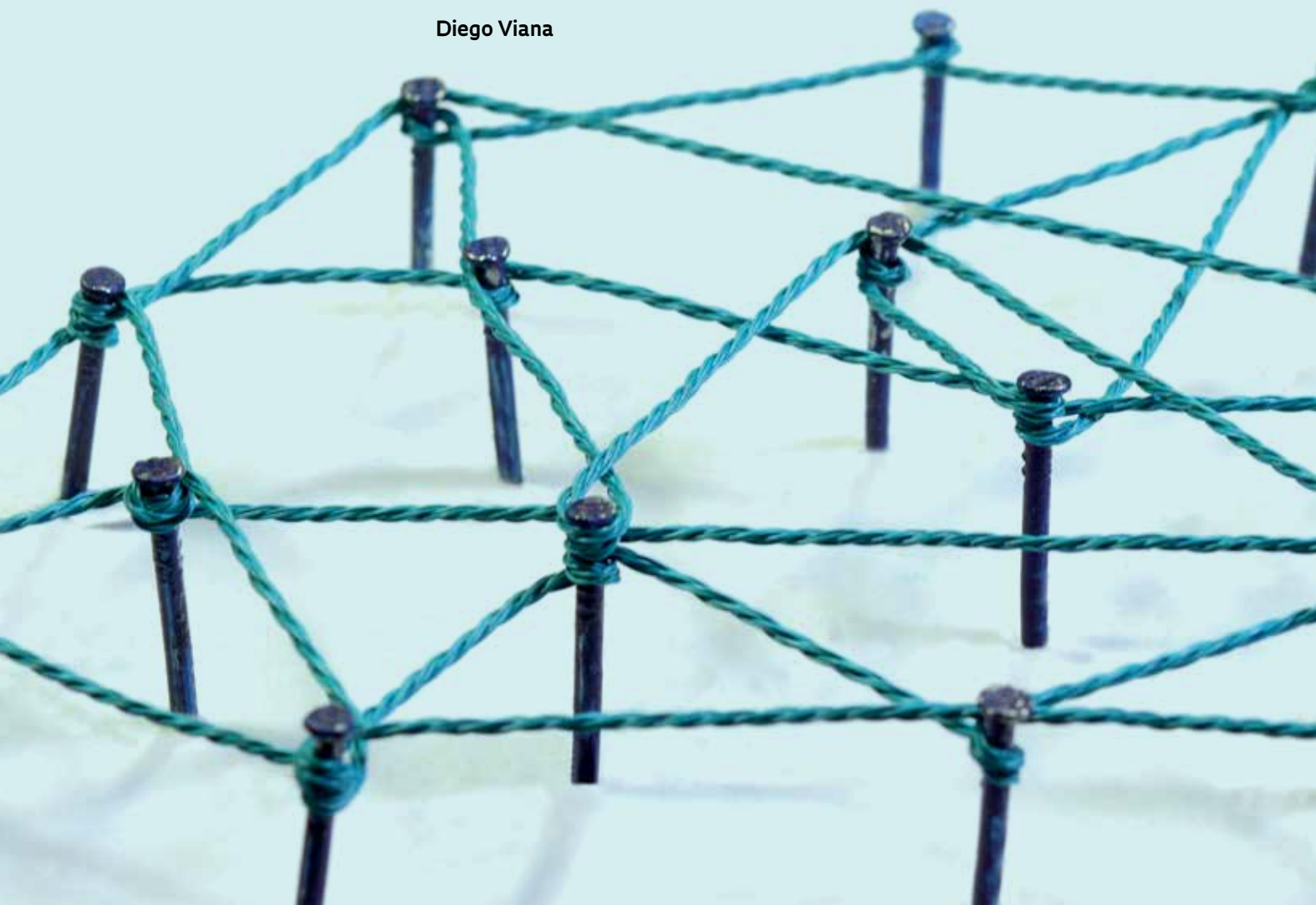


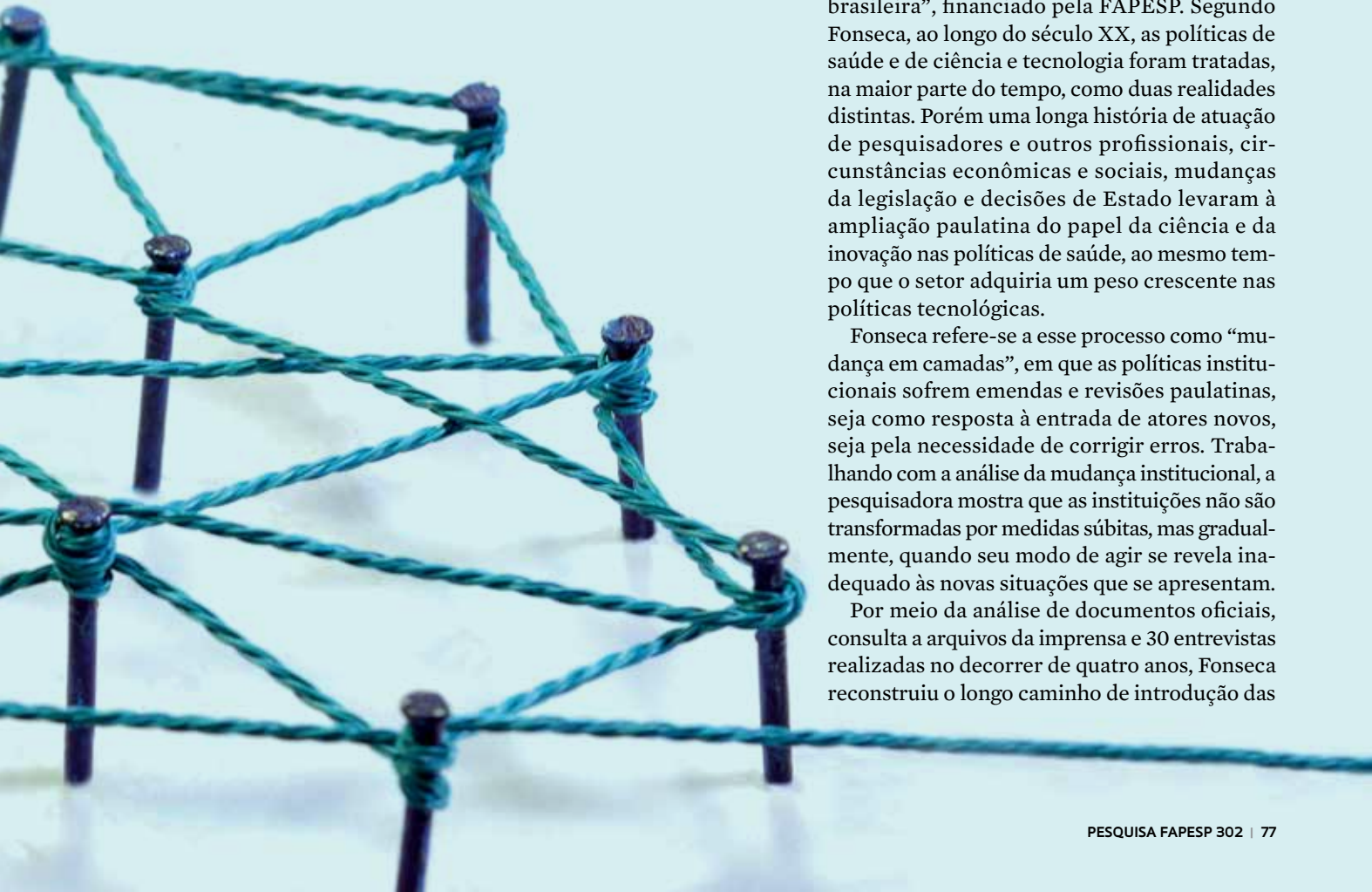
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

TECENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Desde os anos 1970, pesquisadores e outros atores lutam para conjugar governo, ciência e economia em um complexo industrial do setor

Diego Viana





A pandemia da Covid-19 lançou luz sobre um dos componentes mais dinâmicos da economia contemporânea: a saúde. Na luta contra o Sars-CoV-2, países, empresas e universidades iniciaram uma corrida para entender o vírus, desenvolver vacinas e tratamentos contra a doença e fabricar equipamentos médicos. A batalha expôs os mecanismos de um complexo sistema que mobiliza a ciência, a tecnologia, o financiamento e a política industrial. No Brasil, a pandemia realçou o peso de um setor responsável por 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em conjunto, o Sistema Único de Saúde (SUS), a indústria farmacêutica, as entidades que pesquisam e produzem vacinas, os fabricantes de equipamentos médico-hospitalares, hospitais privados e outras instituições constituem o chamado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis).

A construção da rede de políticas de tecnologia em saúde no Brasil é um caso que ilustra a evolução gradual das políticas públicas, segundo Elize Massard da Fonseca, professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (Eaesp-FGV) e responsável pelo projeto de pesquisa “Políticas para competitividade do setor farmacêutico: Uma análise da experiência brasileira”, financiado pela FAPESP. Segundo Fonseca, ao longo do século XX, as políticas de saúde e de ciência e tecnologia foram tratadas, na maior parte do tempo, como duas realidades distintas. Porém uma longa história de atuação de pesquisadores e outros profissionais, circunstâncias econômicas e sociais, mudanças da legislação e decisões de Estado levaram à ampliação paulatina do papel da ciência e da inovação nas políticas de saúde, ao mesmo tempo que o setor adquiria um peso crescente nas políticas tecnológicas.

Fonseca refere-se a esse processo como “mudança em camadas”, em que as políticas institucionais sofrem emendas e revisões paulatinas, seja como resposta à entrada de atores novos, seja pela necessidade de corrigir erros. Trabalhando com a análise da mudança institucional, a pesquisadora mostra que as instituições não são transformadas por medidas súbitas, mas gradualmente, quando seu modo de agir se revela inadequado às novas situações que se apresentam.

Por meio da análise de documentos oficiais, consulta a arquivos da imprensa e 30 entrevistas realizadas no decorrer de quatro anos, Fonseca reconstruiu o longo caminho de introdução das

UM PROCESSO DE GERAÇÕES

ANOS 1970

MOVIMENTO SANITARISTA

1976 Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

1979 Criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

políticas de ciência e tecnologia na saúde brasileira. Ela defende que o ingresso da saúde como setor estratégico da política industrial brasileira em 2013 e o papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no investimento em pesquisa no setor não foram decisões isoladas, mas uma construção de três décadas, que começa com a mobilização de pesquisadores e outros profissionais até resultar nas políticas de Estado.

MOVIMENTO SANITARISTA

A primeira etapa do processo que viria a redundar nas políticas de ciência em saúde do século XXI foi o movimento da reforma sanitária das décadas de 1970 e 1980. No período, surgiram instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), de 1976, e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), de 1979. Médicos sanitaristas de destaque no movimento, como Sérgio Arouca (1941-2003) e Hésio Cordeiro (1942-2020), teriam papel central na criação do SUS.

Nesse período, os projetos e debates estavam concentrados nos serviços, segundo o sanitarista Reinaldo Guimarães, pesquisador do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nubea/UFRJ), vice-presidente da Abrasco e secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE-MS) de 2007 a 2010. Entre as propostas mais difundidas estavam a municipalização da responsabilidade pelo setor e a criação de um sistema universal.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Arouca, definiu o projeto que resultaria no SUS, incorporado na Constituição de 1988 e criado pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990 (Lei nº 8.080). Embora não fosse o objetivo primário de seus criadores, o SUS representou um impulso para a economia da saúde e para as políticas de ciência e tecnologia. “A criação do SUS é um ponto-chave, porque gerou uma demanda enorme para as indústrias da saúde”, resume Fonseca. Até hoje, o sistema é o principal comprador de medicamentos, vacinas e equipamentos médicos no Brasil.

O conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde tem origem na pesquisa brasileira. O economista Carlos Graboys Gadelha, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz) e titular da SCTIE-MS entre 2011 e 2015, recorda que a ideia lhe veio a partir de um trabalho sobre cadeias produtivas integradas. A primeira ocorrência do termo aparece no artigo “O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde”, publicado por ele em 2003.

“O Ceis pensa a saúde como um espaço econômico de geração de riqueza e bem-estar. A autonomia das políticas sociais depende de um sistema econômico vigoroso, porque as políticas sociais são vulneráveis ao econômico. E esse sistema econômico tem que estar calcado em uma base de inovação relevante”, afirma o economista. Para ele, a atual pandemia ilustra a relevância do Ceis: “A inovação se tornou central para a sustentabilidade econômica da saúde”.

Três marcos institucionais da década de 1990 reforçaram indiretamente o impulso para incorporar políticas de pesquisa e inovação na saúde. O primeiro foi a abertura comercial promovida pelo governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), que eliminou barreiras tarifárias a importações brasileiras de equipamentos médicos e fármacos. Como resultado, muitas empresas industriais que dependiam da proteção do mercado desapareceram.

“Até os anos 1980, havia grandes projetos para desenvolver a indústria farmacêutica no Brasil, inclusive produzindo insumos a partir do petróleo. Chegamos a ter uma certa autossuficiência”, informa a economista Lia Hasenclever, do Instituto de Economia da UFRJ e da Universidade Cândido Mendes (Ucam). “Com a abertura comercial, os projetos nacionais acabaram e as multinacionais deixaram de produzir aqui, porque sem as barreiras tarifárias o Brasil se revelou pouco competitivo.”

Em 1994, o Brasil aderiu ao Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual

ANOS 1980

ESTRUTURANDO POLÍTICAS

1986 8ª Conferência Nacional de Saúde

1988 Constituição Federal prevê a criação do SUS

1990 Lei Orgânica da Saúde regulamenta o SUS (Lei nº 8.080/90)

Relacionados ao Comércio (Trips). Respondendo a uma exigência do tratado internacional, o país aprovou uma Lei de Patentes dois anos mais tarde, com impacto direto sobre os setores farmacêutico e farmoquímico, que até então se valiam do não reconhecimento de patentes sobre diversos medicamentos para fabricar os chamados similares.

Segundo Guimarães, a rápida aprovação da Lei de Patentes foi uma decisão com consequências determinantes: o país abdicou do período de adaptação de 10 anos que o tratado permitia, fazendo valer o direito de propriedade intelectual dos detentores estrangeiros de tecnologias e seus produtos imediatamente. No livro *Intellectual property rights, the WTO and developing countries* (Direitos de propriedade intelectual, a Organização Mundial do Comércio e os países em desenvolvimento), o jurista e economista argentino Carlos Correa, da Universidade de Buenos Aires, argumenta que a rápida adoção da propriedade intelectual foi resultado da pressão do setor farmacêutico americano.

Um dispositivo inserido no acordo Trips em 2001 acabaria sendo decisivo para as políticas públicas da década seguinte: a licença compulsória, permitida quando um produtor local não consegue chegar a um acordo com a fabricante de um produto em troca de *royalties* considera-

dos razoáveis. Em casos de emergência nacional, situações de extrema urgência e uso público não comercial, a licença compulsória é permitida diretamente. A partir de 1999, o Ministério da Saúde passou a usar a possibilidade de quebrar patentes por meio da licença compulsória para fechar acordos com laboratórios por remédios usados no combate à Aids. Um único medicamento teve, de fato, a patente quebrada: o Efavirenz, em 2007.

Em 1999, foi aprovada a Lei dos Genéricos, que trouxe um incentivo à produção de medicamentos no Brasil. De acordo com Fonseca, “a Lei de Patentes e a dos Genéricos são pontos marcantes que ajudaram a constituir as políticas da década seguinte”. Em resposta às dificuldades que surgiram ao longo da década de 1990, os pesquisadores ligados ao movimento sanitarista, que haviam atuado na década de 1980 para desenvolver a política de saúde da Nova República, dessa vez participariam da constituição das políticas de pesquisa em saúde, envolvendo leis específicas para o setor, uma nova secretaria no MS e incentivos diretos do governo às empresas.

POLÍTICA INDUSTRIAL

O relatório final da Primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, de 1994, recomendou a criação de uma secretaria no MS especificamente para tratar de investimentos em ciência e tecnologia. A proposta só viria a ser integralmente adotada em 2007, com a criação da SCTIE, que sucedeu o Departamento de Ciên-

ANOS 1990

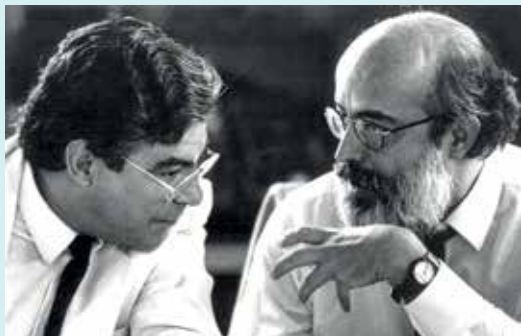
MONTANHA-RUSSA DA PRODUÇÃO NACIONAL

1990 Plano Collor I marca início da abertura comercial

1994 Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips) exige o patenteamento de fármacos

1996 Lei de Patentes (nº 9.279/96) coíbe imitação de remédios por empresas locais

1999 Lei dos Genéricos (nº 9.787/99) incentiva reorientação da indústria farmacêutica brasileira



Hélio Cordeiro (à esq.) e Sérgio Arouca, participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (à dir.): sanitaristas tiveram papel importante na criação do SUS



Manifestação na praça da Sé, na capital paulista, em apoio à decisão do governo federal de quebrar a patente de remédio anti-Aids, em 2007



ANOS 2000

COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL

2003 Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (Pitce) inclui a saúde entre os setores estratégicos para receber incentivos do BNDES

2004 Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma)

2007 Primeira quebra de patente pelo governo brasileiro: o remédio Efavirenz, usado no combate à Aids

Criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS)

2008 Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde

2012 Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que garantem às empresas um mercado para produtos estratégicos

cia e Tecnologia (Decit), de 2000. Em 2008, na gestão do ministro José Gomes Temporão (2007-2011), o Ceis ganhou centralidade, com a criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), hoje extinto.

Fonseca destaca o papel do BNDES no fomento à pesquisa médica, sobretudo a partir da implementação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (Pitce), em 2003, que incluiu a saúde como um dos quatro setores estratégicos. “O banco agiu como um importante indutor de políticas. Incentivou empresas a fazer *joint ventures* [parcerias para um negócio específico] e favoreceu acordos de transferência de tecnologia”, diz a pesquisadora da FGV. “Costumamos pensar que políticas industriais resultam da influência de setores que querem ser favorecidos, mas, no caso da saúde, claramente os pesquisadores tiveram um grande peso, por tudo que fizeram nas décadas anteriores: criaram os conceitos, pressionaram o Estado e participaram da formulação das políticas”, completa.

Nesse período, foram criados mecanismos financeiros para fortalecer o setor produtivo da saúde, com impacto direto sobre a atividade de pesquisa. O pioneiro, em 2004, foi o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma). O principal mecanismo, segundo os pesquisadores, está nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), estabelecidas em 2012, que formalizaram dispositivos previstos no Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde, de 2008. Trata-se de um sistema pelo qual o MS determina uma lista de produtos estratégicos a serem adquiridos, que tenham importância para o SUS e representem um custo grande para o governo ou um peso relevante na pauta de importações. As empresas se comprometem a transferir a tecnologia para laboratórios públicos do país e, em contrapartida, podem fabricá-lo com vendas garantidas por um período de até 10 anos. Passado esse tempo, o laboratório público detém a tecnologia.

Foi por meio dessas parcerias que as empresas brasileiras entraram no campo mais recente dos chamados biossimilares, medicamentos que resultam de processos biológicos, diferentes dos genéricos, feitos por síntese química. “Os empresários que entrevistei sempre ressaltaram o tamanho do mercado que o SUS representa, garantindo os negócios por um longo tempo, quando se entra na lista de fornecedores”, comenta Fonseca, acrescentando que frequentemente esses mesmos empresários negam precisar da ajuda do governo. “Mas, quando olhamos a lista das parcerias que o BNDES fechou entre 2008 e 2017, estão todos presentes”, observa.

Hoje, cerca de 80% do mercado local de genéricos é ocupado por empresas nacionais, que se tornaram capazes também de investir em pesquisa e desenvolvimento (P&D): segundo Hasenclever, as empresas privadas brasileiras ou instaladas no Brasil investiram em média R\$ 19 milhões por ano em P&D, de acordo com os dados da Pesquisa de Inovação do IBGE (Pintec) de 2015. É um valor baixo para padrões mundiais, em um setor no qual a pesquisa mobiliza US\$ 160 bilhões por ano.

Para André Médici, ex-economista sênior da área da saúde do Banco Mundial, essas políticas não chegam a representar um impulso suficiente para a pesquisa em saúde, já que falta “musculatura científica nas universidades e centros de pesquisa”, além de “incentivos para que o desenvolvimento científico possa ser transformado em oportunidades de negócio”.

Médici cita a má posição do Brasil em rankings de oportunidades de negócio. Mesmo a fabricação de genéricos e biossimilares não envolve um intenso processo de inovação, já que “existe um grande mercado no Brasil para que esses produtos sejam fabricados aqui, a partir de tecnologias que já foram desenvolvidas no exterior”, segundo o economista.

“Incentivar o setor privado ou parcerias com empresas internacionais nesse campo, reduzindo os custos para que se instalem no país, seria uma opção vantajosa para acelerar o processo de criação de tecnologia e inovações no Brasil”, sugere Médici. O economista cita o caso dos ensaios clínicos, apontando que menos de 3% deles ocorrem no Brasil, segundo o Global Innovation Index de 2019. “Essa participação é menor nas fases mais intensivas em conhecimento. Um aumento nos testes clínicos ajudaria a consolidar o país nas redes globais de produção de conhecimento em medicamentos e produtos de saúde”, estima.

Para Hasenclever, é preciso repensar os princípios da política industrial para que, além da transferência de tecnologias específicas, as empresas também absorvam os avanços técnicos, reforçando sua capacidade de inovação. “A Estratégia Nacional de Saúde, que está sendo discutida no Congresso [PL nº 2.583/20], contempla compras do governo com transferência de tecnologia. É muito pouco. Seria preciso incrementar as encomendas tecnológicas”, afirma, referindo-se ao instrumento da Lei de Inovação (nº 10.973/04) que permite ao governo contratar avanços tecnológicos com o risco de que não se concretizem.

Hoje, a maior preocupação dos pesquisadores é a falta de investimento no Brasil, agravada pelo contingenciamento do Fundo Nacional

de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o FNDCT (*ver reportagem na página 54*), em particular o Fundo Setorial de Saúde e o Fundo Setorial de Biotecnologia. Todos consideram que o país tem condições de ocupar nichos de mercado na economia da saúde das próximas décadas, tanto no setor farmacêutico quanto em outros, como equipamentos hospitalares, desde que sejam feitos ajustes na legislação e haja apoio do Estado às empresas.

“Há um grande risco de que as pesquisas em áreas da saúde venham a perder espaço a partir de fontes de recursos que dependem do governo federal, dada não apenas à crise econômica e fiscal que atravessa o país, mas também à baixa prioridade que o sistema federal confere às áreas de ciência e tecnologia”, alerta Médici. Para Fonseca, a despeito da mudança de prioridade do governo federal, os principais elementos das políticas de pesquisa em saúde permanecem de pé. “Apesar da queda de investimento, as políticas públicas não acabaram. Os contratos de PDP permanecem. O BNDES não tem mais uma linha específica para o setor farmacêutico, mas as empresas ainda conseguem crédito. A SCTIE ainda existe”, avalia. ■

Projeto

Políticas para competitividade do setor farmacêutico: Uma análise da experiência brasileira (nº 15/18604-5); **Modalidade** Jovens Pesquisadores; **Pesquisadora responsável** Elize Massard da Fonseca (Eaesp-FGV); **Investimento** R\$ 848.810,00.

Artigos científicos

FONSECA, E. M. *et al.* Integrating science, technology and health policies in Brazil: Incremental change and public health professionals as agents of reform. **Journal of Latin American Studies**. v. 51, n. 2, p. 357-77. 2019.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 521-35. 2019.

Os demais artigos citados nesta reportagem estão listados na versão on-line.

Produção de medicamentos em laboratório: empresas privadas brasileiras ou instaladas no Brasil investem um valor baixo em P&D, no setor de saúde, para os padrões mundiais

