

Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Development, Innovation and Health: the theoretical and political perspective of the Health Economic-Industrial Complex

Carlos Augusto Grabois Gadelha¹
José Gomes Temporão²

Abstract *The concept and approach of the Health Economic-Industrial Complex (HEIC) were present in the advancement of the Unified Health System (SUS) in the last decades, contributing to the incorporation of an agenda related to the national pattern of development. The paper reconstructs this approach to capture its dynamics and demarcate the vision developed in this paradigm. It reveals the thinking matrices of the field of political economy that provide the analytical substrate for its development, allowing us to confront the reductionist use of the concept. It highlights, therefore, the logical foundations that guided the public policies resulting from this approach, with emphasis on the systemic approach and the use of state purchasing power, through the Productive Development Partnerships (PDP), marking the effort to articulate the social and economic realms of development. At present, this analytical perspective is even more crucial, showing that well-being not only fits into GDP but can also be a lever for a pattern of development committed to the National Health Universal System (SUS), society and economic and technological sovereignty in health.*

Key words *Health economic-industrial complex (HEIC), Development, Innovation, Health political economy, National science, technology and innovation policy*

Resumo *O conceito e a abordagem do Complexo Econômico-Industrial da Saúde estiveram presentes no avanço do SUS nas últimas décadas, contribuindo para incorporar uma agenda relacionada ao padrão nacional de desenvolvimento. O artigo reconstituiu essa abordagem para captar sua dinâmica e demarcar a visão desenvolvida nesse paradigma. Evidencia as matrizes de pensamento do campo da economia política que fornecem o substrato analítico para o seu desenvolvimento, permitindo fazer frente ao uso reducionista do conceito. Destaca, desse modo, os fundamentos analíticos que nortearam as políticas públicas decorrentes dessa abordagem, com ênfase na abordagem sistêmica e na utilização do poder de compra do Estado, mediante as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), marcando o esforço para articular a dimensão social e a econômica do desenvolvimento. No presente, essa perspectiva analítica é ainda mais crucial, evidenciando que o bem-estar não apenas cabe no PIB, mas pode se constituir em uma alavanca de um padrão de desenvolvimento comprometido com o SUS, a sociedade e a soberania econômica e tecnológica em saúde.*

Palavras-chave *Complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), Desenvolvimento, Inovação, Economia política da saúde, Política nacional de ciência, tecnologia e inovação*

¹ Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento, Complexo Econômico-Industrial e Inovação em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Brasil 3800, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil.

carlos.gadelha@fiocruz.br
² Ex-Ministro da Saúde do Brasil. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O conceito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) foi desenvolvido em trabalhos de pesquisa realizados no início dos anos 2000^{1,2}. Inicialmente designado como “Complexo da Saúde”, adquiriu diferentes denominações em função das ênfases buscadas em sua aplicação teórica e política: Complexo Industrial da Saúde, Complexo Produtivo da Saúde e Complexo Industrial e de Serviços em Saúde. Destaca-se também, em sua concepção, a contribuição pioneira para a análise da área de vacinas – particularmente do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI) –, como um dos segmentos produtivos do CEIS que melhor permitia apreender a mútua determinação social e econômica do desenvolvimento^{3,4}.

Esse esforço, favorecido pelo encontro e interação acadêmica e política dos autores, aliou a visão de saúde coletiva com a de economia política. Foram efetuadas pesquisas e propostas de intervenção, que subsidiaram o pensamento estratégico e prospectivo em saúde na Fiocruz, tendo como marco a criação, em 2002, do Projeto Inovação, sob a coordenação executiva dos autores. Envolveu também uma frente de formação em saúde, com a organização, no mesmo ano, da disciplina “Complexo Industrial da Saúde” na pós-graduação da ENSP/Fiocruz.

Como tem ocorrido em diversos campos da saúde coletiva, assistiu-se a uma profícua interação entre o mundo das ideias e o das políticas públicas, caracterizando uma práxis de impacto relevante nas políticas de saúde e de desenvolvimento. O tema ganhou densidade a partir de 2008, com o início de uma ação política abrangente voltada para o desenvolvimento do CEIS no País, sob a liderança do Ministério da Saúde (MS).

Este artigo retoma as ideias-força da perspectiva do CEIS, de modo a demarcar a visão incorporada nesse paradigma, permitindo fazer frente ao uso reducionista e não dialético do conceito. Entende-se que esse esforço é decisivo para a consolidação do SUS e de um projeto nacional de desenvolvimento assentado, simultaneamente, na constituição de sistemas universais e em bases produtivas e de inovação fortes, soberanas e socialmente orientadas.

Nessa direção, mais do que recontar a história de uma política inovadora – já abordada em outros trabalhos⁵⁻⁹ – o artigo realiza uma reconstrução conceitual, explicitando os fundamentos

analíticos centrais do CEIS e as grandes linhas das políticas públicas decorrentes.

O enfoque metodológico do CEIS

A concepção do CEIS delineou um programa de pesquisa, no sentido epistemológico do termo¹⁰, inserindo uma lógica sistêmica e estruturalmente hierarquizada para o tratamento do sistema produtivo e de inovação em saúde em sua relação com o SUS. Nesse sentido, foi efetuado um esforço de reconstituição de um objeto e de um programa de pesquisa que procurasse avançar na perspectiva de investigação da relação entre saúde e sociedade e sobre a saúde no contexto capitalista, que já estavam presentes no País em diversos momentos do século passado (a exemplo dos trabalhos de sanitaristas como Mario Magalhães da Silveira, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, entre outros que constituíram o campo da saúde coletiva e da medicina social em nosso País¹¹).

Procurou-se incorporar avanços analíticos e metodológicos dessas concepções em um programa específico para associar as vertentes econômicas e sociais do desenvolvimento de modo endógeno e não como duas dimensões analiticamente cindidas. A incorporação metodológica da base conceitual de economia política e de corte estruturalista no campo social se apresentava como o grande desafio desse programa de pesquisa. O que era gasto, passava a ser compreendido como investimento; no lugar da estática alocativa, enfatizava-se a dinâmica e a inovação; em vez de setor, a dimensão sistêmica predominava; a estrutura econômica e social foram interligadas; e o mundo do conhecimento e da tecnologia se confrontava com as necessidades sociais e humanas.

Mais especificamente, o programa de pesquisa envolvia o levantamento sistemático, primário e secundário, nacional e internacional, histórico e prospectivo, das dimensões social (incluindo a demográfica e a territorial); econômica e da base produtiva industrial e de serviços; da ciência, tecnologia e inovação em saúde; e do papel do Estado e das políticas públicas.

Entre a base de dados e informações utilizadas, em abrangência nacional e internacional, histórica e prospectiva, cabe destacar as seguintes áreas temáticas essenciais para a abordagem que nortearam o levantamento de informações¹²: condições e tendências de saúde; base produtiva do CEIS, incorporando a produção industrial e de serviços em saúde; atividades de ciência, tec-

nologia e inovação em Saúde (CT&IS); e Políticas públicas relacionadas, direta ou indiretamente ao CEIS.

Além do levantamento sistemático da literatura, de informações oficiais – com grande destaque para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE e para os sistemas de informação do SUS – e da utilização de informações primárias, com levantamento de dados e entrevistas junto a atores-chave das áreas pública e privada, foram produzidas e (re)analisadas informações, com base no enfoque diferenciado adotado.

Cabe destacar dois conjuntos de busca e sistematização de informações que fundamentaram e conferiram legitimação acadêmica e política a esse programa de pesquisa, considerando a desarticulação cognitiva e política entre as áreas da saúde e de desenvolvimento produtivo e da inovação. Em primeiro lugar, o foco no sistema produtivo da saúde, e não apenas em setores específicos, teve, como desdobramento, a geração de evidências do peso e da sua importância social e econômica. Estimativas preliminares foram efetuadas com base nas informações disponíveis, e validadas, em sua essência, nas pesquisas das contas-satélite da saúde pelo IBGE que passaram a ser realizadas a partir de 2009¹³, confirmando a posição do CEIS na economia brasileira.

Em segundo lugar, foi conferido destaque às informações da balança comercial como indicador de vulnerabilidade e dependência, com um tratamento metodológico que refletisse a base teórica do CEIS, a partir da base de dados do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços (MDIC)¹⁴. A limitação dos paradigmas setoriais usuais não induzia ao levantamento agregado de uma informação estratégica, de fácil acesso e de forte conteúdo analítico e político: a balança comercial em saúde.

Matrizes teóricas, resultados e discussão

Estão presentes, como fundamentos teóricos no conceito do CEIS, quatro matrizes provenientes de pensadores e escolas essenciais para compreender a natureza do desenvolvimento no capitalismo: a marxista^{15,16}, a schumpeteriana¹⁷, a keynesiana¹⁸ e a estruturalista, essa última com ênfase na visão de Celso Furtado^{19,20}.

Pode-se indicar os aspectos centrais teóricos e políticos incorporados na abordagem do CEIS, que se basearam em elementos, em grande medida convergentes e complementares, descritos a seguir:

Inovação como um processo de transformação política, econômica e social

A percepção rigorosa do conceito de *inovação* é adotada na abordagem do CEIS, incorporando a transformação social, política, econômica e institucional associada à mudança da base produtiva e tecnológica. A dinâmica captada por Marx e Schumpeter para caracterizar o capitalismo como um sistema em permanente transformação é apreendida no âmbito da saúde.

O desenvolvimento é caracterizado, assim, como um processo não linear que está associado a *mudanças estruturais* que não decorrem da expansão da base produtiva e social preexistente. Se, de um lado, a história possui um papel-chave, uma vez que não existem modelos gerais de organização da sociedade e do mercado que levem à expansão e à convergência; de outro, a intencionalidade dos agentes e ação da sociedade e do Estado possuem um peso decisivo para transformar as condições prévias, sem o que o sistema produtivo e social pode ficar trancado no passado (*lock in effect*).

Articulação endógena entre a lógica econômica e a social

Como decorrência e desdobramento analítico da utilização da visão marxista, procurou-se apreender a *dialética do desenvolvimento na saúde*. Essa incorpora tanto a esfera da circulação do capital, captada com profundidade no livro clássico de Hésio Cordeiro²¹, que objetivava, nas palavras do autor, contribuir com *uma primeira aproximação à crítica dos modelos teóricos vigentes sobre o consumo de ações de saúde* (apresentação, pg. XIII) – indicando a influência do “complexo médico-industrial” sobre a demanda – quanto a compreensão do campo da saúde como um espaço estratégico do desenvolvimento das forças produtivas, de criação de valor e de geração de investimento, renda, emprego, conhecimento e inovação.

O grande desafio é captar, no campo da saúde, a relação dialética entre o desenvolvimento das forças produtivas e sua contradição com as relações sociais de produção. Há um processo, simultâneo, de expansão do investimento, da renda e do emprego e de exclusão, desigualdade e instabilidade. É na busca dessa compreensão dialética que o CEIS emerge como uma abordagem crítica de economia política: supera, de um lado, a visão reducionista, economicista e técnica centrada nas cadeias produtivas e setores de atividade e, de

outro, uma visão insulada da área da saúde e do campo da proteção social e bem-estar. Ressaltou-se a articulação endógena entre as dimensões sociais e as econômicas do desenvolvimento. A decisão econômica e dos investimentos embute um modelo de sociedade, ao mesmo tempo em que um modelo de sociedade, inclusivo e equânime, exige uma determinada estrutura produtiva e de CT&I.

Assimetria, soberania nacional e a sustentabilidade do SUS

A desigualdade nos padrões nacionais de desenvolvimento e a tendência à polarização, marca essencial da abordagem estruturalista, foram incorporadas no contexto da geopolítica global. As assimetrias de poder, que conformam e reproduzem um sistema centro-periferia, estão assentadas na direção e na difusão desigual do progresso técnico. A dinâmica da inovação é assimétrica e gera polaridades entre classes sociais, regiões e países, caracterizando um processo de modernização com marginalização, que também se manifesta, com força, em sua dimensão internacional^{19,22}.

A saúde reproduz a lógica do sistema centro-periferia, como se evidencia pela análise das relações comerciais. O Gráfico 1 marca duas

décadas de sistematização da balança comercial do CEIS da saúde demonstrando a dependência desta no contexto das assimetrias globais. Em um período de 20 anos, em plena construção do SUS, o déficit apresenta um aumento exponencial – evidenciando a fragilidade tecnológica global – saindo do patamar de US\$ 3,0 bilhões para US\$ 12 bilhões (em seguida arrefece um pouco influenciado pela depressão da economia brasileira).

Do ponto de vista analítico, o déficit demonstrava que, justamente num período de expansão do SUS e de ampliação do acesso, o bloqueio estrutural ao desenvolvimento se apresentava como vulnerabilidade em saúde. O risco da reprimarização econômica, da dependência e da perda de liberdade para a concepção e implementação de políticas universais mostrava sua face perversa.

Visão sistêmica

O CEIS, analiticamente, constitui um espaço institucional delimitado, político, econômico e social, no qual se realiza a produção e a inovação em saúde, captando sua dinâmica interdependente. Além da interação econômica e tecnológica há também uma institucionalidade comum (órgãos de regulação sanitária, de incorporação tecnológica, de ética em pesquisa, entre outros),

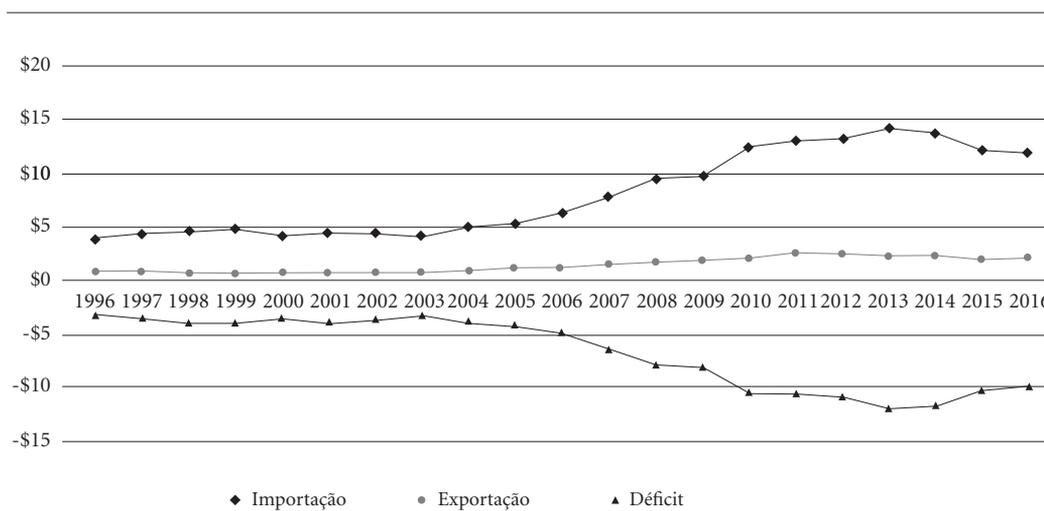


Gráfico 1. Evolução do Déficit da Balança Comercial da Saúde (Valores em US\$ bilhões, atualizados pelo IPC/EUA).

Fonte: Elaborado pelos autores em colaboração com Cesário BB, a partir da base de informações da Coordenação das Ações de Prospecção da Presidência/Grupo de Estudos sobre Desenvolvimento, Complexo Econômico-Industrial e Inovação em Saúde da Fiocruz, a partir de dados de BRASIL. Alice Web [Internet]. [acesso em janeiro/2017]. Disponível em: <http://aliceweb.mdic.gov.br>

envolvendo diversas políticas, programas e ações cujas decisões, implícita ou explicitamente, arbitram práticas, serviços e produtos que se tornam dominantes e outros que reduzem sua importância relativa ou mesmo são eliminados.

Por um lado, a perspectiva sistêmica deveria ser uma decorrência natural da visão de saúde coletiva. Se o SUS é pensado como sistema, sua base produtiva, material e de conhecimento também teria que ser analisada de modo sistêmico para captar as interdependências e interação com o sistema de saúde. Restringir o tema da base produtiva aos “insumos em saúde” significa, inadvertidamente, assumir uma inaceitável relação de que o “bem” industrial é o “insumo” e a saúde – ou mesmo os serviços – o seu resultado natural (o produto final).

Por outro lado, o tratamento da inovação também requer um enfoque sistêmico, conforme a escola neoschumpeteriana passou a enfatizar no conceito dos “Sistemas Nacionais de Inovação”, incorporando a política, a sociedade, as instituições, o papel dos Estados Nacionais e suas formas de organização, envolvendo uma práxis entre o pensar, o saber e o fazer²³⁻²⁵.

A lógica do CEIS se insere nessas tradições, captando a interface entre os sistemas nacionais de saúde e os sistemas nacionais de inovação.

Constitui a arena central na qual a tensão entre os interesses do capital e os sociais se concretiza na saúde e onde o conhecimento se torna riqueza, gerando, ao mesmo tempo, iniquidade social, regional e territorial. Contribui, portanto, para a compreensão da dinâmica da reprodução do capital e sua interação com a sociedade, contribuindo para uma perspectiva política de desmercantilização do acesso à saúde²⁶ com a estruturação de sistemas nacionais mais autônomos e soberanos.

A Figura 1 apresenta uma morfologia descritiva e simplificada do CEIS, permitindo apresentar a conformação do sistema produtivo e de inovação e dos subsistemas e segmentos produtivos desse espaço econômico, social e institucional.

Papel do Estado

Perpassa toda abordagem do CEIS a perspectiva de que o mercado não possui o atributo natural de gerar eficiência e bem-estar. Sobressai nesse tema a perspectiva da matriz keynesiana que forneceu elementos teóricos essenciais para as concepções que permitiram tanto a sustentação dos investimentos quanto a conformação de Estados de Bem-Estar na Europa do pós-guerra. O paradigma de Keynes, ao se contrapor à escola liberal e neoclássica, assumia claramente a

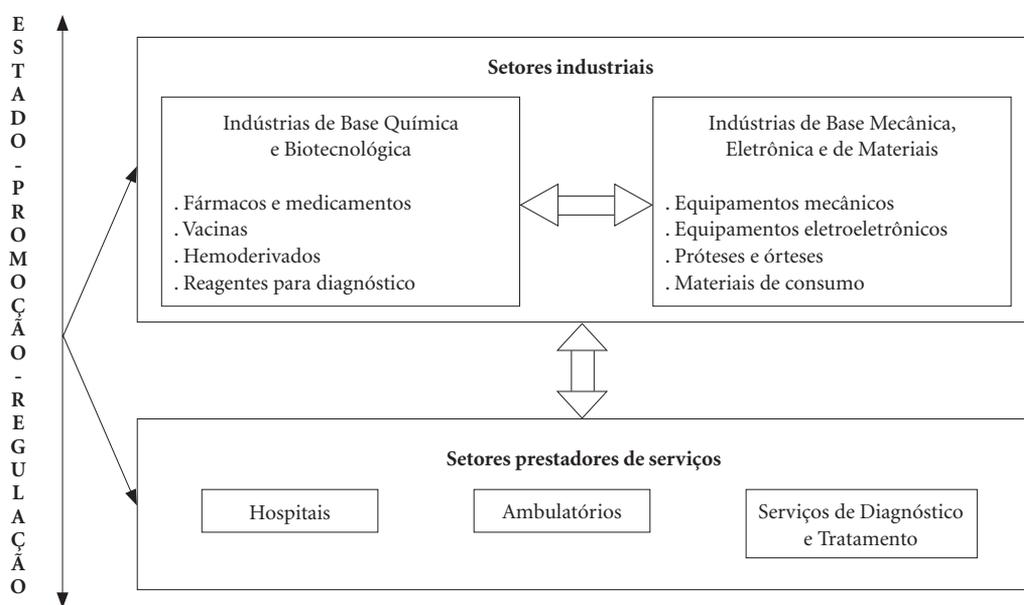


Figura 1. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: Morfologia.

não identidade entre o interesse individual e o coletivo, base de sua defesa do Estado, inclusive na orientação dos investimentos. A seguinte passagem de seu artigo de 1926 (anterior à crise de 1929) ressalta a tensão entre o interesse individual e o coletivo e a própria inexistência de agentes racionais, que sequer são capazes de defender seus próprios interesses quanto mais os interesses públicos fruto da atuação da “mão invisível” do mercado. Nas palavras do autor:

O mundo não é governado do alto de forma que o interesse particular e o social sempre coincidam. Não é administrado aqui embaixo para que na prática eles coincidam. Não constitui uma dedução correta dos princípios de Economia que o autointeresse esclarecido sempre atua a favor do interesse público. Nem é verdade que o autointeresse seja geralmente esclarecido; mais frequentemente, os indivíduos que agem separadamente na promoção de seus próprios objetivos são excessivamente ignorantes ou fracos até para atingi-los (Keynes, o Fim do Laissez Faire¹⁸).

É com base nessa matriz que o papel do Estado na orientação dos investimentos mostra-se central para a abordagem do CEIS, como também indicado na Figura 1. Ao mesmo tempo se introduz na agenda a necessidade de se pensar formas de intervenção que associem a dinâmica econômica e da inovação à dinâmica social, como parte de um programa de pesquisa comprometido com a ação política.

A concepção do CEIS em ação

A perspectiva política do CEIS vincula-se a matriz keynesiana, ao mesmo tempo em que incorpora o processo de transformação de longo prazo e estrutural da base produtiva, econômica e social, que marcam as matrizes marxista, schumpeteriana e estruturalista. Emergiram deste paradigma duas perspectivas estratégicas para a ação do Estado que, a partir de 2008, passaram a pautar as políticas para o CEIS.

Em primeiro lugar, a natureza da abordagem CEIS requer um *padrão sistêmico de intervenção do Estado*. Diversas interfaces de política pública se mostram críticas para um padrão de intervenção que incida sobre os investimentos, a transformação produtiva e a inovação e que seja orientado para as necessidades do SUS. Destaca-se, em particular, a articulação da política de saúde com a política industrial e de CT&I.

Nesse aspecto, o marco da experiência brasileira foi o lançamento da Política de Desenvol-

vimento Produtivo em 12/05/2008, que situou o CEIS nas prioridades da nova política industrial brasileira. Antecedeu, e foi decisivo para esse processo, a inserção do Complexo como um eixo estratégico do Planejamento do MS para o período 2008/2011, no âmbito do Programa Mais Saúde²⁷. A incorporação dessa visão nas políticas governamentais transformava em ação concreta a perspectiva do Complexo, por meio da qual passaram a convergir uma série de instrumentos e ações de política pública.

No mesmo ato de lançamento da Política de Desenvolvimento Produtivo, foi instituído o Grupo Executivo para o Complexo Industrial da Saúde (GECIS)²⁸, como instância política de coordenação, constituindo um marco histórico de intervenção sistêmica. Coordenado pelo MS, o GECIS reunia a representação formal de quatorze órgãos ou entidades da Administração Pública, envolvendo o núcleo decisório da política nacional de desenvolvimento (Casa Civil, Ministério da Fazenda e do Planejamento, de Relações Exteriores, MDIC e de Ciência, Tecnologia e Inovação), agências nacionais de fomento e regulação e instituições de CT&I. A direção nacional do SUS passava, ineditamente, a coordenar uma política prioritária de desenvolvimento industrial, tecnológico e de inovação, colocando-se como instância de articulação da área econômica, industrial e tecnológica para atender aos imperativos do SUS.

Em segundo lugar, o marco teórico do CEIS destaca, entre todos os instrumentos de indução e de regulação, *o uso do poder de compra do Estado* como fator estruturante para superar as condições de dependência e de atraso na produção e na inovação em saúde. De um lado, o poder de compra e as políticas estatais orientadas por missão constituem a principal força por trás de processos mais substantivos e arriscados de transformação produtiva²⁹. De outro lado, o papel estratégico desse instrumento de intervenção pública se relaciona ao próprio vínculo defendido entre as dimensões econômicas e as sociais do desenvolvimento. O elo crítico dessa relação, e que subordina a política industrial e de inovação às necessidades do sistema de saúde, está justamente no atendimento às demandas do SUS que envolvem a transformação produtiva no sentido de seu adensamento tecnológico.

O instrumento concebido em 2008, cuja operacionalização se inicia no período 2009/2010, foi o das *Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo* (PDP) como uma ação específica coordenada pelo MS (não devendo ser confundido com a política de desenvolvimento produtivo mencio-

nada anteriormente). Sem pretender entrar aqui em todas as etapas de sua implementação e em um maior detalhamento, realizados em trabalhos recentes⁵⁻⁹, o importante a enfatizar é que essa foi a forma concreta e inovadora de efetivar o uso do poder de compra para a transformação no sistema produtivo da saúde. Permitia, a um só tempo, aumentar a autonomia nas áreas de maior dependência tecnológica e orientar os projetos de investimento de acordo com as demandas de saúde, conforme definido pelo Ministério nas sucessivas publicações das listas de produtos estratégicos para os projetos de PDP.

O modelo básico das PDP envolve a utilização das compras, realizadas centralizadamente pelo MS, de produtos (normalmente de alto custo e maior complexidade tecnológica), que eram adquiridos no mercado (com grande participação de importações), para estimular a produção local, envolvendo a transferência de tecnologia. A produção local ocorre pelo estabelecimento de uma parceria entre a empresa detentora da tecnologia e uma instituição pública qualificada para atender ao SUS durante o período de absorção tecnológica (sendo a Fiocruz e o Butantan as mais importantes). Esse processo assume a forma de encomenda tecnológica, considerando que os produtores públicos podem ofertar diretamente ao SUS sem processos rotineiros de licitação, mas tendo que obedecer aos princípios de economicidade e vantajosidade.

O programa segue o dispositivo constitucional de que o mercado interno integra o patrimônio nacional, entre outros do marco legal e constitucional vigentes. No lugar de um simples processo administrativo, as compras públicas se tornam um instrumento de capacitação tecnológica e desenvolvimento da base produtiva do CEIS, visando reduzir a vulnerabilidade do SUS e a geração de investimentos, emprego e renda. O processo altera estruturalmente o mercado da saúde, pois reduz as práticas monopolistas, mediante uma progressiva presença de instituições públicas (MS e produtores públicos) em seu direcionamento. Nesse sentido, apesar da confusão entre as siglas, o processo não consiste em uma Parceria Público-Privada clássica (PPP), uma vez que envolve a participação do Estado e das instituições públicas produtoras em mercados que antes eram apenas privados.

Dois antecedentes do uso desse instrumento devem ser destacados. O primeiro e mais antigo foi observado no caso das vacinas com a criação do PASNI, em 1985, frente a uma crise de abastecimento ocorrida na primeira metade de

1980, para o atendimento das necessidades do PNI (criado em 1973), envolvendo processos de transferência de tecnologia para os produtores locais, associados ao uso do poder de compra do Estado^{3,4,30}.

O outro antecedente que representou o uso pioneiro do modelo das PDP foi associado ao licenciamento compulsório das patentes do Efavirenz, em 4 de maio de 2007³¹, para garantir a sustentabilidade do Programa Nacional de Aids frente aos elevados preços praticados. De fato, essa foi, de modo não intencional, uma experiência piloto da política desenvolvida, tendo à frente o estabelecimento de uma articulação da Fiocruz com produtores nacionais de fármacos no País, capazes de reproduzir e transferir a tecnologia do produto. Fornecia também uma base factual muito concreta para a vulnerabilidade do SUS e para a necessidade de desenvolver o CEIS no Brasil, mediante indução via o uso do poder de compra e a regulação do Estado (propriedade intelectual e sanitária) para articular a lógica social com a lógica econômica e da inovação como dimensões interdependentes.

As bases teóricas e políticas da concepção do CEIS e a sua inserção na política nacional de desenvolvimento e na política de saúde, em conjunto com os antecedentes mencionados, forneceram a base para iniciar o processo de implementação das PDP a partir de 2009/2010, tendo 19 projetos aprovados e 1 aquisição efetiva. Essa política ganha escala e se institucionaliza com os marcos regulatórios formalizados no período 2011/2014, perfazendo 106 projetos aprovados até 2014, com 75 aquisições. No momento atual, esse instrumento se mantém (Quadro 1), apesar de enfrentar novos e complexos desafios derivados da instabilidade do novo contexto político e institucional³².

A avaliação dos resultados dessa política inovadora e sistêmica ainda requer maior tempo de consolidação, considerando o desafio de transformação da estrutura produtiva nacional em saúde, mas já é possível captar o seu movimento.

Como ponto de partida mais estratégico, passou a haver uma convergência entre as distintas áreas de governo e eixos de intervenção, raramente observada em uma política pública de desenvolvimento coordenada por um ministério da área social. É importante sinalizar que, para os produtos aprovados de modo colegiado no âmbito de instituições participantes do GECIS, observou-se a convergências dos instrumentos de definição de prioridades e do uso do poder de compra (MS), de financiamento (BNDES e FINEP) e

de regulação (INPI, INMETRO e ANVISA), e de CT&I (MCTI e Fiocruz), além do vínculo com

políticas nacionais mais abrangentes como a industrial (MDIC), de Relações Exteriores (MRE), da área econômica e de decisões que envolviam a coordenação no âmbito da Casa Civil. No âmbito dessas, pode-se destacar a mudança da legislação de compras ocorrida em 2012, fortalecendo o marco legal das PDP (alteração do artigo 24 da Lei 8666 com inclusão do inciso XXXII e do parágrafo 2º, consolidando, respectivamente, o mecanismo de transferência de tecnologia e a atuação das Instituições Públicas).

O Quadro 1 apresenta um retrato da situação atual, evidenciando a força da política para o CEIS, fruto dessa construção histórica. No presente, 114 parcerias estão aprovadas e vigentes, sendo que 84 em execução, 25 em fase de formalização dos termos de compromisso e 5 de pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Dentre as parcerias que estão sendo implementadas com processos em andamento de transferência de tecnologias, 67 produtos estão sendo desenvolvidos, sendo 50 medicamentos com seus respectivos princípios ativos, 12 equipamentos e materiais e 5 vacinas do PNI. Por fim, o Quadro mostra que as parcerias mobilizam um conjunto expressivo de 60 produtores, envolvendo 42 privados e 18 públicos, que implementam as parcerias para os produtos estratégicos do MS.

O Gráfico 2 mostra que, em termos de entrega de produtos, houve uma evolução no período 2011/2014, elevando-se 134% em um período de 4 anos, representando 35% das compras centralizadas de medicamentos do MS. Os projetos de PDP, por sua vez, segundo levantamento de campo efetuado no período 2012/2013, envolveram a previsão de investimentos de R\$ 13 bilhões, somando-se os recursos orçamentários com os créditos fornecidos pelas agências públicas de fomento, com geração de efeito imediato na atividade econômica.

Além desse impacto econômico, é importante enfatizar que o objetivo de obtenção de maior segurança sanitária e produtiva para o abastecimento do SUS é intrínseco ao instrumento de PDP, uma vez que reduz as situações estruturais de oligopólio pela entrada de novos produtores com a participação de instituições públicas. Em uma perspectiva de longo prazo, as PDP também geram maior estabilidade nos preços de aquisição frente às oscilações do mercado mundial. Em todos os marcos normativos desse instrumento, implícitos ou explícitos, há uma previsão de que o preço dos produtos objetos de PDP, quando entregues ao MS, apresentem uma redução progressiva frente ao preço de aquisição do ano que

Quadro 1. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo*. Posição em 31/12/2017.

PDP em execução	
Medicamentos	67
Equipamentos e materiais e produtos para diagnósticos	12
Vacinas	5
Total Geral	84
PDP de pesquisa e desenvolvimento**	
Medicamentos	4
Equipamentos e materiais e produtos para diagnósticos	1
Vacinas	0
Total Geral	5
Novas PDP Aprovadas (em fase de formalização)	
Medicamentos	25
Equipamentos e materiais e produtos para diagnósticos	0
Vacinas	0
Total Geral	25
Consolidado das PDP Aprovadas e em Execução	
Medicamentos	96
Equipamentos e materiais e produtos para diagnósticos	13
Vacinas	5
Total Geral	114
Produtos em Transferência e Desenvolvimento de Tecnologia nas PDP**	
Medicamentos	50
Equipamentos e materiais objetos de PDP	12
Vacinas	5
Total Geral	67
Produtores com Projetos de Parceria Tecnológica nas PDP	
Instituições públicas	18
Empresas privadas	42
Total Geral	60

* Parcerias ativas no momento do levantamento e parcerias aprovadas em fase de formalização. Parcerias extintas não são consideradas. ** O número de PDP e de produtos não coincide, pois um mesmo produto pode ser objeto de mais de uma PDP. Não foram considerados os produtos das novas PDP aprovadas que ainda não se iniciaram.

Fonte: Elaborado pelos autores em colaboração com Nascimento MAC. Coordenação das Ações de Prospecção da Presidência/Grupo de Estudos sobre Desenvolvimento, Complexo Econômico-Industrial e Inovação em Saúde da Fiocruz, a partir das informações da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde - SCTIE/MS, 2017. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) - Ministério da Saúde - Portal da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>.

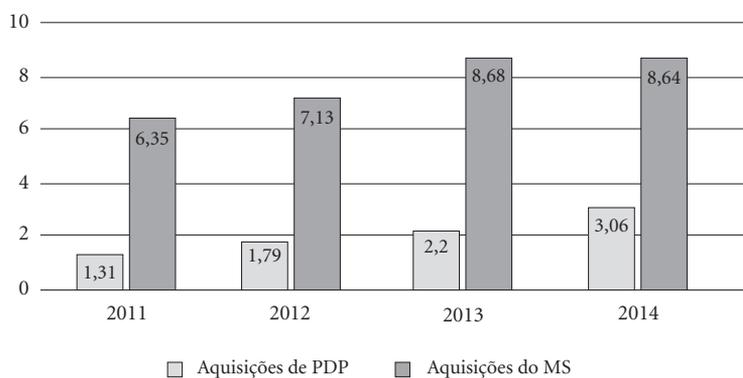


Gráfico 2. Aquisições efetivas de PDP nas compras do MS (R\$ Bilhões)

Fonte: Elaborado pelos autores em colaboração com Nascimento MAC. Coordenação das Ações de Prospecção da Presidência/ Grupo de Estudos sobre Desenvolvimento, Complexo Econômico-Industrial e Inovação em Saúde da Fiocruz, a partir das informações da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde - SCTIE/MS, 2017. Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) - Ministério da Saúde - Portal da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/grupo-executivo-do-complexo-industrial-da-saude-gecis>

a antecede. Estimativa realizada pela SCTIE/MS indica que, no período de 2011 a maio de 2017, quando as PDP ganharam escala, a economia acumulada do MS foi de R\$ 4,68 bilhões, quando se compara os preços do ano anterior às PDP com os praticados após o início de sua implementação³³.

Note-se que os preços dos produtos das PDP, que inicialmente representam o piso das aquisições, em função do mecanismo descrito, passam imediatamente a representar o teto de referência após sua efetivação. As empresas, cuja posição de mercado foi afetada, para acesso ao mercado público, passam a efetuar um ataque de preço para deslegitimar e destruir a PDP. Esse mecanismo complexo significa que visões estáticas de comparação de preços, que não considerem esse efeito dinâmico de longo prazo, acabam se tornando meios, mesmo que não intencionais, para legitimar e reforçar a situação anterior de domínio dos oligopólios característicos da saúde.

Observe-se que todos os produtos das PDP fazem parte da demanda do SUS, cujas aquisições são efetuadas (ou são passíveis de serem efetuadas) pelo MS. São predominantemente de alto custo e maior complexidade tecnológica, ou fazem parte de programas cuja implementação ocorre no âmbito do Governo Federal. Esse fato

coloca uma restrição objetiva: os produtos, cuja aquisição seja descentralizada ou cujo horizonte tecnológico não seja contemplado pelas capacidades das instituições públicas, não podem ser objeto de PDP. Em decorrência, os produtos para atenção básica, muitos equipamentos e materiais, entre outros de execução descentralizada, não podem ser incluídos no instrumento das PDP, carecendo de outras iniciativas, como é o caso dos medicamentos negligenciados (os tradicionais e os “novos negligenciados”, como os para tratamento oncológico infantil).

Em síntese, a atuação do Estado para o CEIS caracterizou uma significativa inovação institucional de intervenção sistêmica e de articulação entre as políticas econômicas e sociais, envolvendo particularmente a política industrial e de inovação e a política de saúde, sob o comando desta última. Essa iniciativa ocorreu sobretudo pelo estabelecimento de PDP, representando um primeiro caminho possível, no contexto da institucionalidade do sistema produtivo brasileiro. Os dados apresentados permitem afirmar que a evolução foi expressiva, mas novos desafios estruturantes ainda se colocam dada a dimensão da tarefa de mudar e subordinar o sistema produtivo da saúde aos requerimentos do SUS.

Comentário final

Esse artigo evidenciou o longo percurso teórico e político que marcou a abordagem do CEIS, configurando claramente uma práxis. Em termos de sua concepção geral foi fortalecida a agenda em torno da interação entre desenvolvimento, saúde e inovação, havendo, inclusive, uma série de iniciativas acadêmicas que privilegiaram o tema do CEIS e a relação entre desenvolvimento e saúde. Foi mobilizado um amplo conjunto de autores que compartilharam esse tema ou ao menos essa preocupação analítica, ainda que preservando, como é natural, uma grande diversidade de enfoques e de perspectivas teóricas e políticas³⁴⁻³⁷.

Certamente muitos outros temas se mostram áreas decisivas para a continuidade desse programa de pesquisa comprometido com a transformação econômica e social, a equidade, a inclusão e a sustentabilidade. Referimo-nos especialmente à questão global e local da sustentabilidade, o predomínio da lógica financeira que limita, ao mesmo tempo, a produção e o desenvolvimento produtivo e o bem-estar, e uma atualização da economia política que envolve o capitalismo em sua fase atual e o CEIS em particular.

Pode-se, enfim, afirmar que o conceito e a abordagem do CEIS estiveram presentes no avanço do SUS nas últimas décadas, contribuindo para incorporar uma agenda relacionada, de modo amplo, ao padrão nacional de desenvolvimento, que envolve a articulação das dimensões econômicas, sociais e da base produtiva e de inovação. No presente, essa perspectiva se mostra tal-

vez ainda mais crucial e passível de generalização, para evidenciar que o bem-estar não apenas cabe no PIB, mas pode se constituir numa alavanca de um padrão de desenvolvimento comprometido com a sociedade e os desafios nacionais³⁸.

Em que pese a continuidade dos programas que foram criados, há grandes riscos para a perspectiva que foi construída. Essa partiu da existência de três pilares estruturantes de sustentação e que, no presente, estão sob ataque pelo paradigma neoliberal, a saber: a consolidação do SUS como um sistema universal e com financiamento público predominante, a centralidade do desenvolvimento da base produtiva nacional e o valor social e econômico do sistema de CT&I. Sem esses pilares, perde-se o vínculo teórico e político do CEIS com a construção de um sistema de bem-estar e de saúde, em particular, que seja autônomo, equânime, inclusivo, economicamente dinâmico e pautado pela sustentabilidade ambiental e do próprio padrão nacional de desenvolvimento.

Mais uma vez o campo do conhecimento e da política devem ser articulados. A conjuntura atual impõe a necessidade de enfatizar que a saúde (e o bem-estar) constitui uma oportunidade para sair da crise, sendo uma fonte de mudança estrutural e social, como as matrizes teóricas do CEIS evidenciam, olhadas sempre pelas lentes estruturalistas e sanitárias que marcaram o encontro dos autores desse artigo. Procurou-se fazer jus à ousadia e à liberdade de pensamento dos fundadores do campo da saúde coletiva que levaram à criação do SUS como um grande projeto de um novo padrão de desenvolvimento em nosso País.

Colaboradores

CAG Gadelha e JG Temporão participaram da concepção e elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a Marco Aurélio de Carvalho Nascimento, a Bernardo Bahia Cesário e a Domíni-chi Miranda de Sá, pesquisadores da Coordenação das Ações de Prospecção e do Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento, Complexo Econômico-Industrial e Inovação em Saúde (CP/GIS) pelo apoio no levantamento e sistematização de informações e pelos subsídios para a análise desenvolvida.

Este trabalho contou com suporte financeiro do CNPq, bolsa de produtividade de pesquisa de Carlos Augusto Grabois Gadelha.

Referências

1. Gadelha CAG. O Complexo da Saúde. In: Coutinho LG, Mariano L, Tavares Filho N, Kupfer D, Sabbatini R. *Estudo da competitividade das cadeias integradas no Brasil*. Campinas: IE-NEIT-Unicamp/MDIC/MCT-Finep; 2002. [Nota Técnica Final]. 160 p.
2. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):521-535.
3. Temporão JG. *O complexo industrial da saúde: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil* [Internet]. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2002. [acessado 2018 Jan 12]. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-314970>
4. Temporão JG. A indústria de vacinas e as estratégias de comercialização. *Saúde em Debate* 2003; 27(64):101-109.
5. Gadelha CAG, Braga PSC. Health and innovation: economic dynamics and Welfare State in Brazil. *Cad Saude Publica* 2016 [acessado 2018 Jan 4];32(Supl. 2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402002&lng=en&tlng=en
6. Rezende KS. *As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas* [Internet] [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. [acessado 2018 Jan 12]. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/doi/online/get.php?id=3508>
7. Silva GO. *Parcerias para o desenvolvimento produtivo e produção pública de medicamentos: uma proposta de monitoramento estratégico* [Internet] [dissertação]. [Brasília]: Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. [acessado 2018 Jan 12]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5016773
8. Silva GO, Rezende KS. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo: a constituição de redes sociotécnicas no Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Vigilância Sanitária Em Debate Soc Ciênc Tecnol* 2017; 5(1):11-22.
9. Vargas MA, Almeida ACS, Guimarães ALC. *Parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDPs/MS): Contexto Atual, Impactos no Sistema de Saúde e Perspectivas para a Política Industrial e Tecnológica na Área da Saúde* [Internet]. Texto para Discussão n. 20 (74p). Rio de Janeiro: Saúde Amanhã/Fundação Oswaldo Cruz (74 p.); 2016. [acessado 2018 Jan 12]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/saude-amanha-TD-20.pdf>
10. Lakatos I. *The Methodology of Scientific Research Programmes: Volume 1: Philosophical Papers*. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
11. Hochman G, Lima NT. *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2015.
12. Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Siveira CL. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Conta-satélite de saúde*. Brasil: 2005-2007 / IBGE, Coordenação de Contas Nacionais. [Internet]. [acessado 2018 Jan 12]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=243010>
14. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saude Publica* 2006; 40(n. esp.):11-23.
15. Marx K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
16. Marx K, Engels F. O Manifesto comunista. In: Aarão Reis Filho D, organizador. *O manifesto comunista 150 anos depois*. São Paulo, Rio de Janeiro: Fundação Perseu Abramo, Contraponto; 1998. p. 7-41.
17. Schumpeter JA. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Zahar; 1983.
18. Keynes JM. O fim do "laissez-faire (1926). In: Szmercsányi T, organizador. *Jonh Maynard Keynes*. São Paulo: Editora Ática; 1978. p. 106-126.
19. Furtado C. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1961.
20. Furtado C. *Dialética do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1964.
21. Cordeiro H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
22. Prebisch R. O desenvolvimento econômico da América Latina e seus principais problemas. *Rev Bras Econ* 1949; 3(3):47-111.
23. Freeman C. The 'National System of Innovation' in historical perspective. *Camb J Econ* 1995; 19(1):5-24.
24. Albuquerque E, Cassiolato E. *As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como uma introdução a uma discussão do caso brasileiro*. São Paulo: FeSBE; 2000.
25. Gadelha CAG, Quental C, Castro Fialho B. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):47-59.
26. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):1765-1778.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Mais Saúde: direito de todos*. 2008-2011 [Internet]. Edição especial de lançamento. Brasília: Ministério da Saúde.; 2007. 90 p. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
28. 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. *Diário Oficial da União* 2008; 13 maio.
29. Mazzucato M. *The entrepreneurial state: debunking public vs, private sector myths*. London, New York, Delhi: Anthem Press; 2013.
30. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI); origens e desenvolvimento. *História Ciênc Saúde* 58 Manguinhos 2003; 10(1):601-617.
31. Brasil. Presidência da República. Decreto 6.180, de 4 de maio de 2007. Concede licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao Efavirenz, para fins de uso público não-comercial. *Diário Oficial da União* 2007; 7 maio.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)* [Internet]. 2018. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Economia com aquisições das PDP* [Internet]. 2017. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/11/Economia-e-Faturamento-PDP-09-05-2017.pdf>
34. Cassiolato JE, Soares MCC, organizadores. *Health Innovation Systems, Equity and Development*. Rio de Janeiro: E-papers; 2015.
35. Siveira CL, Bahia L, Gadelha CAG. *Saúde, desenvolvimento e inovação*. Vol. 1 e 2. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ; 2015.
36. Caderno de Saúde Pública. Editora convidada: Laís Silveira Costa. [periódico na internet]. 2016.[acessado 2018 Jan 14]; 32(Supl. 2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20160014&lng=pt&nrm=iso
37. Gadelha CAG, Gadelha P, Noronha JC, Pereira TR. *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/brasil-saude-amanha-complexo-economico-industrial-da-saude>
38. Gadelha C. Política industrial, desenvolvimento e os grandes desafios nacionais. Lastres HMM, Cassiolato JE, Laplane G, Sarti F, organizadores. *O Futuro Desenvolvimento*. Campinas: Ed Unicamp; 2016. p. 215-351.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 12/03/2018