



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Silveira Costa, Laís; Metten, Antoine; Godinho Delgado, Ignácio José
As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em saúde na nova agenda de
desenvolvimento nacional
Saúde em Debate, vol. 40, núm. 111, outubro-diciembre, 2016, pp. 279-291
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406349550023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em saúde na nova agenda de desenvolvimento nacional

Production Development Partnership in Healthcare: Public procurement within the Brazilian development agenda

Laís Silveira Costa¹, Antoine Metten², Ignácio José Godinho Delgado³

RESUMO Ao refletir seu caráter sistêmico, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) representam uma inflexão na política de saúde e constituem o principal instrumento de ação pública da comunidade de política desenvolvimentista de saúde. Considerando a relevância da saúde para uma trajetória de desenvolvimento nacional que alia competitividade econômica e inclusão social, este artigo visa analisar os elementos político-institucionais que condicionam o desenvolvimento nacional na política de saúde, com destaque para as PDP. Para tanto, utiliza o arcabouço teórico da análise cognitiva das políticas públicas visando identificar como as instituições orientam suas estratégias e as preferências dos atores, e como influenciam os resultados da ação pública.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Gestão de ciência, Tecnologia e inovação em saúde. Política social.

ABSTRACT By reflecting their systemic nature, the Production Development Partnerships (PDP) in Healthcare represent a shift in healthcare policy and constitute the main instrument of public action on the part of the healthcare development policy community. Considering the importance of healthcare to a national development trajectory that combines economic competitiveness and social inclusion, this article aims to analyze the political and institutional factors that affect national development in healthcare policy, by highlighting the PDP. In order to do so, it uses the theoretical framework of cognitive analysis of public policies to identify how institutions manage their strategies and the preferences of the actors involved, and how they influence the results of public action.

KEYWORDS Health policy. Health sciences, technology and innovation management. Public policy.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde (GIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lais.costa@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde (GIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
antoine.metten@gmail.com

³Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.
ignaciogdelgado.uffj@gmail.com

Introdução

Ao longo da última década, um conjunto de políticas públicas foi formulado no Brasil visando avançar na superação da vulnerabilidade da base produtiva da saúde e mitigar suas consequências sobre a sustentabilidade do sistema de saúde. A entrada desse tema na agenda política corresponde a uma percepção renovada da saúde, que passa a ser considerada simultaneamente como elemento estruturante do sistema de proteção social e como setor estratégico para a acumulação de capital, evidenciando a multiplicidade de relações existentes entre saúde e desenvolvimento. Além de seu reconhecido papel na estruturação do estado de bem-estar, a saúde incorpora atividades industriais – de base química e biotecnológica e de equipamentos médico-hospitalares – e de serviços, que, em conjunto, são conhecidas como Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) (GADELHA ET AL., 2012), atualmente responsável 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 no País. Articula tecnologias portadoras de futuro tais como biotecnologia, nanotecnologia, tecnologia da informação e comunicação, entre outras de importância capital para o adensamento tecnológico da base produtiva nacional. No entanto, no Brasil, o crescente déficit da balança comercial do Ceis evidencia a dependência do sistema de saúde em relação às condições de acesso a esses mercados, caracterizados por sua estrutura oligopolista e assimétrica (LOYOLA, 2008; GADELHA ET AL., 2012).

Embora a identificação do potencial da base produtiva da saúde para alavancar o desenvolvimento econômico e tecnológico do País e sua inserção na agenda política remontem à década de 1970, é a partir dos anos 2000 que se observa uma nova geração de políticas públicas de apoio ao fortalecimento do Ceis que considera seu caráter sistêmico e seus elementos estruturantes tais como a

evolução dos mercados internacionais de insumos de saúde, a transição demográfica e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse conjunto de políticas baseia-se na articulação de uma rede institucional intersetorial que envolve atores oriundos da saúde coletiva, da ciência e tecnologia, do comércio exterior, dentre outros.

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 (PDP) inauguradas em maio de 2008 no âmbito da Política de Desenvolvimento Produtivo e integradas às prioridades do Plano Brasil Maior em 2011 e do Plano Nacional de Saúde de 2012-2015. As PDP se definem como um conjunto de parcerias entre instituições públicas e privadas visando reduzir a vulnerabilidade do SUS e os preços de produtos estratégicos para a saúde ao internalizar e desenvolver tecnologias estratégicas e de elevado valor agregado (Portaria GM/MS nº 2.531/2014) (BRASIL, 2014B).

Considerando tal contexto, que ressalta a relevância da saúde para a promoção de uma trajetória de desenvolvimento nacional que alia competitividade econômica e inclusão social, o objetivo primeiro deste artigo é o de analisar os elementos político-institucionais que condicionam o desenvolvimento nacional na política de saúde, com destaque para as PDP. Seu objetivo secundário é o de identificar como as instituições mobilizadas nesse processo orientam as estratégias e a preferência dos atores e como influenciam o resultado da ação pública em saúde a partir dos anos 2000.

Em termos metodológicos, este estudo se baseia no arcabouço teórico da análise cognitiva das políticas públicas (JOBERT; MULLER, 1987; FAURE; POLLET; WARIN, 1995; LASCOUTES; LE GALÈS, 2004, 2012), que enfatiza não apenas as práticas

dos atores de política pública e suas interações, mas também as instituições, as normas, as representações coletivas e os procedimentos que disciplinam o conjunto de tais interações. Nesse sentido, a ação pública é analisada a partir de uma configuração de atores, de suas práticas, de um contexto particular, de representações e de saberes codificados. Trata-se de questionar a existência de um referencial de política pública comum aos atores envolvidos (FAURE; POLLET; WARIN, 1995), segundo a análise cognitiva de políticas públicas elaborada por Pierre Muller em 1987 ('O Estado em ação'). Esse referencial constitui-se a partir da representação real e imagem cognitiva da percepção dos atores sobre um determinado problema e coexiste com um referencial global e outro setorial, (do setor, da disciplina ou da profissão).

O referencial global articula noções tais como o imperativo do crescimento econômico, do dinamismo tecnológico, da inserção em mercados internacionais assimétricos e da manutenção ou redução dos gastos públicos, dentre outros (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012). Na perspectiva cognitiva da análise de políticas públicas, tal interação entre o referencial setorial e global produz determinada percepção do problema a tratar – no caso, a vulnerabilidade da base produtiva da saúde –, condicionando de maneira reflexiva o posicionamento e as tomadas de decisões dos atores em interação. As PDP serão entendidas, dessa forma, como 'instrumentos de ação pública' carregados de normas e valores representativos desse referencial setorial de política pública (LASCOUMES; LE GALÈS, 2004).

Além da introdução, o presente artigo divide-se em três partes. Inicialmente, as PDP são contextualizadas no cerne das relações entre saúde, tecnologia e desenvolvimento. Após a identificação desses elementos estruturantes, a formulação e implementação das PDP são analisadas a partir dos atores de política pública nelas envolvidos. A terceira seção procura identificar as potencialidades das PDP, de um lado como política

indutora de desenvolvimento econômico e tecnológico, de outro, como determinante da sustentabilidade do sistema de saúde; busca também apontar, os desafios que as PDP deverão enfrentar para alcançar seus objetivos. Em seguida, serão tecidas algumas considerações finais.

Saúde, tecnologia estratégica e desenvolvimento

A expansão do acesso aos cuidados de saúde levou ao aumento expressivo do déficit da balança comercial do Ceis na última década, quando passou de um patamar de US\$ 3 bilhões em 2003 para US\$ 11,5 bilhões em 2014 (GADELHA; COSTA; BAHIA, 2015). Essa situação evidencia a debilidade da base produtiva nacional da saúde e sua dependência em relação aos mercados internacionais, e revela a necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas para o apoio à produção nacional dos insumos estratégicos necessários ao funcionamento do sistema de saúde.

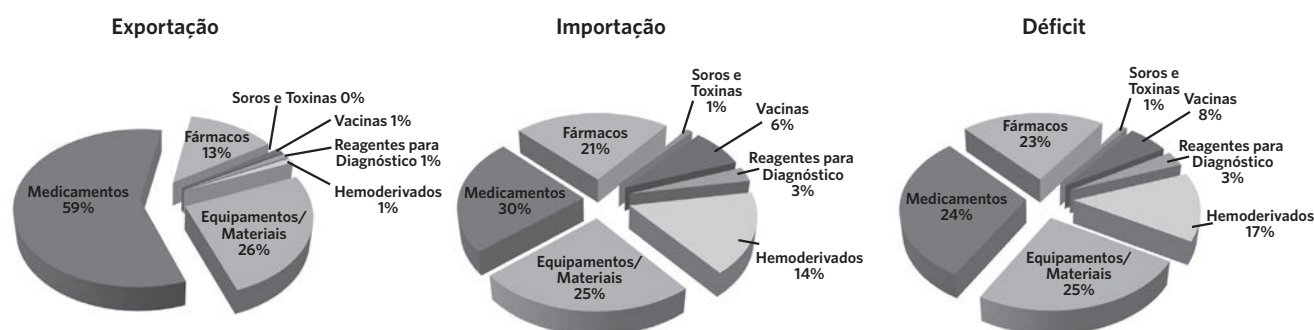
O fortalecimento da base produtiva nacional é particularmente relevante no caso da saúde, dado o caráter assimétrico e oligopolista dos mercados internacionais das indústrias do setor: as dez maiores empresas farmacêuticas do mundo são oriundas dos Estados Unidos ou da União Europeia e respondiam por cerca de 45% do total das vendas mundiais em 2010. Por sua vez, em 2013, os Estados Unidos e a Europa Ocidental totalizavam mais de 70% do mercado mundial de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos (THE WORLD MEDICAL MARKETS FACT BOOK, 2013).

A concentração extrema desses mercados ainda é reforçada pela existência de barreiras à entrada de cunho tecnológico, decorrendo, por um lado, de investimentos massivos em pesquisa e desenvolvimento necessários ao lançamento dos insumos dessas indústrias,

e, por outro, do sistema de patentes estabelecido pelos acordos Trips (Trade Related Intellectual Property Rights, assinado em 1994) e defendido pela Organização Mundial do Comércio (OMC), que garante um monopólio de 20 anos para a produção dos insumos patenteados. Essas barreiras de entrada tecnológicas configuram uma situação na qual as indústrias nacionais da saúde estão de fato relegadas à periferia dos mercados internacionais, dependentes da importação de insumos de alto valor agregado tecnológico,

e com preço fixado por um cartel de laboratórios internacionais que domina a produção em nível mundial. Pauta-se, dessa forma, a dependência tecnológica dos sistemas de saúde nos países emergentes e em desenvolvimento (GADELHA ET AL., 2012). No Brasil, a falta de soberania da política nacional de saúde se evidencia pela marcante dependência tecnológica de insumos críticos em relação aos mercados internacionais, ilustrada no *gráfico 1* (GADELHA ET AL., 2012; GADELHA; COSTA; BAHIA, 2015).

Gráfico 1. Participação dos segmentos do Ceis na balança comercial da saúde – 2014



Fonte: Elaborado por GIS/Ensp/Fiocruz, a partir de dados da Rede Alice/MDIC.

Em tais condições, ratifica-se a necessidade de formular e implementar políticas públicas para o fortalecimento das indústrias do Ceis, envolvendo incentivos à inovação em saúde, ao estabelecimento de um marco regulatório adequado às necessidades da base produtiva nacional e ao uso do poder de compra do Estado. Para Cimoli *et al.* (2007, p. 60),

[...] em todos os países dotados de indústrias farmacêuticas eficientes e com fins lucrativos encontramos programas governamentais de apoio à pesquisa biomédica, geralmente em

universidades e laboratórios públicos. Ao mesmo tempo, os participantes de tais programas pelo lado das universidades estão também associados à capacitação científica de pessoal que, após o término de sua formação, irá trabalhar nas empresas farmacêuticas. Além disso, praticamente em todos os países, fundos e programas públicos desempenham um papel importante nas compras governamentais de produtos farmacêuticos. E, finalmente, em quase todos os países há diversas formas de regulamentação dos mercados de produtos farmacêuticos que vão muito

além das garantias de direitos de propriedade e de honestidade das transações previstas pelos manuais.

Com o intuito de enfrentar essa dependência tecnológica, as PDP estabelecem mecanismos de transferência de tecnologia dos grandes laboratórios privados em direção aos laboratórios públicos, visando conferir aos últimos a capacidade de produzir de forma competitiva os insumos necessários ao funcionamento do sistema de saúde como um todo, e do SUS em particular. Trata-se de instrumento de política pública embasado em nova percepção da política de saúde, que leva em consideração tanto as características estruturais dos mercados internacionais de insumos de saúde como a capacidade da base produtiva nacional de se inserir nos mesmos, e que tem por finalidade assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde (GADELHA ET AL., 2012). Cabe destacar que essa nova visão da política de saúde é fruto da construção de uma rede de política pública envolvendo atores diversos que compartilham práticas, recursos e representações de mundo, permitindo construir um conjunto de dispositivos de política pública.

A formação de uma rede de política de desenvolvimento produtivo da saúde

As PDP não constituem em si um ponto de partida ou de ruptura na ação pública voltada para o fortalecimento da base produtiva da saúde. Pelo contrário, se inserem em um movimento de reconhecimento do caráter estratégico da base produtiva da saúde para o desenvolvimento nacional iniciado na década de 1970. Embora tenham sido identificadas políticas de estímulo à produção nacional de insumos de saúde tais como a criação do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (Geifar) em 1962, do Centro

de Medicamento (Ceme) em 1971 ou o Plano Diretor de Medicamentos de 1973 (LOYOLA, 2008), o recorte do presente estudo limita-se às políticas formuladas a partir dos anos 2000, quando ganham relevância na organização da produção nacional de insumos de saúde e se tornam um instrumento de política pública paradigmático da evolução da política de saúde observado nos últimos anos.

No que diz respeito à institucionalização do caráter estratégico do Ceis, cabe destacar a importância do I Seminário Nacional sobre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, realizado no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em maio de 2003, para o reconhecimento da necessidade de integrar o fomento à capacidade inovadora das indústrias do Ceis à política de saúde. No mesmo ano foi criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e retomadas as ações de política industrial para a área, quando foi lançada a Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), no final de 2003. A PITCE resgatou duas questões centrais na agenda de desenvolvimento: a defesa da necessidade de uma política industrial e a importância de se selecionar alguns setores estratégicos para fomentar o desenvolvimento nacional, a exemplo da cadeia produtiva farmacêutica. Em 2004, foi criado o programa Profarma do BNDES, com o intuito de fortalecer a capacidade produtiva e modernizar o parque industrial farmacêutico instalado no País e, paralelamente, no mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), na qual se definiu o papel central do Estado na promoção e regulação do Ceis.

Em 2007, no âmbito do Programa Mais Saúde, reafirmou-se a necessidade de fortalecimento do Ceis para reduzir a dependência dos mercados externos de medicamentos e material médico hospitalar, e, portanto, a vulnerabilidade da política de saúde brasileira. Com o objetivo de monitorar

de forma sistêmica as ações então implementadas, instituiu-se, em maio de 2008, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), marcando a importante etapa, na estratégia do Ministério da Saúde, de promoção da articulação entre os órgãos federais que conduzem a política de Ciência e Tecnologia (C&T), do Ministério do Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior e do Ministério de Ciência e Tecnologia, assim como outras instituições atuantes no setor: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); BNDES; Instituto Nacional de Propriedade Industrial (Inpi); Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI); Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro); e Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), dentre outros.

As PDP, por sua vez, foram instituídas em maio de 2008, no bojo da Política de Desenvolvimento Produtivo, com o intuito de enfrentar quatro desafios principais: i) ampliar a taxa de investimento para eliminar e evitar gargalos de oferta; ii) elevar o esforço de inovação, principalmente no setor privado; iii) preservar a robustez das contas externas e; iv) fortalecer as micro e pequenas empresas do setor.

Em 2011, após a expiração dessa política, as PDP foram integradas no Plano Brasil Maior (PBM), definido no seu documento constitutivo como a política industrial, tecnológica e de comércio exterior do governo federal. O PBM aponta o Ceis como uma das seis áreas estratégicas para o desenvolvimento industrial e científico do País, reconhecendo seu potencial para a geração de renda, empregos e pesquisa e desenvolvimento, além de seu tradicional papel no fortalecimento do estado de bem-estar.

No que diz respeito aos mecanismos de transferência de tecnologia, o modelo básico de funcionamento das PDP envolve a participação de três atores: um laboratório público; um laboratório farmacêutico (nacional ou

estrangeiro preferencialmente instalado no País); e um laboratório produtor do insumo farmacêutico ativo (IFA) nacional (REZENDE, 2013). A Lei nº 12.349/2010 (que alterou a Lei nº 8.666/1993) (BRASIL, 2010) estabelece que a transferência de tecnologia para a administração pública somente pode ser feita para instituições produtivas, não sendo possível, portanto, as aquisições realizadas diretamente de empresas privadas, mas apenas de uma unidade produtiva e tecnológica com capacidade de absorver a tecnologia transferida. A relação do governo federal sempre é mediada pelos produtores públicos como, por exemplo, a Fiocruz, Butantan, Hemobrás ou por instituição pública produtora. Ademais, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos devem, na aquisição de matérias-primas, contemplar preferencialmente entidades privadas que produzam IFAs no País.

A Portaria Interministerial nº 128/2008 (BRASIL, 2008B) estabeleceu diretrizes para a contratação pública de medicamentos e fármacos pelo SUS utilizando a rede constituída de produtores públicos. Nela, é possível verificar a indicação para que as contratações públicas de medicamentos e fármacos pelo SUS tenham como diretriz a aquisição de medicamento produzido, de forma preferencial, no País; e fica estabelecido que os laboratórios públicos devem dar preferência a produtores locais em suas compras de fármacos. Além disso, o Decreto nº 7.731/2012 (BRASIL, 2012) prevê a concessão de margens de preferência de até 25% para os produtos brasileiros nas licitações públicas às empresas que invistam em pesquisa e desenvolvimento de tecnologia no País.

A asseveração da importância do Ceis no Plano Nacional de Saúde 2012-2015, assim como a reedição das PDP no PBM, reflete a institucionalização de uma visão sistêmica da saúde como fator de dinamismo econômico e tecnológico e produtor dos insumos necessários à universalização do acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, essa

decisão resulta de um processo interno às instituições envolvidas decorrentes de distintos elementos tais como a influência de grupos organizados, dentro e fora dessas instituições; a avaliação de políticas públicas anteriores; a definição do problema e a formulação de soluções; assim como do contexto macro político no qual se insere (KINGDOM, 2003). De acordo com a teoria dos fluxos múltiplos desenvolvida por Kingdom (2003), a conjunção desses elementos abre uma oportunidade para que os empreendedores políticos possam inscrever um tema na agenda de política pública, conferindo a um fato social o estatuto de problema político que implica a necessidade de uma resposta política, ou seja, de formulação e implementação de política pública (CAPELLA, 2006, 2008, 2012; METTEN ET AL., 2015).

Para melhor entender esse processo no caso das PDP, cabe destacar a intersectorialidade da rede de instituições envolvidas, que pode ser considerada, em certa medida, um reflexo do caráter sistêmico do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Sob coordenação do Gecis, o processo de aprovação das PDP envolve numerosas instituições públicas tradicionalmente voltadas para a política econômica e tecnológica, tais como o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), o BNDES e a Finep, dentre outros, assim como representantes das indústrias do Ceis contempladas por tal instrumento. O monitoramento da implementação das PDP conta com a participação do Comitê Técnico Regulatório (CTR), composto por representantes da Anvisa, Ministério da Saúde e dos laboratórios públicos envolvidos.

Dessa forma, a rede de atores envolvidos na formulação e implementação das PDP constitui uma comunidade de políticas públicas que poderia ser chamada de ‘comunidade de política desenvolvimentista de saúde’. Adota-se aqui a visão cepalina de desenvolvimentismo, referida a uma

estratégia de transformação produtiva que visa compatibilizar crescimento econômico com distribuição de renda (CASSIOLATO; LASTRES, 2008). Já o conceito de comunidade de política pública foi amplamente difundido pela escola neo-institucionalista a partir dos anos 1980 e pode ser definido, segundo March e Olsen (1989, p. 185, TRADUÇÃO LIVRE), como uma

rede caracterizada pela estabilidade das relações entre seus membros, sua seletividade, a interdependência vertical no que se refere à divisão das responsabilidades na gestão dos serviços públicos.

Ao reconhecer o caráter estratégico da saúde para o projeto de desenvolvimento nacional, essa comunidade de política pública assume determinada percepção do problema a enfrentar – a superação da vulnerabilidade da base produtiva da saúde – que constitui o elemento central de seu ‘referencial de política pública’. Conceitualmente, esse referencial pode ser definido como o “jogo das representações sociais imediatamente associadas à negociação de políticas públicas” (JOBERT, 1995, p. 153), ou seja, “uma imagem da realidade sobre a qual queremos intervir” (JOBERT, 1995 p. 164). De acordo com a análise cognitiva das políticas públicas, tal referencial exerce grande influência sobre a atuação de dada comunidade de política pública, uma vez que norteia o entendimento dos condicionantes do problema a tratar, os quais definem, por sua vez, o leque de soluções adequadas ao tratamento.

Assim sendo, as PDP constituem o principal “instrumento de ação pública” da comunidade de política desenvolvimentista de saúde. Nas palavras de Lascoumes e Le Galès (2012, p. 201):

‘um instrumento de ação pública’ constitui um dispositivo simultaneamente técnico e social que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função de representações e de significações

de que ele é portador [...]. [Os] instrumentos de ação são portadores de valores, alimentam-se de uma interpretação do social e de concepções precisas do modo de regulação esperado. O instrumento é também produtor de uma representação específica do desafio que ele enfrenta. Enfim, o instrumento induz uma problematização particular dos objetos de aplicação na medida em que hierarquiza as variáveis e pode prosseguir até induzir um sistema explicativo.

Assim, a formulação e implementação das PDP em saúde é representativa da afirmação de uma percepção da saúde que considera simultaneamente seu papel na estruturação do estado de bem-estar, seu potencial de indutor de desenvolvimento econômico e tecnológico e sua relevância para inserção internacional do País. Concretamente, trata-se, por meio das PDP, de assegurar a transferência do núcleo central de tecnologias portadoras de futuro para o País, de forma a garantir o desenvolvimento interno de pesquisas e medicamentos e o controle nacional sobre as patentes e o conhecimento, assegurando, a médio e longo prazos, a capacidade produtiva nacional e a autonomia do sistema de saúde brasileiro.

A partir dessas considerações, cabe analisar o potencial das PDP simultaneamente como instrumento indutor de desenvolvimento econômico e tecnológico e como elemento voltado para mitigar a vulnerabilidade do SUS no que se refere ao acesso a insumos e produtos essenciais.

As PDP em saúde: potencialidades e desafios

As PDP constituem um dos pilares da política desenvolvimentista de saúde na medida em que estabelecem mecanismos para fortalecer o Ceis com o duplo intuito de assegurar a sustentabilidade, em médio e longo prazos, do sistema de saúde brasileiro e de incentivar

a transferência de tecnologias portadoras de futuro em direção a laboratórios nacionais (REZENDE, 2013).

A formulação e implementação das PDP inserem-se em uma política de desenvolvimento condizente com a teoria dos modelos de *Big Push* desenvolvidos a partir da contribuição seminal de Rosenstein-Rodan (1943). Nessa perspectiva, recomenda-se que os países em desenvolvimento invistam de forma maciça em uma indústria com forte potencial produtivo e tecnológico, de maneira a induzir o dinamismo de setores correlatos da economia (efeito *spillover*). Destaca-se, assim, a necessidade de identificar e fomentar indústrias motrizes (GOULART, 2006), que se caracterizam por serem grandes empresas em escalas produtiva e financeira, por possuírem capacidade de gerar inovações tecnológicas, por exercerem efeitos de dominação em seu ambiente de atuação e por pertencerem a uma indústria dinâmica com altas taxas de expansão. Os efeitos de crescimento da indústria motriz sobre as indústrias movidas são a geração de renda e a aceleração e indução de investimentos. Já Perroux (1967), identificou o potencial das empresas líderes para alavancar o desenvolvimento econômico ao constituir polos de crescimento capazes de gerar efeitos de encadeamento e integração com outros setores econômicos, constituindo um meio inovador que poderia tomar formas diversas, desde incubadoras de empresas até parques e cidades tecnológicas planejadas. O Silicon Valley, na Califórnia, e a ‘terceira Itália’ constituem casos de sucesso de criação de polos regionais amplamente estudados na literatura sobre economia industrial. Nesse sentido, pode-se considerar que as políticas de incentivo ao adensamento tecnológico do Ceis – e as PDP, em particular – integram essa dimensão do desenvolvimento econômico.

A análise da viabilidade desse projeto de desenvolvimento também há de levar em consideração o estágio atual de desenvolvimento econômico e social do País que

pretende adotar tais políticas. Diversas experiências históricas podem ser mobilizadas para melhor avaliar suas potencialidades e eventuais gargalos. Se, por um lado, a experiência asiática das décadas de 1980 e 1990 apresenta alguns casos de países que conseguiram levar a cabo uma estratégia de ‘emparelhamento tecnológico’, a exemplo do Japão, Coreia do Sul, Taiwan, dentre outros, cujo desenvolvimento fomentou-se a partir de um ativo apoio governamental, por outro lado, a experiência latino-americana de substituição de importações foi “uma estratégia de desenvolvimento altamente ineficaz” (CIMOLI ET AL., 2007, P. 77), afirmação corroborada pela acelerada desindustrialização ocorrida durante o processo de reabertura comercial dos mercados da região nos anos 1990 (BIELSCHOWSKY, 2000). O resultado deve-se tanto a elementos estruturais das economias latino-americanas como ao processo de implementação de tal estratégia.

Já nas economias mais avançadas, destaca-se o protagonismo, desde o século XIX, das agências públicas, tais como as universidades e agências reguladoras, assim como das políticas públicas na geração e estabelecimento de novos paradigmas tecnológicos. Essa rede institucional permite a circulação dos novos saberes, configurando uma situação de aprendizado econômico baseado na capilaridade do conhecimento tácito (LASTRES; CASSIOLATO, 2007).

Um papel crucial das políticas é o de afetar as capacidades dos atores, especialmente no caso já citado de novos paradigmas tecnológicos, no qual nenhuma estrutura de incentivos públicos conseguiria ser suficiente por si só para motivar atores privados a superar grandes defasagens tecnológicas.

Além disso, as políticas de emparelhamento tecnológico enfrentam a necessidade de balancear medidas dirigidas à construção de capacidades – e também à proteção do ‘novo aprendizado’ – com mecanismos que limitem a inércia e o comportamento rentista. Durante a experiência de substituição

de importação, várias indústrias protegidas estavam fabricando produtos com valor adicionado negativo, coibindo a inovação. Os governos poderiam ter gerado concorrência entre as firmas locais, o que proporcionaria incentivos à importação de novas tecnologias. Foi essa falha em criar uma concorrência interna, mais do que o protecionismo em relação ao exterior, que acabou causando a estagnação econômica na região durante os anos 1990 (CIMOLI; CORREA, 2002). Em comparação, o fomento à concorrência em um setor econômico estratégico protegido das importações e a promoção da competição no lado das exportações constituíram elementos centrais no sucesso das estratégias de emparelhamento tecnológico das economias do Leste Asiático.

De maneira geral, em termos históricos, um esforço bem-sucedido de emparelhamento tecnológico sempre tem sido acompanhado de melhorias em termos de renda per capita e de salários, independentemente dos padrões iniciais de vantagens comparativas das economias consideradas. De acordo com Hoff e Stiglitz (2001), uma característica crucial sobre a qual repousa a relevância dos modelos de *Big Push* está nas externalidades difundidas, cujos efeitos de interação se dão por meio de variáveis globais do sistema, tais como a demanda agregada, a demanda industrial de insumos, ou os custos da procura.

Dessa forma, pode-se assumir que o sucesso das PDP como indutoras de crescimento econômico e tecnológico está atrelado à difusão de externalidades positivas intra e intersetoriais, que dependem, por sua vez, da mobilização de uma rede institucional como veículo dos processos de aprendizados tecnológicos. Cabe destacar, ainda, que o fortalecimento dessa rede institucional no Brasil tem que levar em consideração elementos estruturais do contexto macroeconômico. Entre eles, citam-se: a política cambial de juros altos para manter a credibilidade do País frente aos mercados financeiros; o peso da carga tributária e seus impactos sobre as

estratégias de pesquisa e desenvolvimento das firmas nacionais; assim como o acirramento dos mecanismos de controle de proteção dos direitos de propriedade intelectual em nível internacional (acordos bilaterais e Trips defendidos pela OMC) que limitam as opções de instrumentos de proteção das indústrias nascentes disponíveis para os países em situação de emparelhamento tecnológico. Destaca-se ainda a necessidade, nem sempre observada nos fatos, de incorporar aos incentivos fiscais uma condição de eficiência produtiva das indústrias consideradas.

Adicionalmente, o instrumento de ação política das PDP somente será bem-sucedido como instrumento de ação pública caso contribua para a redução da dependência nacional aos mercados internacionais para o acesso aos insumos estratégicos de saúde, assegurando, assim, a sustentabilidade do SUS em médio e longo prazos.

Com efeito, o crescimento expressivo do déficit da balança comercial do Ceis durante a última década evidencia a fragilidade da base produtiva e de inovação da saúde no País e é resultante, em maior parte, da importação de insumos de forte valor agregado tecnológico (GADELHA *ET AL.*, 2012), que são frequentemente objeto de monopólio e duopólio internacionais. A implementação de PDP visa quebrar a vantagem de mercado decorrente com o intuito de tornar disponível a oferta desses insumos no mercado nacional.

No caso das PDP, a economicidade para as compras do Ministério da Saúde é um dos requisitos para seu estabelecimento (REZENDE, 2013). Conforme ressaltado pela autora, há marcada influência dessa economia nos programas de acesso a medicamentos em Secretarias como a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Assim, o estímulo à internalização da produção de farmoquímicos e medicamentos de maior impacto para o SUS são objetos de listas de produtos estratégicos no âmbito do SUS

(Portaria GM/MS nº 978/2008; Portaria GM/MS nº 1.284/2014; Portaria GM/MS nº 2.888/2014) (BRASIL, 2008A, 2104A, 2014C), que, inclusive, orientam os órgãos de financiamento como o BNDES, a Finep e as empresas do setor farmacêutico.

Nesse contexto, os laboratórios públicos nacionais constituem importantes instituições para o equilíbrio dos preços de medicamentos no mercado nacional, para a produção de medicamentos para doenças negligenciadas – que normalmente recebem reduzido apoio às pesquisas nos países mais desenvolvidos ou por parte da indústria por proporcionarem baixa lucratividade aos laboratórios produtores – e como suporte para o funcionamento do SUS. Também desempenham importante papel no fornecimento de medicamentos para programas estratégicos do Ministério da Saúde, como, por exemplo, o Programa DST/Aids e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) (LOYOLA, 2008).

Dessa forma, existem numerosas disposições regulatórias que visam assegurar os mecanismos de transferência tecnológica para os laboratórios públicos e a priorização da produção dos insumos necessários para o funcionamento do SUS em médio e longo prazos.

Considerações finais

As parcerias para o desenvolvimento produtivo são representativas de uma inflexão na política de saúde no País por integrar suas dimensões social, econômica e tecnológica, assim como o caráter sistêmico do Ceis no âmbito de uma mesma política pública. Essa percepção renovada da saúde constitui o referencial comum dos atores envolvidos na formulação e implementação das PDP, estruturando, assim, o que pode ser designado como comunidade de política desenvolvimentista de saúde.

As PDP, na condição de principal instrumento dessa política, possuem um objetivo duplo. Ao possibilitar a transferência de tecnologia

de grandes empresas farmacêuticas líderes do mercado em direção dos laboratórios públicos, visam induzir o adensamento tecnológico da base produtiva da saúde, com efeitos positivos sobre outros setores da economia nacional (efeito *spillover*). Paralelamente, o fortalecimento da base produtiva nacional da saúde permite elevar a capacidade de fornecimento de insumos necessários ao funcionamento do sistema nacional de saúde, inclusive a partir do efeito de regulação de preços dos insumos internacionais.

Dessa forma, o objetivo central das PDP é o de adensar tecnologicamente a base produtiva da saúde no País, conferindo mais autonomia ao SUS e incentivando o crescimento econômico por meio do fortalecimento da capacidade produtiva dos laboratórios públicos e privados nacionais parceiros dos processos de transferência de tecnologia envolvidos nessas parcerias.

Para tanto, é primordial que se evitem os gargalos característicos da experiência de substituição de importação latino-americana das décadas de 1980 e 1990. Ou seja, cabe

aos atores envolvidos na implementação das PDP manterem o dinamismo tecnológico dentro do setor protegido, de maneira a evitar comportamentos rentistas nas indústrias consideradas via estabelecimento de critérios de avaliação de competitividade nas próprias PDP. Da mesma forma, para garantir o efeito *spillover*, há que se incentivar paralelamente o fortalecimento de uma rede institucional capaz de absorver e difundir o conhecimento transferido (universidades, centros de pesquisa, instituto de formação profissional, entre outros).

Finalmente, a satisfação das necessidades epidemiológicas da população brasileira necessita uma avaliação precisa das prioridades do SUS em termos de acesso aos medicamentos e equipamentos de saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar a necessidade de avançar em futuros estudos sobre a dinâmica territorial da saúde, de maneira a se identificarem as potencialidades das distintas regiões do Brasil para gerar e difundir inovações em saúde, assim como suas necessidades sanitárias. ■

Referências

- BIELSCHOWSKY, R. *Cinquenta anos de pensamento na CEPAL: uma resenha*. Rio de Janeiro: CEPAL, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 978, de 16 de maio de 2008. Dispõe sobre a lista de produtos estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde e institui a Comissão para Revisão e Atualização da referida lista. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=46&data=28/05/2008>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.284, de 26 de maio de 2014. Altera o anexo a Portaria nº 978/GM/MS, de 16 de maio de 2008. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=36&data=27/05/2010>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2.531, de 12 de novembro de 2014. Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=102&data=13/11/2014>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2.888, de 30 de dezembro de 2014. Define a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do anexo a esta Portaria. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=120&data=31/12/2014>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- . Portaria Interministerial no 128, de 29 de maio de 2008. Estabelece Diretrizes para a Contratação Pública de Medicamentos e Fármacos pelo Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=105&data=30/05/2008>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- . Presidência da República. Decreto no 7.731, de 25 de maio de 2012. Autoriza a substituição de ativos do Fundo de Garantia à Exportação e a integralização de cotas do Fundo de Garantia da Construção Naval. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/05/2012&jornal=1&pagina=13&totalArquivos=168>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- . Presidência da República. Lei no 12.349, de 15 de dezembro de 2010. Altera as Leis nos 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.958, de 20 de dezembro de 1994, e 10.973, de 2 de dezembro de 2004; e revoga o § 1º do art. 2º da Lei no 11.273, de 6 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=16/12/2010>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *BIB*, São Paulo, n. 61, jan./jun. 2006.
- . The trajectory of public management policy in the governmental agenda: Lula and FHC administrations. *Temas em Administração*, Araraquara, v. 2, n. 2, 2008.
- . Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. *Discussing innovation and development: converging points between the Latin American school and the innovation Systems perspective?*, Globelics, 2008. (Working Paper, 2). Disponível em: <http://www.redesist.ie.ufrj.br/ga2012/textos/Cassiolato/Lecture17_GA2008.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

- CIMOLI, M.; CORREA, N. *Trade openness and technological gaps in Latin America: a 'low growth trap*. LEM, 2002. (Working paper, 14).
- CIMOLI, M. *et al.* Instituições e políticas moldando o desenvolvimento industrial: uma nota introdutória. *Revista Brasileira de Inovação*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 55-85, jan./jun. 2007.
- FAURE, A.; POLLET, G.; WARIN, P. *La construction du sens dans les politiques publiques*. Paris: L'Harmattan, 1995.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; BAHIA, L. Reflexões sobre a saúde na agenda contemporânea do desenvolvimento: saúde, desenvolvimento e inovação. Rio de Janeiro, *Cepesc*, v. 1, p. 43-69, 2015.
- GADELHA, C. A. G. *et al.* *A Dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GOULART, S. Uma abordagem ao desenvolvimento local inspirada em Celso Furtado e Milton Santos. *Cadernos Ebape*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2006.
- HOFF, K.; STIGLITZ, J. *Modern economic theory and development*. New York: World Bank, 2001.
- JOBERT, B.; MULLER, P. *L'Etat en action: politiques publiques et corporatismes*. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.
- JOBERT, M. Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction de norms institutionnelles: esquisse d'un parcours de recherché. In: FAURE, A.; POLLET, G.; WARIN, P. *La construction du sens dans les politiques publiques*. Paris: L'Harmattan, 1995.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Nova York: Harper Collins, 2003.
- LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de SciencePo, 2004.
- _____. *Sociologia da ação pública*. Maceió: Edufal, 2012.
- LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. Inovação e sistemas de inovação: relevância para a área de saúde. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 153-162, jan./jun. 2007.
- LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de Aids: metamorfoses de uma política dependente. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. esp., p. 763-778, 2008.
- MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. *Rediscovering institutions*. Nova York: Free Press, 1989.
- METTEN, A. *et al.* A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, p. 915-936, 2015.
- PERROUX, F. *A economia do século XX*. Porto: Herder, 1967.
- REZENDE, K. S. *As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas*. 2013. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- ROSENSTEIN-RODAN, P. N. Problems of Industrialization of Eastern and South-Eastern Europe. *The Economic Journal*, Nova York, v. 53, n. 210-211, p. 202-211, jun./set., 1943.
- THE WORLD MEDICAL MARKETS FACT BOOK. *World Leaders in Health Industry Analysis*. Londres: Espicom Business Intelligence, 2013.

Recebido para publicação em junho de 2016

Versão final em outubro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico, por meio do Processo CNPq:

405077/2013-0 e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca, da Fiocruz, por meio do projeto Ensp-007-LIV-07-5