelo LAFEPE, todos os demais apresentam registro de compras no ano de 2018.

Tabela 3: Quantidade e valores de aquisição em 2018 dos produtos das PDPs em fase IV.

Medicamento	Laboratório público	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Clozapina - 25 MG	LAFEPE	1.473.450	0,28	405.935,48
Clozapina - 100 MG	LAFEPE	30.375.300	1,17	35.630.226,90
Imatinibe (Mesilato de) - 400 MG	IVB	4.949.520	46,61	230.677.536,00
Imatinibe (Mesilato de) - 100 MG	IVB	1.213.200	11,21	13.605.777,00
Olanzapina - 5 MG	LAFEPE	3.649.380	1,69	6.167.452,20
Olanzapina - 10 MG	LAFEPE	20.114.190	2,53	50.888.900,70
Rivastigmina - 1,5 MG	IVB	2.459.460	1,21	2.975.946,60
Rivastigmina - 3 MG	IVB	3.680.340	1,94	7.139.859,60
Rivastigmina - 4,5 MG	IVB	1.898.460	2,22	4.214.581,20
Rivastigmina - 6 MG	IVB	5.185.470	1,37	7.104.093,90
Tacrolimo	Farmanguinhos	0	0,00	0,00
Tenofovir	FUNED*	166.790.000	1,75	291.882.500,00
Tenofovir	LAFEPE	0	0	0

Fonte: Elaboração própria com base no Pannel de Preços do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (2018).

Nota: O registro de compras do Tenofovir está em nome da Blanver, parceiro privado da FUNED nesta PDP.

No total, as aquisições via PDPs dos medicamentos em fase IV superam os R\$ 50 milhões. Destaque-se o caso do Tenofovir, antirretroviral, cujo preço unitário é de apenas R\$ 1,75, mas cujo volume de compra é expressivo, resultando num faturamento da ordem de quase R\$ 300 milhões, apenas com um produto. Além disso, laboratórios como IVB e LAFEPE perceberam um incremento de faturamento da ordem de 265 milhões e 93 milhões, respectivamente. Afora o fato de que não são todos os insumos em fase III das PDPs que estão sendo produzidos nacionalmente, pois a inserção nessa fase se dá com a primeira aquisição do produto pelo Ministério da Saúde, não significando necessariamente que a tecnologia foi completamente transferida, o incremento do faturamento desses laboratórios pode corroborar a importância das PDPs para a viabilidade econômica dos laboratórios públicos, mediante geração de receita própria (ou, dito de outra forma, trata-se de recursos com despesas do Ministério da Saúde que antes iam para o mercado privado no exterior, e que se destinam à compra da produção dos laboratórios da própria rede oficial). Conforme afirma Pimentel (2018), “o processo de transferência inicia-se pelas etapas finais [...]. Nesse ínterim, a entidade privada realiza grande parte, senão a totalidade, das atividades produtivas, sendo por elas remunerada”.

Cabe destacar ainda o estímulo à indústria nacional privada decorrente da política das PDPs. É o caso da Rivastigmina, produzido pelo IVB, cujo parceiro responsável pela produção do insumo farmacêutico ativo é a Globe, cabendo ao laboratório público a formulação final do medicamento.

Considerações finais

Os dados apresentados no decorrer deste trabalho permitem inferir a importância das políticas industriais na área da saúde e a necessidade de uma visão schumpeteriana da busca pela inovação e de uma agenda que priorize o desenvolvimentismo nacional. As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo são ações que seguem essa linha ao incentivar cooperações entre instituições no intuito de aprimorar a produção nacional por meio do desenvolvimento, da transferência e da absorção de tecnologia, buscando tornar o país, e especificamente a área da saúde, menos vulnerável às oscilações econômicas do mercado internacional.

Considerando que a saúde no Brasil é um direito garantido constitucionalmente, criou-se o SUS com o dever de garantir a saúde por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais

que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Nesse sentido, compreende-se que, para o cumprimento das disposições legais acerca do acesso à saúde, o SUS conta com produtos e serviços estratégicos para o atendimento das demandas populacionais.

As políticas industriais destacadas na segunda seção deste trabalho já vinham demonstrando uma crescente preocupação em aliar o processo desenvolvimentista ao setor de saúde, como forma de promoção do desenvolvimento econômico e social. O surgimento das PDPs durante a Política de Desenvolvimento Produtivo (2008) e a sua posterior regulamentação em meio às ações de política industrial inseridas no Plano Brasil Maior garantiram um impulso ao desafio da capacitação e aprendizado tecnológico nacional ao assegurarem incentivos à produção local, o que acarretou, também, a diminuição das fragilidades do SUS e uma economia de recursos, que podem ser destinados a outras necessidades. Com o objetivo de fortalecer o Ceis, as PDPs mostram-se essenciais para alicerçar a base industrial nacional, que após anos de abandono se encontrava estagnada.

Portanto, reconhece-se as PDPs como uma ferramenta favorável ao desenvolvimentismo nacional, cujas ações tendem a aprimorar a capacidade produtiva do país por meio do desenvolvimento e do aprendizado tecnológico, resultando em melhoria ao atendimento das necessidades do setor de saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento econômico e social. Verifica-se nas PDPs uma estratégia, inclusive, de negociação, pois é inegável que o SUS é o maior comprador de medicamentos no país. Sendo assim, o poder público detém em suas mãos um poder de permuta perante o mercado internacional, que pode atrair a transferência tecnológica e impulsionar o desenvolvimento tecnológico nacional.

Conclui-se, assim, que os resultados aportados até o momento pelas PDPs e seu potencial de inovar e promover ações que condicionem e favoreçam o desenvolvimentismo capitalista nacional por meio da melhoria da capacidade produtiva, de maneira que a transferência e conseqüente absorção de tecnologia facilite que a indústria de base química e biotecnológica se torne uma das possíveis indutoras do crescimento socioeconômico do país, são fortes argumentos à sua continuidade dentro das políticas industriais de saúde.

Referências

ABDI – Agência Brasileira de Desenvolvimento. Política industrial, tecnológica e de comércio exterior – PITCE: balanço e perspectivas. Brasília: ABDI, out. 2006. Disponível em: <<http://www.abdi.com.br/Estudo/Balanco%20PITCE%20onov2006.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

ABIFINA – Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. Estatísticas. Disponível em: <http://www.abifina.org.br/estatisticas_saldo.php>. Acesso em: 23 mai. 2018.

BIELSCHOWSKY, R. *Sesenta años de la cepal: estructuralismo y neoestructuralismo*. Revista CEPAL, v. 97, abr. 2009. DOI: <<https://doi.org/10.18356/da9c4c43-es>>

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1º jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde*, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior*. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.anpedu.uerj.br/diretrizes.pdf> . > Acesso em: 25 mai. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 374, de 28 de fevereiro de 2008. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde*. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto374_28_02_2008.html.> Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. *Decreto de 12 de maio de 2008*. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde- GECIS, e dá outras providências. *Revogado pelo Decreto nº 9.245, de 2017*. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm.> Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.540, de 02 de agosto de 2011. *Institui o Plano Brasil Maior – PBM e cria o seu Sistema de Gestão*. Brasília, 2011a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7540.htm./> Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 506, de 21 de março de 2012*. Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto506_21_03_2012.html.> Acesso em: Acesso em: 1º jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012: Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP)*. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto837_18_04_2012.html.> Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Despesa por bloco de financiamento. SIOPS/DATASUS*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/relUN.php?acao=3>.> Acesso em: 1º jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 704, de 8 de março de 2017*. Define a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos dos anexos a esta Portaria. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prto704_10_03_2017.html.> Acesso em: 1º jun. 2018.>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Audiência Pública - a necessidade de Regulamentação da Intercambialidade entre o produto originador e biossimilar*. Brasília, 2017b. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cctci/audiencias-publicas/2017/2017-11-23-apc-a-intercambialidade-entre-o-produto-originador-e-o-biossimilar/ricardo-barcelos-ms>. Acesso em: 2 jun. 2018.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XCV. Dos critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o SUS e do estabelecimento das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) e dos respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação. Brasília, 2017c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo05_03_10_2017.html. Acesso em: 2 jun. 2018.>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parcerias para o desenvolvimento produtivo*. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>.> Acesso em 20 mai. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Painel de Preços*. Disponível em: <<http://paineldepresos.planejamento.gov.br/>. Acesso em 7 nov. 2018.>

BRESSER-PEREIRA, L. C.; GALA, P. *Macroeconomia estruturalista do desenvolvimento*. Revista de Economia Política, v. 30, n. 4, p. 663-686, out./ dez. 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0101-31572010000400007>>

CARRARA, B. S.; VENTURA, C. A. A. *A saúde e o desenvolvimento humano*. Saúde e Transformação Social, v.3, n.4, p.89-96, 2012.

CASTRO, L. B. *Esperança, frustração e aprendizado: a história da nova república (1985-1989)*. In: GIAMBIAGI; F. et al. (orgs.). *Economia brasileira contemporânea: 1945-2010*. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

COSTA, L. S.; METTEN, A.; DELGADO, I. J. G. *As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em saúde na nova agenda de desenvolvimento nacional*. Saúde e Debate, v. 40, n. 111, p. 279-291, out./dez. 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611122>>

FERRAZ, J. C.; PAULA, G. M.; KUPFER, D. Política industrial. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. *Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

GADELHA, C. A. G. *O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 8 n. 2, p. 521-535, 2003. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200015>>

GADELHA, C. A. G. *Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia*. Saúde em Debate; v. 19, n. 71, p. 326-327, set/dez. 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. *O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: conceitos e características gerais*. In: Informe CEIS. VPPIS/FIOCRUZ - Informe CEIS nº 1, ano 1 - Agosto 2010.

GADELHA, C. A. G. *Saúde e desenvolvimento: uma nova abordagem para uma nova política*. Revista de Saúde Pública, v. 46, sup. 1, p. 5-8, dez. 2012. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700002>>

G1. *BNDES renova o profarma até 2012, com orçamento de R\$ 3 bilhões*. 18 out. 2017. Disponível em:

<http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/o,,AA1656877-9356,00-BNDES+RENOVA+O+PROFARMA+ATE+COM+ORCAMENTO+DE+R+BILHOES>htm. Acesso em: 22 mai. 2018.

HASENCLEVER, L. et al. *Uma análise das políticas industriais e tecnológicas entre 2003-2014 e suas implicações para o complexo industrial da saúde*. In: HASENCLEVER, L. et al.(orgs). *Desafios de operação e desenvolvimento do complexo industrial da saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2016.

KOHLI, A. *Coping with globalization: Asian versus Latin American strategies of development, 1980-2010*. *Revista de Economia Política*, v. 32, n. 4, p 531-556, out./dez. 2012. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0101-31572012000400001>>

PEREZ, C. *Technological revolutions and techno-economic paradigms*. *Cambridge Journal of Economics*, v. 34, p. 185-202, 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1093/cje/bep051>>

PIMENTEL, Vitor Paiva. *Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos sob a ótica das compras públicas para inovação: 2009-2017*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 2018. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2018.

SUZIGAN, W.; FURTADO, J. *Política industrial e desenvolvimento*. *Revista de Economia Política*, v. 26, n. 2, p. 163-185, abr./jun. 2006. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0101-31572006000200001>>

TORRES, R. L. *A política de desenvolvimento da indústria farmacêutica brasileira de 2003 a 2014*. p. 74-83. In: *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia Industrial e Inovação*, v.3, n.4, São Paulo: Blucher, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.5151/engpro-ienei-006>>

VARRICHIO, P. C. *SUS: o maior comprador de medicamentos do país*. *Radar*, 52, ago. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8021/1/Radar_n52_SUS.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2018.

VIEIRA, F. S. *Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016*. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/Tds/180117_td_2356.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2018.>

WHO. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, 2001. Disponível em: <<http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch2005/CMHReport.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2018.>

Recebido em 11.11.18

Aprovado em 02.07.19