

O “COMPLEXO PRODUTIVO DE SAÚDE” NO BRASIL E A PRIVATIZAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO

Rodrigo de Oliveira Ribeiro – Doutorando/ESS-UFRJ

RESUMO: O capital amplia suas bases de produção e faz parecer que, para alcançar níveis ‘melhores’ de saúde, toda área precise depender de injeções maiores de capitais, cria os meios para a reprodução e captura o fundo público. A referência do complexo industrial da saúde evidencia a consolidação da concentração do capital em suas bases materiais e articulação ao capital portador de juros. No Brasil, ao passo que as políticas sociais são privatizadas, a concentração de capitais, os planos de investimento e crescimento das empresas por participação acionária são financiados com recursos públicos dos programas do Banco Nacional de Desenvolvimento Social.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Complexo industrial de saúde. Concentração de capital.

ABSTRACT: Capital expands its production bases and makes it appear that in order to achieve 'better' levels of health, every area needs to rely on larger injections of capital, creates the means for reproducing and captures the public fund. The reference of the industrial complex of the health evidences the consolidation of the concentration of the capital in its material bases and articulation to the capital bearing interest. In Brazil, while social policies are privatized, capital concentration, investment plans and corporate growth by shareholding are financed with public resources from the programs of the Banco Nacional de Desenvolvimento Social (National Bank for Social Development).

Keywords: Health policy. Industrial complex health. Concentration of capital.

INTRODUÇÃO

A capitalização na saúde é atualmente analisada, a partir, da denominação de complexo produtivo de saúde¹ e complexo financeiro de saúde.

A necessidade de metamorfosear a saúde em mercadoria, se expressa nos dados estatísticos que revelam o consumo mundial com serviços de saúde na última década do século XX em torno de US\$ 1,7 trilhão, representando 8% do produto total mundial e o seu acelerado e agigantado crescimento, se comparado ao consumo da primeira década deste século, cuja, a despesa global anual em saúde saltou para cerca de US\$ 5,3 trilhões². Portanto, um mercado de fundamental importância para investimento do capital e sua (in)conseqüente valorização.

¹ O conceito de complexo de saúde vem sofrendo alterações desde sua formulação, ocorrida no Brasil, na década de oitenta. Para uma análise sobre a conceituação de complexo médico industrial e complexo médico financeiro ver, Cordeiro HÁ. A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980 e Vianna CMM. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. PHYSIS 2002; 12(2): 175-190. Para o conceito de complexo industrial de saúde ver Gadelha (2003 e 2006)

² National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).



O “COMPLEXO PRODUTIVO DE SAÚDE” NO BRASIL E A PRIVATIZAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO

No Brasil, o complexo produtivo da saúde em seus ramos industriais e assistenciais caracteriza-se por uma incipiente tendência a formação de conglomerados financeiros e de internacionalização, inserido no contexto do capital monopolista.

A tendência seguida no Brasil tardiamente determina a necessidade de se fortalecer e expandir o processo de industrialização na saúde como premissa para penetração do capital portador de juros. No entanto, o que se verifica na atualidade é que a lógica do capital dominado pelas finanças conduz tanto os processos de produção industrial, incluindo pesquisa, desenvolvimento e inovações tecnológicas, quanto à assistência na saúde.

A conjuntura internacional em que ocorre este processo torna imperativa a desregulamentação do Estado e a abertura à entrada de capitais internacional, para consubstanciar tais ações. Atropelando todos os trâmites institucionais e inclusive com o aval da Agência Nacional de Saúde a MP 656 é transformada na Lei 13.097, acarretando retrocesso na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), permitindo a participação, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, sem restrições presentes na lei anterior.

Para Gadelha:

O Estado constitui, assim, uma instância determinante da dinâmica industrial do complexo, graças a seu elevado poder de compra de bens e serviços, ao poder de indução e às atividades regulatórias que desempenha. (2003, p. 525 - 526)

Abre espaço para diversos mitos e ideologias, como o neo-desenvolvimentismo que ganha força no espaço nacional requerendo maior participação do Estado no setor.

A indução da lógica econômica capitalista justifica os crescentes gastos públicos na saúde, reproduz-se a orientação da lógica curativista, a medicalização da vida social e corrobora para a concentração de riquezas.

Na tabela 1, além das atividades de saúde, contém, para fins de comparação, o valor da produção das *Outras atividades* e o valor da produção de toda a economia do País a cada ano, a preços básicos³ (“Total das atividades”). Observa-se na tabela que as atividades relacionadas à saúde tiveram entre 2000 e 2005 um aumento bruto de 77,24%.

Tabela 1 - Valor da produção, segundo as atividades – Brasil – 2000 - 2005

³ “Os preços básicos não incluem margens de comércio e de transporte por produto ou impostos sobre produtos”. (IBGE, 2008).



Atividades	Produção (1 000 000 R\$ correntes)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	2 003 571	2 213 156	2 538 937	2 992 739	3 432 735	3 786 683
Atividades relacionadas à saúde	102 582	112 813	130 444	145 889	167 319	181 809
Fabricação de produtos farmacêuticos	16 529	17 110	17 607	20 884	23 041	27 436
Fabricação de aparelhos para usos médico-hospitalar e odontológico	2 530	2 918	3 487	4 117	4 762	5 543
Comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos	7 625	7 576	8 464	11 430	14 544	15 706
Assistência médica suplementar	6 683	8 165	8 531	6 651	7 162	8 417
Saúde pública	29 077	32 401	40 153	45 872	55 047	58 799
Atividades de atendimento hospitalar	14 117	15 911	19 034	20 989	23 115	26 498
Outras atividades relacionadas com atenção à saúde	22 963	25 917	28 667	31 734	35 159	34 834
Serviços sociais privados	3 058	2 815	4 501	4 212	4 489	4 576
Outras atividades	1 900 989	2 100 343	2 408 493	2 846 850	3 265 416	3 604 874

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais (CCN), Sistema de Contas Nacionais (SCN) 2000-2005.

Durante o processo produtivo, as atividades econômicas que obtiveram o maior desempenho foram fabricação de aparelhos para usos médicos-hospitalares (119,10 %), seguidos pelo comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos (106 %) e, em seguida, pela saúde pública (102,22 %).

Para o Sistema de Contas Nacionais (SCN), o consumo final efetivo de saúde é todo das famílias. São sempre pessoas os consumidores finais efetivos de saúde pública, saúde privada, medicamentos, terapias, exames e afins.

A Tabela 1 mostra o consumo final do ponto de vista da despesa, de quem paga pelo bem ou serviço. Como apontamos, na perspectiva do SCN, os setores com despesa de consumo final de bens e serviços de saúde são as famílias (ao pagarem diretamente ou através da intermediação de planos de saúde), o governo (que oferece serviços públicos e contrata serviços em estabelecimentos privados credenciados pelo Sistema Único de Saúde - SUS) e as instituições sem fins de lucro a serviço das famílias.

Este tipo de análise não permite avaliar o consumo na saúde em sua perspectiva universal, pois é suprimido o consumo produtivo. Aquele realizado no mercado intercapitalista. Isto impossibilita saber o real papel econômico dos serviços de saúde no setor, pois conforme análise de Teixeira (2000), com a grande indústria, o capital além de garantir a produção e reprodução da força de trabalho de forma ampliada, aumentando a capacidade de consumo e dinamizando este mercado, também cria um mercado intercapitalista. Mercado este gerado pela aquisição de máquinas, equipamentos e matérias-primas, etc. e cuja dinamicidade e tamanho são maiores do que aquele formado fundamentalmente pela força de trabalho.

Como se sabe, os programas para aquisição de medicamentos, como farmácia popular, apenas custeiam os medicamentos comprados dos grandes laboratórios. Ademais, torna-se mais vantajoso à indústria concentrar as vendas para o Estado.

A partir das Tabelas 2 confirma-se a crescente valorização do grande capital internacional, por meio da indústria farmacêutica, ao verificar que os dados referentes às importações se concentram principalmente em bens (medicamentos para uso humano e produtos farmoquímicos), com uma participação também importante de Aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalar e odontológico.

Tabela 2 - Importações de bens e serviços de saúde, segundo os produtos - Brasil - 2000-2005

Produtos	Importações de bens e serviços de saúde (1 000 000 R\$ a preços correntes)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total das importações	138 492	175 748	185 954	205 272	243 622	247 362
Total saúde	4 698	6 748	8 925	9 093	10 826	9 987
Produtos farmoquímicos	1 075	1 566	2 832	2 869	3 743	3 066
Medicamentos para uso humano	2 082	2 931	3 505	3 887	4 378	4 032
Medicamentos para uso veterinário	406	479	738	622	688	741
Materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos	100	127	147	131	144	141
Aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalar e odontológico	1 020	1 631	1 680	1 566	1 853	1 989
Serviços de atendimento hospitalar	15	14	23	18	20	18

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, CCN, SCN 2000-2005.

A dependência dos fármacos à indústria farmacêutica de capital internacional além de estar expressa nos números da balança comercial também se revela por meio das empresas multinacionais instaladas no país. Embora, as empresas cujo controle de capital brasileiro esteja crescendo, sobretudo nos últimos quinze anos, como consequência da Lei 9.787/99, na tabela 03, constata-se que entre as dez maiores empresas farmacêuticas instaladas no país, seis tem origem estrangeira e domina 57,48% do mercado. Obviamente, esses números expressam se a concentração de capital na área está sobre o controle das empresas nacionais ou estrangeiras, todas de caráter privados e algumas com negócios nas bolsas. No entanto, e o que é determinante para nossa análise é o fato de a apropriação dos resultados da produção terem um caráter estritamente privado, sobretudo, por se tratar de produtos que podem garantir a recuperação da saúde da população.

Tabela 03 – As dez maiores empresas farmacêuticas no Brasil - 2014

Colocação	Empresa	Controle de Capital/sede	Vendas Líquidas / Milhões
1	<u>Hypermarcas</u>	Brasil/SP	US\$ 1.640,6
2	<u>Pfizer</u>	EUA/SP	US\$ 1.430,5
3	<u>Novartis</u>	Suécia/SP	US\$ 926,9
4	<u>Roche</u>	Suécia/SP	US\$ 904,0
5	<u>EMS Sigma Pharma</u>	Brasil/SP	US\$ 702,9

6	<u>Eurofarma</u>	Brasil/SP	US\$ 671,0
7	<u>Sanofi-Aventis</u>	França/SP	US\$ 653,4
8	<u>Aché</u>	Brasil/SP	US\$ 540,1
9	<u>DSM/Tortuga</u>	Holanda/SP	US\$ 491,3
10	<u>Merck</u>	Alemanha/RJ	US\$ 400,1

Fonte: Exame, Melhores e Maiores (Nov. 2015) / Elaboração Própria

Entre os diversos fatores apontados, do modelo de indústria de saúde, que atuam para a P&D ser considerada atividade incipiente no Brasil os custos vultosos e crescentes são os principais. A grande indústria farmacêutica gasta em média entre 15 e 20% de suas vendas com P&D, o que permite afirmar que os gastos (aproximadamente de US\$ 1.8 bilhão a US\$ 2.5 bilhões) com esta atividade da Smithline Beecham, empresa situada na décima colocação no ranking das maiores farmacêuticas mundiais, é aproximadamente duas vezes maior que toda receita da Novartis no Brasil.

No Brasil, autores como Gadelha (2006) situam a questão da saúde no contexto do desenvolvimento nacional e da política industrial e nesse sentido incorporam a noção de complexo industrial da saúde num referencial teórico que articulam lógicas distintas, a sanitária e a do desenvolvimento econômico.

O objetivo apontado é superar a dicotomia entre o poder de compra do Estado associado à política de saúde e o desenvolvimento tecnológico e industrial. O rompimento dessa dicotomia seria o primeiro passo para alavancar os processos de geração de emprego, renda e riqueza, reduzindo a dependência externa. O que constatamos é uma forte influência neo-desenvolvimentista, cujo fator econômico nortearia o processo.

Segundo este autor,

não se pode tratar o padrão de desenvolvimento na sociedade do conhecimento de um lado, e o sistema de saúde, de outro, como se fossem duas dimensões independentes. O tratamento em separado, apenas sob uma lógica defensiva voltada para proteção dos interesses e da pressão da indústria para a absorção de novos produtos e processos no sistema, inadvertidamente faz com que as forças sociais, que historicamente vêm lutando por um sistema de saúde amplo e inclusivo no Brasil, acabem atuando na mesma direção do modelo neoliberal. Por sua vez, esse modelo tem procurado vetar os processos endógenos de desenvolvimento, de industrialização e de superação da dependência dos países menos desenvolvidos, mediante a negação de políticas ativas e seletivas para a estrutura produtiva nas áreas de maior dinamismo como a de saúde. (GADELHA, 2006, p. 14, 15)

Gadelha se esquece de que é o padrão desenvolvimento econômico que determina o processo e sistema de saúde e o que o 'pensamento crítico sanitário' pretende é inverter



esta lógica. Logo quando verbaliza Gadelha que “observa-se um duplo e contraditório ataque para a inovação em saúde vinculada ao desenvolvimento das forças produtivas dos setores industriais”, acerta o autor. No entanto, equivoca-se quando expressa que a vertente neoliberal simplesmente descarta o papel do Estado na política industrial, posto os subsídios e isenções concedidas, as linhas especiais de empréstimos a juros abaixo aos praticados no mercado, investimentos em infra-estrutura, pesquisa e desenvolvimento, entre outros. Por outro lado, diz ainda Gadelha que,

uma vertente associada ao campo do pensamento crítico sanitário que sempre defendeu a ampliação do papel do Estado para a constituição de um sistema equânime e universal, [...], por raras vezes, relacionou a saúde como um campo vital para o desenvolvimento nacional em bases empresariais.(2006, p. 15)

Parece que Gadelha, não concebe que na história recente do capital, o que de fato há no decorrer do século XX é uma metamorfose desse modo de produção, uma transição da hegemonia da fração do capital industrial, para a fração financeira do capital.

Com essa transição consolidada de forma mundializada, o que ocorre é um devastador processo de retaliação a todo movimento do pensamento crítico ligado as massas trabalhadoras que se retraem, após um duro ataque dessa fração do capital.

No que se refere a novos recursos, encontra-se na Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) lançada pelo governo em meados de maio de 2008 importantes contribuições.

O complexo industrial da saúde, a tecnologia de informação e comunicação, a energia nuclear, o complexo industrial de defesa e a nanotecnologia e biotecnologia estão enquadradas como áreas estratégicas com alta densidade tecnológica ou especialização para construir e consolidar a competitividade.

De acordo com a PDP enquadram-se nas ações sistêmicas o aumento dos recursos do BNDES para a indústria (até R\$ 210 bi); a redução em 20% do spread médio do BNDES nas operações de financiamento, com destaque para o setor de Bens de Capital, cujo spread passará dos atuais 1,5% a.a. para 0,9% a.a.;

No primeiro semestre de 2007, houve a aproximação entre o BNDES e o Ministério da Saúde (MS) que resultou na elaboração de um programa para apoio ao desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde nacional, caracterizado como desdobramento do Profarma que passara ter cinco subprogramas, dentre os quais dois chama especial a atenção pelo caráter financeiro atribuído: Profarma-Inovação; e Profarma-Reestruturação.

No primeiro é garantido apoio diferenciado a projetos inovadores, bem como a investimentos relacionados à construção e à consolidação da infra-estrutura da inovação de

saúde no país e pode ser beneficiado por meio das seguintes modalidades de operação: financiamento, participação na empresa (via subscrição de valores mobiliários) ou participação nos resultados do projeto. No profarma-reestruturação é previsto apoio a incorporação, aquisição ou fusão de empresas que resultem na criação de empresas de capital nacional de maior porte e/ou mais verticalizadas.

Este processo financiado com recurso público favorece a concentração de capitais e isto, é comprovado por meio do percentual de grandes empresas que participam desses programas e respondem por mais da metade das operações. No decorrer da vigência do Profarma houve uma incipiente participação das micros, pequenas e médias empresas na carteira. Parte dessa participação é atribuída ao apoio aos planos de investimento e crescimento das MPMEs por participação acionária. Esses instrumentos confirmam a tendência a abertura de capitais como forma de apoio a empresas de menor porte, uma vez que o volume de capital necessário para apoiar suas necessidades de investimento é, na maioria dos casos, superior a sua capacidade de endividamento.

Tabela 4 – Participação nas operações e desembolsos do Profarma por porte da empresa

PORTE DA EMPRESA	NÚMERO DE OPERAÇÕES	PARTICIPAÇÃO NO TOTAL DAS OPERAÇÕES (%)	VALOR DO APOIO DO BNDES (EM R\$ MILHÕES)
Micro	4	8	6,0
Pequena	7	14	31,9
Média	11	23	50,1
Grande	27	55	938,1
Total	49	100	1026,1

Fonte: GSET/ DEFARMA/BNDES

Valores referentes ao período de maio de 2004 a agosto de 2007.

Dos projetos apresentados, oito são de empresas nacionais com controle estrangeiro e 41 de empresas nacionais com controle nacional.

Além desses recursos contidos nos fundos setoriais do Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério da Saúde, BNDES e outros provenientes dos orçamentos das três esferas de governo, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde prevê a identificação de novas fontes, como a taxação de atividades econômicas geradoras de danos ambientais e de saúde, utilizando, por exemplo, parte dos recursos oriundos de multas cobradas dos poluidores ambientais. A identificação dessas fontes deverá ser inserida na discussão do financiamento da saúde, tomando por referência as bases do financiamento da seguridade social. Propõe-se imprimir uma lógica financeira em detrimento a de interesse social e ambiental. Portanto, em nada é alterado à atual concepção dos fundos setoriais, que até o momento foram pautados pela lógica econômica. Segundo esse documento há ainda que se considerar o potencial de recursos financeiros gerados pela



transferência de tecnologias para o setor privado e recursos oriundos do programa de Parceria Público-Privada (PPP) para investimentos em ciência, tecnologia e inovação em saúde.

CONCLUSÃO

Nessa fase de expansão do capitalismo, o poder político passa a ser pensado sob a ótica do poder econômico. Estabelece-se um vínculo orgânico dos agentes políticos com o capital, gerando para o poder uma base material de sustentação. Isso significa trazer para dentro do Estado a lógica do capital, deslocando serviços essenciais como saúde e educação para o âmbito do mercado.

Assim, tão logo articuladas as funções econômicas, políticas e sociais estatais, o próprio Estado passa a se tornar um instrumento funcional à lógica capitalista. No campo político fundem-se as atribuições diretas e indiretas do Estado uma vez que delineiam o desenvolvimento dos investimentos e objetivos, segundo e seguindo a lógica do capital monopolista, ao operar como um administrador dos ciclos de crise.

Na década de 1990 o discurso do BM defendia veemente a redução de custo do Estado, agora já se fala em racionalização de gasto público. Assim, o Estado se tornaria o grande responsável por este tipo de solidariedade, aglutinando recursos e repassando na forma de 'incentivos' a iniciativa privada. Mas há ainda outra diferença no que parece ser uma mudança de estratégia do capital para burlar a resistência de classe, com um discurso permeado de argumentos tecnicistas que sobrepõe à questão política. Isto é, se até aqui está explícito o teor de desresponsabilização do Estado na produção dos bens e execução dos serviços de saúde, alterando a Constituição Federal e a Lei orgânica de saúde, agora o que se almeja é transferir a gestão dos serviços e consolidar a produção. O patrimônio público passa a servir ao capital mediante contratos de gestão juntamente com o financiamento público.

Sem perder de vista a história que demarcou os avanços e retrocessos na saúde, o movimento da reforma sanitária, incorpora o método materialista histórico e atribui um caráter crítico evidenciando a superação não só no campo teórico, mas marcadamente nas práticas políticas reivindicatórias, numa perspectiva de totalidade. No entanto, é fundamental realizar uma maior aproximação entre as fontes clássicas da tradição marxista, expressa por meio de suas particulares derivações emancipadoras e se associam no curso de suas trajetórias ao movimento socialista. Tal aproximação é imprescindível à construção de uma nova ordem societária e se dá em função e a partir, da degradante realidade, dos enormes desafios postos pela contemporaneidade das lutas de classes que na saúde se expressa de inúmeras formas, dentre as quais, algumas foram apontadas neste estudo.



REFERÊNCIAS

- BRAGA, J.C.S; PAULA, S.G. **Saúde e previdência**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês (Org). *Política social e democracia*. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.
- CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. O complexo produtivo da saúde. [Mimeo 2006]
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira**. *Temporalis*, ano VII, n. 13, p. 11 – 38, jan.-jun., 2007.
- GADELHA, CAG. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): p. 521 – 535, 2003.
- _____. **Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial**. *Revista de saúde pública*, v.40, 2006. p.11-23.
- MARX, Karl. **Para a crítica da economia política; salário preço e lucro; o rendimento e suas fontes: a economia vulgar**. Coleção “Os economistas”, São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: livro 3**. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.v.3.
- NEGRI, B. DI GIOVANNI, G (Org). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- VIANNA, CMM. **Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro**. *PHISIS*, v.12, p. 175-190, 2002.