

Missão 2 da Nova Indústria Brasil: soberania sanitária, inovação e coordenação federativa

A Missão 2 da Nova Indústria Brasil (NIB) parte de uma questão que ganhou centralidade depois da pandemia de Covid-19, mas já estava presente no debate brasileiro sobre saúde, inovação e desenvolvimento. A sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de financiamento, organização federativa e capacidade assistencial, mas também de uma base produtiva, tecnológica, regulatória e institucional capaz de responder às necessidades da população. É nesse ponto que o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) ocupa lugar estratégico na política industrial brasileira.

Ao propor o fortalecimento de um CEIS resiliente, orientado à redução das vulnerabilidades do SUS e à ampliação do acesso à saúde, a NIB recoloca medicamentos, vacinas, hemoderivados, terapias avançadas, dispositivos médicos, equipamentos, insumos farmacêuticos ativos e tecnologias digitais em saúde no centro da agenda de desenvolvimento. Esses bens não são apenas mercadorias; eles compõem a base material da política pública de saúde, da segurança do abastecimento e da autonomia nacional em áreas sensíveis. A capacidade de produzi-los, regulá-los, incorporá-los e distribuí-los condiciona a própria capacidade do Estado de garantir acesso à saúde em momentos normais e em situações de crise.

Essa compreensão permite tratar a saúde para além de uma leitura restrita como despesa pública ou resposta assistencial. No caso brasileiro, a saúde também organiza mercados, mobiliza conhecimento científico, gera emprego, induz tecnologia e forma capacidades produtivas. Vista por esse ângulo, a Missão 2 aproxima objetivos sociais e industriais em torno de uma agenda de desenvolvimento orientada por necessidades públicas.

Os dados disponíveis ajudam a dimensionar essa centralidade. A Conta-Satélite de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que, em 2021, as despesas de consumo final com saúde alcançaram R\$ 872,7 bilhões, equivalentes a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB). No mesmo ano, as atividades relacionadas à saúde geraram R\$ 593,1 bilhões em valor adicionado bruto e responderam por 8,4 milhões de postos de trabalho. A relevância econômica da saúde, contudo, convive com fragilidades produtivas persistentes. Estudo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), publicado no *BNDES Setorial*, indica que a produção brasileira de dispositivos médicos, em 2024, foi de R\$ 26,1 bilhões, equivalente a 36% do consumo aparente, enquanto o déficit externo do segmento superou US\$ 8,5 bilhões.

Esses dados mostram que a sustentabilidade do SUS tende a depender cada vez mais da capacidade nacional de produzir, regular, incorporar, precificar, distribuir e monitorar tecnologias de saúde. A meta de ampliar a participação da produção nacional de 42% para 70% das necessidades nacionais em medicamentos, vacinas, equipamentos, dispositivos médicos, materiais e outros insumos e tecnologias em saúde até 2033 oferece uma direção relevante. O desafio está em converter essa meta em prioridades concretas, instrumentos de financiamento, critérios de compras públicas, mecanismos de acompanhamento e resultados verificáveis para o SUS.

Produzir mais no território nacional é importante, mas a ampliação da capacidade produtiva

só se converte em soberania sanitária quando responde a vulnerabilidades efetivas do sistema de saúde. A política industrial da saúde precisa distinguir produtos críticos para o abastecimento público, tecnologias com maior impacto sobre o acesso, insumos que geram dependência estratégica, doenças e agravos que pressionam o sistema e regiões que enfrentam maiores barreiras assistenciais. Sem essa mediação, a expansão produtiva pode se concentrar em segmentos economicamente atrativos, mas pouco aderentes às necessidades sanitárias mais relevantes.

A experiência brasileira recente oferece lições importantes. As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), por exemplo, buscaram articular poder de compra do Estado, transferência de tecnologia, produção nacional e fortalecimento de laboratórios públicos. Ao mesmo tempo, essa trajetória revelou dificuldades de coordenação, desafios regulatórios e riscos de dependência tecnológica persistente. Para a Missão 2, a principal implicação é que instrumentos industriais em saúde precisam ser acompanhados por direção pública, clareza de objetivos e capacidade de monitoramento.

A produção nacional também não deve ser confundida automaticamente com autonomia tecnológica. Embora a indústria farmacêutica brasileira tenha acumulado capacidades produtivas, mercadológicas e inovativas nas últimas décadas, permanecem limites em inovação de maior complexidade, domínio de plataformas tecnológicas, desenvolvimento de novas moléculas e internalização de etapas críticas. A produção local pode ser uma etapa relevante de aprendizagem, mas não garante, por si só, domínio tecnológico. O risco é reproduzir uma lógica de substituição de importações com baixo conteúdo tecnológico, limitada à montagem, à embalagem ou à formulação final. A agenda da Missão 2 ganha maior alcance quando induz o domínio progressivo de insumos estratégicos, plataformas biotecnológicas, pesquisa clínica e pré-clínica, engenharia de processos, regulação sanitária, dados em saúde e capacidade de resposta a emergências.

Esse debate também se projeta para a escala latino-americana. A trajetória recente da indústria farmacêutica brasileira indica acúmulo de capacidades, mas a escala nacional pode ser insuficiente para sustentar trajetórias tecnológicas mais complexas. A integração regional produtiva aparece como complemento possível à política nacional, ao ampliar mercados, organizar complementaridades, reduzir dependências externas e criar melhores condições para o desenvolvimento de tecnologias críticas em saúde. Essa dimensão dialoga com o próprio dossiê temático, que trata a integração regional como parte do fortalecimento de capacidades no entorno latino-americano.

No plano interno, a estrutura federativa do SUS torna o desafio mais complexo. A União coordena, financia e regula parte expressiva da política de saúde; os estados organizam redes regionais e serviços de média e alta complexidade; e os municípios executam grande parte da atenção básica e da gestão cotidiana. O sistema é regionalizado e opera em um país marcado por desigualdades territoriais profundas. Uma política industrial nacional que ignore essa heterogeneidade pode ampliar a produção interna sem reduzir desigualdades de acesso.

A regionalização do SUS não significa que todas as regiões devam produzir todos os bens de saúde, nem que a política industrial deva se limitar aos polos produtivos já consolidados. O ponto de atenção está em construir formas de articulação entre capacidades produtivas existentes e necessidades territoriais do sistema de saúde. Polos mais consolidados podem liderar segmentos de maior complexidade tecnológica, enquanto regiões intermediárias podem participar por meio de fornecedores, componentes, manutenção, engenharia clínica e serviços tecnológicos. Regiões com menores densidades produtivas podem ser integradas pela infraestrutura logística, diagnóstico descentralizado, telessaúde, armazenamento, assistência técnica, laboratórios regionais e formação profissional.

O poder de compra do Estado ocupa lugar relevante nesse desenho, pois o SUS é um grande demandante de bens e serviços de saúde. Essa demanda pode reduzir incertezas, criar escala,

induzir investimento privado e orientar trajetórias de inovação, mas essa capacidade de indução não se realiza automaticamente. Quando recursos públicos apoiam projetos produtivos e tecnológicos, torna-se necessário observar se há contribuição para nacionalização progressiva, transferência tecnológica, fornecimento regular ao SUS, redução de preços, desenvolvimento de fornecedores, investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) e ampliação do acesso. O ponto central é assegurar que os instrumentos da NIB permaneçam conectados ao interesse público.

Essa conexão passa também pelo debate sobre preços, regulação, incorporação tecnológica e acesso. A política de saúde não pode ser reduzida à produção ou à inovação isoladamente, porque esses elementos só ganham sentido público quando se traduzem em disponibilidade, sustentabilidade fiscal e acesso efetivo. Medicamentos, dispositivos e tecnologias incorporados ao SUS precisam ser avaliados também por seus efeitos sobre o custo do sistema, a capacidade de fornecimento e a redução de desigualdades.

O caso dos biofármacos ilustra essa complexidade. Trata-se de um mercado intensivo em conhecimento científico, com custos elevados, exigências regulatórias sofisticadas e cadeias globais especializadas. Para o Brasil, há oportunidades em biossimilares, vacinas, terapias avançadas e plataformas biotecnológicas, mas o avanço nesses segmentos depende de escala, continuidade institucional, financiamento de longo prazo, regulação previsível e articulação entre empresas, laboratórios públicos, universidades, instituições científicas, tecnológicas e de inovação (ICTs) e hospitais de pesquisa. A Missão 2 precisa lidar com essa diversidade tecnológica sem tratar todos os segmentos como se tivessem o mesmo grau de risco, maturidade e complexidade.

A coordenação institucional aparece como um dos principais pontos de atenção. Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL), PDPs, Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii) e outros instrumentos são relevantes para a agenda. Ainda assim, financiamento e instrumentos dispersos podem produzir sobreposição de iniciativas, baixa adicionalidade tecnológica ou dificuldade de acompanhamento. A lógica da Missão 2 exige uma instância capaz de organizar prioridades, acompanhar resultados e articular saúde, indústria, ciência, tecnologia e regulação.

Nesse ponto, o Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (GECEIS) tende a ocupar papel importante ao reunir a agenda produtiva e tecnológica em saúde. O Ministério da Saúde tem papel central na definição das necessidades do SUS, na matriz de desafios produtivos e tecnológicos, na incorporação de tecnologias e na articulação federativa. O Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços (MDIC) contribui com a coordenação da política industrial, o adensamento produtivo e a relação com empresas. O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) participa da estruturação da base científica e tecnológica. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é decisiva para garantir qualidade, segurança, eficácia e previsibilidade regulatória, enquanto a Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI) pode contribuir com inteligência, monitoramento e avaliação.

Como a Missão 2 pretende reduzir vulnerabilidades do sistema de saúde, sua governança não pode ficar restrita aos fóruns industriais. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) podem contribuir para traduzir necessidades sanitárias em prioridades produtivas. Essa articulação ajuda a aproximar a política industrial das necessidades concretas do SUS.

O monitoramento da Missão 2 também merece atenção. Acompanhar recursos anunciados, projetos apoiados e volume de crédito é importante, mas insuficiente para avaliar a contribuição da política. O acompanhamento precisa considerar se os investimentos reduzem dependências críticas, ampliam a produção nacional em segmentos estratégicos, fortalecem laboratórios públicos, melhoram a incorporação de tecnologias no SUS e produzem efeitos sobre acesso, abastecimento,

preços e desigualdades regionais.

Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e hospitais universitários também merecem maior visibilidade nessa arquitetura. Os primeiros são relevantes para a produção pública, a internalização de tecnologias e a segurança do abastecimento em produtos estratégicos. Os hospitais universitários podem aproximar necessidades assistenciais da agenda de inovação ao apoiar pesquisa clínica, validação tecnológica, padronização de produtos e identificação de demandas concretas do SUS. Essa articulação entre produção pública, ciência, assistência e inovação é uma das condições para que o CEIS avance além de uma lógica estritamente industrial.

A Missão 2 pode ser lida, por fim, como uma agenda de capacidades estatais. Sua implementação depende de capacidades analíticas, administrativas, financeiras, regulatórias, relacionais, territoriais e avaliativas. No caso da NIB, essas capacidades importam porque a Missão 2 articula setores, instrumentos e instituições que precisam convergir para um objetivo específico: reduzir vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso à saúde.

A relevância da Missão 2 está justamente nessa tentativa de aproximar política industrial, saúde e inovação. Sua efetividade dependerá da capacidade de reduzir vulnerabilidades reais do SUS, ampliar o acesso, diminuir dependências externas, gerar aprendizagem tecnológica, fortalecer instituições públicas e privadas nacionais e lidar com desigualdades territoriais. O desafio não é apenas produzir mais no Brasil. É fazer com que a produção, a inovação e a regulação em saúde respondam de forma mais consistente às necessidades do sistema público e ao projeto de desenvolvimento que a NIB pretende sustentar.

João Paulo Carvalho
Universidade Federal de Goiás
Secretario Editorial