ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 21 – DIAGNÓSTICO E DESEMPENHO RECENTE DO MAIS SAÚDE
Autores(as)	Elizabeth Barros
DOI	

Título do livro	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2009: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Organizadores(as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Volume	3
Série	Brasil: o Estado de uma Nação
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2009
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-027-7
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 21

DIAGNÓSTICO E DESEMPENHO RECENTE DO MAIS SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

A análise do Programa Mais Saúde, também conhecido como PAC Saúde, exige rápida contextualização de sua emergência. Na esteira do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e de sua forte ênfase em infraestrutura, outras iniciativas seguiram-se com objetivo de contemplar mais claramente a área social e beneficiá-la também com garantias de disponibilização de recursos e proteção contra contingenciamentos. Dimensões constituintes do processo de desenvolvimento, com elevado potencial dinamizador da economia, as áreas de educação e saúde mereceram destaque neste processo. Em abril de 2007, o Ministério da Educação (MEC) lançou o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), também denominado PAC Educação.

Em sua posse, ocorrida em 19 de março de 2007, o novo ministro da Saúde havia indicado 22 pontos, que corresponderiam aos compromissos e às prioridades de sua gestão. Entre os pontos enunciados, alguns merecem destaque por representar esforço de incorporar à agenda governamental questões que, embora presentes no plano conceitual há muito tempo, constituíam desafios para gestão das políticas públicas nacionais. O primeiro ponto a destacar refere-se à intersetorialidade. O caráter multideterminado das condições de saúde exige intervenções concertadas. O ministro comprometeu-se a "adotar uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação com as políticas de inclusão social". O segundo ponto está associado a problema recorrente nas análises sobre sistema público de saúde e a gestão. O ministro anunciou sua intenção de "estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade", apontando como alternativas "a recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais" (TEMPORÃO, 2007). Finalmente, merece destaque a compreensão da saúde como política pública relevante para processo de desenvolvimento, não apenas pelo proeminente caráter social, mas também por sua dimensão econômica. Comprometeu-se em:

> (...) estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o Complexo Produtivo de Bens e Serviços de Saúde no país, pensando a saúde como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento [e a] fortalecer o papel do Ministério da Saúde em relação à pesquisa, à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico, fortalecendo a recém concluída política de gestão de tecnologias em saúde (TEMPORÃO, 2007).

Tais propostas serviram de referência para elaboração do PAC Saúde, denominado Mais Saúde e lançado em dezembro de 2007, objeto de análise neste texto. São destacados os avanços alcançados na implementação de medidas regulatórias, de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico e à internalização da produção de insumos, são também identificadas as dificuldades para execução de ações relacionadas à expansão da cobertura e à reorganização da rede de serviços, dadas as restrições de financiamento presentes no primeiro ano de execução.

2 QUADRO QUE O MAIS SAÚDE PRETENDE TRANSFORMAR

Assegurar o direito à saúde aos 190 milhões de cidadãos brasileiros é responsabilidade do Estado, por determinação do texto constitucional de 1988.

O cumprimento dessa missão envolve o enfrentamento de quadro sanitário complexo, permeado por iniquidades acumuladas em muitas décadas de desenvolvimento desigual e exclusão. Há importantes diferenças nas necessidades de saúde entre regiões e segmentos da população, associadas a idade, renda, ocupação, etnia e gênero. A tendência observada de envelhecimento populacional coloca desafio adicional para o sistema de saúde, dadas as previsíveis mudanças no quadro epidemiológico, ampliando a presença de doenças crônicas e acentuando a necessidade de políticas específicas para idosos. O quadro epidemiológico é complexo, combinando crescente peso de doenças crônico-degenerativas e progressiva diminuição das doenças infecciosas e parasitárias entre principais causas de morte, mas permanecendo estas últimas com relevante presença da causa de adoecimento. Dengue, malária, AIDS, tuberculose, esquistossomose, doença de Chagas, doença diarreica aguda (DDA) e infecção respiratória aguda (IRA) ainda afligem contingentes populacionais expressivos.

Ainda que indicadores clássicos de aferição da situação de saúde venham apresentando *performance* crescentemente positiva para média do país, especialmente nas últimas duas décadas, remanescem diferenças inaceitáveis entre regiões e unidades federadas. A taxa de *mortalidade infantil* que era de 53,7 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, em 1990, caiu para 21,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 2008, redução de 60% na taxa, em menos de duas décadas, para a média do país. Mas a mortalidade de crianças até 1 ano, embora em queda, ainda é alta se comparada à de outros países, como Argentina 15%, EUA 7% e Cuba 5% e em alguns estados ainda alcança 47%, como em Alagoas.

No enfrentamento desse quadro sanitário complexo, o sistema de saúde debate-se com graves problemas de financiamento e gestão.

O *subfinanciamento* do SUS ocorre desde sua origem, no fim da década de 1980. Em 2000, o gasto público total, consideradas as três esferas de governo, era de R$ 34 bilhões e representava 2,9% do produto interno bruto (PIB). Após aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que vinculou recursos à saúde, houve crescimento do gasto, especialmente pelo acréscimo de recursos das esferas subnacionais e alcançou, em 2006, R$ 84 bilhões, representando 3,5% do PIB. Mas o gasto público representava neste ano

apenas 44% do gasto total com saúde no país e correspondia a gasto *per capita* anual, em dólares com paridade de poder de compra (PPP), de US$ 333, em 2005. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), neste mesmo ano a Argentina destinou recursos públicos da ordem de US$ 672 *per capita*. O gasto *per capita* de Portugal foi US$ 1,472, da Inglaterra US$ 2,261, do Canadá US$ 2,402 e dos EUA US$ 2,862.

Os baixos valores destinados ao SUS, que deveria oferecer a toda a população acesso universal e integralidade de atenção, refletem-se em baixa remuneração dos prestadores de serviços ao sistema – paga R$ 10,00 por consulta médica – e em gargalos na disponibilização de serviços à população, com a reprodução de iniquidades históricas pela incapacidade de investir na expansão e na qualificação da rede, gerando graves impactos sobre acesso e qualidade das ações ofertadas. Também repercute sobre *disponibilidade de recursos humanos* qualificados no sistema de saúde em que a baixa remuneração associa-se à precarização do trabalho e ao baixo investimento na qualificação de profissionais para configurar grave problema para a gestão do SUS.

Em todo o país, com diferentes graus de intensidade, existem *problemas de acesso* a consultas especializadas, exames diagnósticos, disponibilidade de medicamentos. A qualidade e a resolutividade da atenção básica são também afetadas pela insuficiência do número de profissionais e de insumos, bem como pela ausência de mecanismos garantidores de acesso aos níveis de atenção de maior complexidade.

Desde 2003 a agenda do Ministério da Saúde (MS) e dos gestores estaduais inclui a preocupação com a *regionalização da rede de serviços,* com vista a assegurar à população acesso oportuno a ações e serviços de saúde, reduzindo o gargalo existente. Mas o processo de regionalização envolve investimentos destinados a desconcentrar a disponibilidade de serviços especializados e, no contexto de restrição financeira do sistema, tem evoluído muito lentamente. Além desta dimensão, há longos processos de negociação entre níveis de gestão do sistema para definição da localização dos investimentos e dos fluxos de pacientes mais adequados, que têm determinado a morosidade deste processo.

Parte desses problemas está associada também a *mecanismos de gestão* pública inadequados às necessidades do sistema de saúde. Processos de compra morosos e dificuldade para admissão de pessoal são algumas das dificuldades enfrentadas, que se associam a outras, como a baixa profissionalização da gestão e a elevada incidência de históricos fatores políticos e culturais – patrimonialismo e clientelismo, entre outros – na condução da política.

Há ainda questões relacionadas à sustentabilidade do sistema de saúde que se associam à elevada *dependência existente no país de insumos e equipamentos importados,* que oneram e dificultam a disponibilização de ações e serviços, além de produzir impacto negativo sobre a balança comercial do país. O déficit comercial setorial cresceu, a partir dos anos 1990, mais de sete vezes em termos reais, concentrado em produtos de maior densidade de conhecimento e inovação.

3 PROGRAMA MAIS SAÚDE: DIRETRIZES E PROPOSTAS

O Programa Mais Saúde é mais que um programa. É, na verdade, estratégia destinada a articular programas e ações para enfrentar problemas históricos na área da saúde no país. Sua elaboração foi orientada pelas seguintes diretrizes estratégicas:

- Avançar na implementação dos princípios constitucionais para consolidação de sistema de saúde universal, equânime e integral.
- Consolidar ações de promoção da saúde e intersetorialidade no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro.
- Priorizar, em todos os eixos de intervenção, objetivos e metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida.[1]
- Aprofundar estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo diretrizes aprovadas pelo Pacto da Saúde.
- Fortalecer Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, permitindo associar aprofundamento dos objetivos do SUS com transformação necessária da estrutura produtiva do país.
- Dar expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde, para associar flexibilidade gerencial a compromisso com metas de desempenho.
- Equacionar situação de subfinanciamento do SUS, envolvendo regulamentação da legislação existente – EC nº 29/2000 – e participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde.

Lançado em dezembro de 2007, com orçamento de 2008 já definido, o Mais Saúde estabeleceu diretrizes, prioridades e metas para o período 2008-2011. Neste período, o volume global de recursos federais a ser destinados à sua implementação atingiria R$ 89,5 bilhões, acréscimo de 37% em relação ao previsto no PPA 2008-2011 para ações finalísticas que o integram.

Inclui *73 medidas*, que se desdobram em *169 metas*, distribuídas em *sete eixos de intervenção*. Grande parte delas já integrava o PPA 2008-2011. Para algumas medidas, foram previstas metas mais ambiciosas e novos mecanismos de intervenção, correspondendo ao que foi denominado *expansão*, envolvendo aporte adicional de recursos.

Os *eixos* do Mais Saúde são: promoção da saúde; atenção à saúde; complexo industrial e de inovação em saúde; força de trabalho em saúde; qualificação da gestão; participação e controle social; e cooperação internacional.

1. O Pacto pela Vida é mecanismo de articulação entre municípios, estados e MS que, por meio de termo de compromisso, compromete-se a priorizar e atingir metas definidas, atualmente, para áreas de: *i)* saúde do idoso, mental, do trabalhador e da pessoa portadora de deficiência; *ii)* controle do câncer de colo de útero e mama; *iii)* redução da mortalidade infantil e materna; *iv)* fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e à ocorrência de doenças, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e *v)* além da promoção à saúde e do fortalecimento da atenção básica.

Para cada eixo são identificadas medidas, com respectivas metas, que deverão ser implementadas para atingir objetivos propostos.

TABELA 1
Mais Saúde – síntese das propostas

Eixos de intervenção	Número de medidas previstas 2008-2011	Número de metas	Recursos 2008-2011 (em R$ milhões)						
			Total	PPA	Recursos para expansão				
					Total	2008	2009	2010	2011
Promoção da saúde	11	36	2.206	531	1.675	196	348	439	692
Atenção à saúde	27	85	80.409	60.099	20.310	3.565	4.210	5.032	7.503
Complexo industrial e inovação em saúde	14	15	2.014	1.159	855	156	200	219	280
Força de trabalho	8	9	2.559	1.734	825	101	172	213	339
Qualificação da gestão	5	11	1.943	1.339	604	46	126	161	271
Participação e controle social	4	5	296	267	29	6	7	7	9
Cooperação internacional	4	8	58	15	43	9	10	11	13
Total	**73**	**169**	**89.485**	**65.144**	**24.341**	**4.079**	**5.073**	**6.082**	**9.107**

Fonte: Mais Saúde/MS.
Elaboração: Diretoria de Estudos Sociais (Disoc)/Ipea.

Seria impossível, no espaço deste trabalho, descrever e analisar todas as medidas e as metas incluídas no programa, que correspondem a quase todo o espectro de ações relacionadas à operação do sistema de saúde. Algumas serão destacadas.

No eixo *promoção da saúde*, é dada ênfase: *i)* à melhoria de mecanismos regulatórios destinados ao controle de alguns fatores de risco, como álcool, tabagismo e teores de gordura, sal e açúcar dos alimentos processados; *ii)* à ampliação e ao reforço das ações destinadas ao controle de doenças transmissíveis, especialmente dengue, malária e rubéola; e *iii)* ações para garantir o acesso à informação e métodos de anticoncepção, inclusive produção e distribuição de máquinas de preservativos masculinos nas escolas. Também inclui ações visando: *i)* à redução de cesáreas e estímulo ao parto normal e humanizado; *ii)* à redução da mortalidade materna, com novas regras para investigação dos óbitos maternos; e *iii)* à melhoria das condições de atenção à saúde do idoso e do trabalhador.

No eixo *atenção à saúde,* estão reunidas medidas e ações de atenção básica, de média e alta complexidade. Na atenção básica, a ênfase está no fortalecimento da estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e Saúde nas Escolas, inclusive implantação, em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), de unidades de apoio e referência para atenção básica. As ações voltadas para expansão e melhoria do acesso à atenção básica de média e alta complexidade incluem: *i)* expansão, reforma dos equipamentos das unidades especializadas e da rede nacional de laboratórios de saúde pública, *ii)* ampliação do número de leitos de terapia intensiva em unidades hospitalares; *iii)* expansão da rede de atendimento a urgências e emergências, inclusive implantação de unidades de resposta rápida às emergências que funcionam 24 horas e destinam-se a desafogar as emergências dos hospitais gerais; e *iv)* ampliação do Programa Farmácia Popular, entre outros. Também inclui medidas relacionadas a mecanismos de financiamento e a recomposição de valores de remuneração da tabela de procedimentos do SUS.

Outras medidas destinam-se a elevar o número de doações de órgãos e transplantes no país e ampliar a rede de coleta e armazenamento de sangue de cordão umbilical e placentário. Também estão previstas medidas regulatórias voltadas à garantia de direitos e à qualificação da saúde suplementar, inclusive a integração com ações voltadas para monitoramento, prevenção e vigilância em saúde. O conjunto de ações deste eixo está orçado em R$ 80,4 bilhões e representa 90% do orçamento do Mais Saúde e 83% dos recursos de expansão.

O eixo *complexo industrial e de inovação em saúde* tem ambição de fortalecer base produtiva e a capacidade de geração de conhecimento no país, aumentando a competitividade em inovações das empresas e dos produtores industriais públicos e privados da área da saúde para reduzir a vulnerabilidade da política de saúde, pela oferta interna de insumos que permita atendimento às necessidades de saúde da população. Prevê também medidas regulatórias e de fomento à produção nacional, associadas à política de compras governamentais do setor. Propõe investimentos em unidades públicas para desenvolvimento e produção de medicamentos, vacinas e imunobiológicos; instalação de unidade pública para produção de hemoderivados, além da modernização e do fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sua implementação prevê estreita colaboração entre MS, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e unidades da Federação (UFs). O valor total previsto para o eixo complexo industrial da saúde é de R$ 2 bilhões, dos quais R$ 1,2 bilhão já se encontra previsto no PPA e R$ 0,8 bilhão constituem recursos propostos como expansão.

O eixo *qualificação da gestão* preocupa-se com eficácia, eficiência, efetividade das ações e otimização dos recursos aplicados, propondo processos e medidas regulatórias que incidem sobre gestão do sistema. Entre as medidas propostas estão fortalecimento dos processos de planejamento, informação, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde e o estabelecimento de mecanismo de contratualização de metas e resultados, a ser desenvolvido a partir de 2009; o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; a implantação de complexos reguladores para garantir acesso equitativo aos serviços de saúde e reduzir filas de espera nos serviços de saúde do SUS; e modernização da gestão dos hospitais filantrópicos por meio de contratos de gestão. A medida mais polêmica, como se verá à frente, é a proposta de aprovar projeto de lei complementar e as leis ordinárias necessárias para implantar o modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais. São estimados recursos totais de R$ 1,9 bilhão, dos quais R$ 603 milhões correspondem à expansão.

O eixo *participação e controle social* visa ao fortalecimento da participação e do controle social sobre todas as instâncias e agentes do SUS, com aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde e de mecanismos de escuta do cidadão. As medidas propostas incluem: *i)* melhoria da infraestrutura e apoio logístico dos conselhos de saúde; *ii)* educação permanente de agentes e conselheiros de saúde para controle social e ação participativa; e *iii)* implantação do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS e do Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde. Estão previstos recursos da ordem de R$ 296 milhões, dos quais R$ 267 milhões já se encontram consignados no PPA.

Finalmente, o eixo *cooperação internacional* destina-se a fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da saúde, com ações de cooperação entre países, em especial com os do Mercado Comum do Sul (Mercosul), da América Central, da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da África, em parceria com MS e Ministério das Relações Exteriores (MRE). Prevê ações de: *i)* cooperação técnica para desenvolvimento de estruturas e sistemas de saúde; *ii)* apoio à capacitação de profissionais de saúde, mediante transferência de metodologias e tecnologia de formação; *iii)* constituição da Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI); e *iv)* inserção do Programa de Saúde para Fronteira (SIS-Fronteira) nos esforços de fortalecimento da integração da América do Sul. Os recursos previstos são de R$ 58 milhões, dos quais R$ 43 milhões dependentes de expansão.

O programa faz também estimativas sobre capacidade de geração de empregos que a implementação das ações previstas terá. No período 2008-2011, prevê a possibilidade de que sejam gerados 3,2 milhões de empregos, dos quais 1,1 milhão seriam empregos diretos e 2,1 milhões indiretos. Apenas com expansão das ações de promoção e atenção à saúde poderiam ser gerados 850 mil empregos diretos.

4 IMPLEMENTAÇÃO DO MAIS SAÚDE

O lançamento do Mais Saúde ocorreu no mesmo período em que o governo federal enfrentava, no Congresso Nacional, batalha pela renovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A disponibilização do inteiro montante arrecadado pela CPMF para saúde foi derradeiro argumento neste esforço. O presidente da República encaminhou, em 12 de dezembro de 2007, correspondência ao presidente do Senado Federal à qual anexou Ofício assinado pelos ministros da Fazenda e das Relações Institucionais em que declaravam que, uma vez aprovada prorrogação da cobrança da CPMF nos termos da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 50/2007, o governo respaldaria acordo parlamentar que destinasse valores correspondentes à arrecadação da CPMF, que não são dirigidos hoje à saúde, para que passassem a sê-lo, a partir de 2008, de forma progressiva até 2010, à exceção dos recursos abrangidos pela Desvinculação dos Recursos da União (DRU). Estes novos recursos seriam acrescidos aos patamares atuais e não substituiriam as fontes atuais, mas os ministros estabeleciam condicionalidade: admissão da proposta significaria incluir como despesa de saúde os gastos referentes a inativos, contrapondo-se ao entendimento que tem orientado o MS, o Conselho Nacional de Saúde e o Tribunal de Contas na análise do cumprimento da EC nº 29/2000. A batalha foi perdida. A base governista não conseguiu os 49 votos necessários à aprovação do projeto e a União iniciou 2008 com perda substancial de receita. Os recursos do orçamento do MS para 2008, destinados a ações e serviços públicos de saúde, nos termos da EC nº 29, não atingiam mais que R$ 47,8 bilhões, reconhecidos como insuficientes para fazer frente aos gastos regulares com estas ações. O exercício de 2008 já se iniciou com déficit estimado de cerca de R$ 6,0 bilhões para despesas regulares do SUS. Os recursos necessários à expansão das ações previstas no Programa Mais Saúde, em montante previsto de R$ 4,1 bilhões neste ano, inviabilizaram-se.

A expectativa de obtenção de parte dos recursos renovou-se quando a Câmara dos Deputados incluiu emenda ao Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 121/2007, que trata da regulamentação da EC nº 29, propondo a criação da Contribuição Social da Saúde (CSS), nos moldes da extinta CPMF, com alíquota de 0,1% sobre movimentações financeiras e destinação da arrecadação exclusiva para saúde. Mas a tramitação não teve celeridade esperada e o projeto, em março de 2009, ainda aguardava, na Câmara dos Deputados, votação final de destaque solicitado exatamente ao dispositivo que cria a CSS. As mesmas forças políticas que inviabilizaram a renovação da CPMF articularam-se imediatamente contra a proposta da CSS. A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) desencadeou campanha nacional para tentar impedir que o Congresso Nacional aprovasse a CSS. A entidade vem atuando com parlamentares argumentando que, além de ilegal – com base em parecer feito pelo conselho jurídico da FIESP –, a nova contribuição não é necessária para financiamento das ações de governo. Estimativas iniciais previam que a CSS permitiria arrecadar, em 2009, cerca de R$ 10 bilhões. Neste quadro, também no orçamento de 2009 nenhum recurso foi assegurado para fazer frente à expansão proposta pelo Mais Saúde, em montante previsto originalmente de R$ 5,0 bilhões para este exercício.

A crise econômico-financeira internacional que atingiu fortemente o Brasil a partir do último trimestre de 2008 trouxe ainda mais restrição à execução orçamentária da União. Os contingenciamentos destinados a ajustar o orçamento à queda da receita promoveram sucessivos cortes. A Lei Orçamentária Anual (LOA) autorizou dotação de R$ 59,5 bilhões para o MS, dos quais R$ 52,9 bilhões correspondiam ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) e R$ 4,6 bilhões destinavam-se ao pagamento de inativos e pensionistas. O Decreto nº 6.752, de 28 de janeiro de 2009, que dispõe sobre programação orçamentária e financeira do governo federal em 2009, limitou a despesa anual do MS a R$ 48,3 bilhões. A programação do segundo trimestre, objeto da Portaria Interministerial nº 64, de 30 de março de 2009, contingenciou R$ 679 milhões, reduzindo gasto anual autorizado para R$ 47,6 bilhões.

Medida há muito defendida pelo MS e até então considerada improvável, o aumento da taxação sobre cigarros foi adotado em 2009 para compensar isenções fiscais concedidas a setores estratégicos para manutenção do nível de atividade econômica, como indústria automobilística e construção civil. Mas não se concretizou o desejo de vinculação desta receita adicional ao sistema de saúde.

Tamanhas restrições orçamentárias incidiram fortemente sobre a execução do Programa Mais Saúde em 2008 e 2009, restringindo suas ambições iniciais e conferindo ênfase a ações regulatórias e de fomento.

4.1 Promoção e atenção à saúde

Os eixos promoção e atenção à saúde congregam a maior parte das ações desenvolvidas no âmbito do SUS. A implementação destas ações, ao longo de 2008, ocorreu nos limites da disponibilidade orçamentária prevista antes do lançamento do programa, potencializadas, em alguns casos, pela estratégia de articulação de programas que permitiu remanejamentos de recursos ou melhoria de resultados. Nenhuma das ações dependentes de recursos adicionais, a chamada *expansão*, pôde ser implementada diante das restrições orçamentárias. Muitos dos esforços destinaram-se a ações regulatórias ou definição de diretrizes políticas que deverão orientar implementação de ações nos anos subsequentes.

Com tal perspectiva, destaca-se, na área da promoção da saúde, lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos em 36 escolas técnicas do SUS, desenvolvido em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que tem como meta formar 65 mil cuidadores até 2011. A capacitação, que já formou 300 cuidadores, em seis escolas técnicas nas cinco regiões do país, envolve identificação de riscos à saúde, riscos de acidente doméstico, diagnóstico de dificuldades e promoção da inserção social do idoso. Também foram distribuídas cerca de 5 milhões de cadernetas de saúde da pessoa idosa. Houve expansão de ações na área de saúde reprodutiva com incorporação de anticoncepcionais à lista de medicamentos oferecidas no programa Aqui Tem Farmácia Popular, rede de drogarias privadas credenciadas para vender produtos com 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental. Nesta área, duas outras medidas merecem também destaque: *i)* a ação destinada a ampliar participação do homem no planejamento familiar, com estímulo à realização de vasectomias em ambulatório; e *ii)* a produção e a distribuição de máquinas de preservativos masculinos nas escolas, reforçando ações de planejamento familiar e de combate às doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, a AIDS.

No combate às doenças transmissíveis, foi conferida ênfase à campanha de vacinação contra a rubéola, visando à erradicação, compromisso assumido em acordo firmado entre os países americanos e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) que prevê que, até 2010, todo o continente esteja livre da rubéola. Com este esforço, mais de 67 milhões de pessoas foram vacinadas representando cobertura de 96% da população-alvo. A expectativa é que o Brasil receba certificado de erradicação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, já solicitado à Opas, ainda em 2009. O requisito, cobertura vacinal, já foi atendido. Se nos próximos nove meses não houver notificação de caso, o país receberá o certificado definitivo de eliminação da doença.

Diante da iminência de novos surtos epidêmicos, também intensificaram-se esforços de sensibilização e mobilização da população para ações de controle do *Aedes aegypt*, mosquito transmissor da dengue, envolvendo campanhas pela mídia, parcerias com sistema educacional público, capacitação de profissionais de saúde, mobilização de líderes comunitários, articulação com unidades militares e de bombeiros para colaborar nas ações de vigilância. Em 13 estados, foram definidos planos de contingência. Também está em curso testagem de três novas tecnologias contra a doença.

Avanços regulatórios, mediante revisão de dispositivos legais com vista a reduzir impacto dos riscos à saúde originados pelo consumo de produtos potencialmente nocivos, como álcool e cigarros, foram obtidos. Mudanças nas imagens veiculadas nas embalagens de produtos de tabaco; ação contra fumo em locais públicos e coletivos; restrição da venda de bebidas nas estradas; tolerância zero para teor alcoólico em motoristas foram algumas das iniciativas desencadeadas em parceria com outros órgãos governamentais que apresentaram resultados positivos. Indicadores positivos são a imediata redução do número de acidentes de trânsito com vítimas fatais e a redução média de 15% nos resgates do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) relacionados com acidentes de trânsito em 26 capitais brasileiras, após aprovação pelo Congresso Nacional da legislação restritiva ao consumo abusivo de álcool e ao fortalecimento das ações de fiscalização.

A expansão da estratégia Saúde da Família segue sendo prioridade do MS. Entre 2007 e 2008 foram acrescidas 2.500 novas equipes de Saúde da Família e criados alguns Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos – ginecologistas, pediatras e psiquiatras –, professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Em 2008 foram implementados 386 NASFs, muito aquém do necessário para assegurar cobertura às quase 30 mil equipes de Saúde da Família atuando no país.

Na área de saúde bucal, foram acrescidas 2.569 equipes de Saúde Bucal para atenção básica e instalados 176 novos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem ações especializadas como tratamento de canal, atendimento a pacientes especiais, tratamento de doenças da gengiva, além de outros procedimentos definidos localmente.

Mais ações destinadas à melhoria da capacidade de resolução da atenção básica, à reorganização da rede e à expansão de cobertura seguem sendo ambição a ser concretizada. As metas relativas à implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, unidades de apoio e referência para atenção básica – meta 2.16 do Mais Saúde –, e à construção de 7.655 módulos básicos de saúde, com prioridade para regiões metropolitanas e vazios assistenciais – cidades com menos de uma unidade de saúde para cada 20 mil habitantes, meta 2.1.8 – aguardam efetivação.

Foi lançado, em parceria com o MEC, o Programa Saúde nas Escolas (PSE),[2] que visa oferecer aos alunos da rede pública de ensino cobertura pelo Programa Saúde da Família (PSF). Sua implementação envolveria transferência de recursos financeiros para municípios com equipes PSF, priorizados segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Tais recursos, cujos valores corresponderiam à parcela extra do incentivo mensal às equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, seriam incluídos no componente variável do bloco de financiamento da atenção básica e transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos municípios.

2. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

Foi apresentada a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em maio de 2008. Diante das dificuldades financeiras, os representantes dos gestores subnacionais decidiram adotar postura prudente e posicionaram-se pela não aprovação do PSE naquela ocasião. Só em setembro de 2008 foi publicada portaria definindo recursos financeiros pela adesão ao PSE.[3]

A expansão do Samu também permaneceu como prevista no orçamento, mas comprometida pela ocorrência de atrasos no repasse de recursos para sua implementação que, em algumas localidades, alcançou seis meses. A este o Mais Saúde acresceu implantação de unidades de pronto-atendimento (UPAs), unidades de saúde com atendimento 24 horas, integradas com o Samu, em proximidade de comunidades de baixa renda, que visam desafogar as emergências dos hospitais gerais. Previstas no Plano Nacional de Urgências e Emergências, de 2002, sua implantação iniciou-se no Rio de Janeiro e pretende-se que seja expandida para todo o país. Na primeira etapa, foram investidos R$ 188,8 milhões na construção de 123 UPAs 24 horas. Até o fim de 2010 estão previstas mais 377 unidades, totalizando 500 novas UPAs em todo o território nacional.

Na área de assistência farmacêutica destacam-se a inclusão na assistência farmacêutica do SUS de medicamentos para pacientes portadores de anemia falciforme, doença com maior incidência entre a população afrodescendente, e a do medicamento Raltegravir na lista de antirretrovirais para tratamento da AIDS.

Outras medidas visavam corrigir distorções na distribuição de recursos dos serviços de alta e média complexidade – exames, consultas especializadas, cirurgias etc. – e promover reajuste de valores de procedimentos da tabela do SUS.

Houve também aumento dos recursos para serviços de diálise em todo o país; reestruturação da assistência ao paciente portador de obesidade grave, com ampliação dos procedimentos de cirurgia bariátrica; autorização para realização de cirurgias de mudança de sexo em transexuais; expansão da Rede BrasilCord, que reúne bancos públicos de armazenamento de sangue de cordão umbilical e placentário; medidas de estímulo à captação de órgãos para transplantes. Mas as realizações na área de atenção à saúde ficaram muito aquém das ambições.

4.2 Qualificação da gestão

A melhoria da gestão do sistema de saúde já vinha sendo objeto de preocupação desde o início deste governo. Mudanças na forma de relacionamento entre as esferas de governo, mecanismos de transferência de recursos mais racionais, instrumentos reguladores de contratação de provedores veem sendo gradualmente introduzidos. O mais importante destes, o Pacto pela Saúde, abrange três dimensões: o Pacto pela Vida, que estabelece áreas prioritárias de intervenção e metas a serem alcançadas; o Pacto em Defesa do SUS, mais voltado ao fortalecimento político e à melhoria das condições de financiamento do sistema; e o Pacto de Gestão, destinado a estabelecer compromissos de aperfeiçoamento da gestão do sistema público de saúde, aqui incluída a regionalização da rede de serviços.

3. Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008.

Um mecanismo de adesão solidária, o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), formaliza os acordos. O primeiro TCG foi homologado pela CIT em julho de 2006. Em março de 2009 já haviam sido homologados os TCGs dos 27 estados e do Distrito Federal (DF) e de 2.841 municípios.

No âmbito federal, ao longo de 2008, os esforços relacionados à qualificação da gestão estiveram fortemente concentrados em: *i)* elaboração de proposta de reorganização institucional do MS; na definição de processos de articulação entre secretarias do MS; *ii)* estabelecimento de metodologia e implementação de sistema de acompanhamento das ações incluídas no Mais Saúde; e *iii)* implementação de mecanismos de contratualização de metas e resultados com dirigentes de suas secretarias e órgãos vinculados.

Visando alinhamento do MS ao programa e ao monitoramento contínuo das ações e dos resultados foi lançado, em fevereiro de 2008, o Programa Mais Gestão é Mais Saúde, baseado em metodologia de gestão matricial de resultados. Este programa é composto de três blocos de intervenção: um voltado para realização de diagnóstico institucional do ministério e de suas unidades da administração direta, cujo objetivo é identificar capacidade do ministério de implementar o Mais Saúde no horizonte de tempo previsto; o segundo, destinado a oferecer suporte ao esforço de articulação interna, identificando responsabilidades de cada um dos órgãos da administração direta e órgãos vinculados ao MS na implementação do programa e definindo termos da pactuação de responsabilidades destas unidades na implementação do Mais Saúde com ministro, assim como processo de monitoramento da agenda estratégica; e o terceiro, destinado a analisar nível de prontidão dos processos da secretaria executiva, que oferece suporte técnico-administrativo à implementação do Mais Saúde.

Algumas das medidas propostas geraram controvérsia e ainda não foram implementadas. A reestruturação do ministério prevendo divisão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a separação da área de atenção básica em nova Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, sob argumento de fortalecer atenção básica e promoção da saúde, gerou resistência. Na Exposição de Motivos Interministerial nº 228 que encaminhou ao Congresso, em agosto de 2008, o projeto de lei que altera a estrutura do MS, os ministros do Planejamento e da Saúde argumentam que

> (...) a criação dessa Secretaria significa romper com a estrutura que historicamente orientou a organização do sistema de saúde, na qual os serviços de alta complexidade e alto custo sempre foram valorizados em detrimento dos procedimentos ditos de baixa complexidade (BRASIL, 2008c).

Os críticos da medida, contudo, enxergam nessa proposta retrocesso que carrega o risco de ampliar o fosso ainda hoje existente entre ações de diferentes níveis de atenção, comprometendo esforços de introduzir no sistema a lógica da linha de cuidado integral, a consolidação da atenção básica como nível estruturador do sistema e a possibilidade de melhor articulação entre ações de diferentes níveis de complexidade. Além disso, para os críticos, a capacidade de pressão dos interesses relacionados à atenção de média e alta complexidade na disputa orçamentária é muito maior e poderia levar a atenção básica a subfinanciamento ainda maior do que o hoje existente.

Houve avanços nos esforços de contratualização da rede de hospitais filantrópicos, com o Programa de Reestruturação e Contratualização do SUS, e assinatura de termo de ajuste de filantropia com hospitais de referência para oferta de projetos para melhorar o atendimento e a gestão do SUS.

Outras medidas relacionam-se ao aperfeiçoamento do processo de execução de obras no âmbito do SUS. Desde junho de 2008, reformas, ampliações e construção de unidades de saúde passaram a ser geridas pela Caixa Econômica Federal (CEF), que acompanha o andamento, com seus engenheiros e arquitetos, e repassa recursos a municípios e entidades beneficiárias. O MS define especificações técnicas e analisa os projetos.

No eixo da gestão, o ponto mais polêmico é a proposta de "Aprovar o projeto de lei complementar e as leis ordinárias necessárias para implantar o modelo de Fundação Estatal de direito privado aos hospitais públicos federais" – Medida nº 5 do eixo.

Enviado ao Congresso pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), em 11 de julho de 2007, o PLP nº 92/2007 regulamenta o inciso XIX do Art. 37 da Constituição Federal (CF) de 1988, parte final, permitindo criação de fundações em nove áreas de atuação do Estado, contratação de pessoal pela CLT e estabelecimento de metas de desempenho. O texto original, extremamente conciso, desencadeou muitas críticas. As mais importantes explanam que a proposta promoveria privatização e terceirização dos serviços públicos – resultando em desresponsabilização do Estado na garantia de direitos universais dos cidadãos –, precarização do trabalho e não garantia dos direitos dos trabalhadores.

Na área da saúde, a oposição é liderada por representantes de usuários, conselhos e sindicatos de profissionais de saúde que veem na proposta o risco de um processo de privatização da saúde pública e a fragilização dos mecanismos de controle social sobre o sistema de saúde. Defendida publicamente pelo ministro e por muitos secretários estaduais, a proposta recebe apoio também de muitos sanitaristas, que a consideram a saída para driblar a ineficiência e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do SUS. Entraves jurídico-institucionais, burocratização de processos, custos elevados de certos serviços públicos, dificuldades para incorporação de pessoal em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) são, segundo os defensores da proposta, fatores que limitam a expansão do sistema público e a universalização do direito à saúde e que poderão ser superados com criação das fundações. Autonomia gerencial, contratos de desempenho, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom rendimento são marcas do modelo proposto, que pretende mudar radicalmente o padrão de gestão existente.

Discutida durante a realização da 13ª Conferencia Nacional de Saúde, em novembro de 2007, a proposta de criação de fundações estatais na área da saúde foi enfaticamente repudiada. Duas das resoluções da conferência são explícitas. Uma afirma o propósito de "fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado" – eixo II, Resolução nº 42. Outra declara a 13ª Conferência contra a Privatização do SUS e posiciona-se explicitamente

> (...) contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou organização social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social, pondo em risco o acesso com qualidade dos serviços aos usuários – Eixo II, Resolução nº 45 (BRASIL, 2008m).

Exige ainda que o MS retire do Congresso Nacional o projeto de lei, que dá direito a contratar serviços de saúde por intermédio de fundações estatais e propõe ações para articular os atores sociais para "o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e organizações sociais" – eixo II, Resolução nº 45 (BRASIL, 2008m).

Não obstante, a proposta foi incluída entre as medidas do Mais Saúde, lançado no mês seguinte, e já está sendo implementada, por meio de lei estadual, em cinco estados – Acre, Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro e Sergipe.

O Conselho Nacional de Saúde também posicionou-se contra a medida e seu presidente acusou o ministro de desrespeitar as decisões dos foros de controle social do sistema de saúde. Para o ministro, as questões levantadas pelo conselho já foram atendidas na elaboração do substitutivo que ora aguarda votação, entendendo que decisão desta natureza é atribuição típica do Executivo e do Legislativo.

Em ação civil pública suscitada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de Sergipe, que alegou inconstitucionalidade da criação das fundações estatais e da contratação de servidores por meio do regime celetista e solicitou liminar para suspensão de concursos públicos destinados a preenchimento de vagas nas fundações públicas de direito privado criadas por lei estadual, a justiça federal indeferiu pedido de liminar e descartou a inconstitucionalidade das medidas.

Esse conflito entre gestores, trabalhadores e usuários em conselhos e conferências de saúde, agudizado pelo tema das fundações estatais, evidencia problema mais profundo, que merece atenção como as condições de operação dos mecanismos destinados a assegurar a democratização do processo decisório e o exercício do controle social no âmbito do SUS. Melhor especificação do papel de conselhos e conferências de saúde, de suas interfaces com o Legislativo e o Executivo, as relações entre conselhos e comissões intergestores são temas que estão a exigir reflexão para assegurar aperfeiçoamento de uma das maiores conquistas do SUS.

4.3 Força de trabalho em saúde

Entre as medidas nesta área destaca-se a realização de concursos públicos para recomposição da força de trabalho do MS, que havia, nos últimos anos, ficado fortemente dependente de serviços terceirizados e de contratos temporários, comprometendo a estabilidade de programas e ações.

Outras atividades estiveram voltadas ao apoio e ao fomento de iniciativas visando adequar grades curriculares de cursos de graduação e de pós-graduação às necessidades de recursos humanos do SUS por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Também foi instalada Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, pelos ministérios da Saúde e da Educação, para indicar diretrizes de formação em saúde, orientando graduação nas áreas de saúde e modalidades de residência médica, especialização e pós-graduação.

Foi inaugurada a Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em julho de 2008, parceria entre o MS, o Instituto Philippe Pinel e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), destinada a oferecer cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização em saúde mental, atendendo principalmente profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Estima-se que a escola poderá oferecer anualmente capacitação a 1.200 profissionais do SUS.

4.4 Participação e controle social

A informatização dos conselhos municipais de saúde vem sendo realizada em parceria com o Banco do Brasil (BB). Instalação de computadores e treinamento foram assegurados para os 5.590 conselhos municipais de saúde do país e podem ampliar a capacidade de exercício de suas atribuições.

Foram também implantadas, em 2008, 15 novas ouvidorias do SUS, permitindo 15,6 milhões de atendimentos aos usuários.

4.5 Cooperação internacional

O MS vem consolidando ações de cooperação internacional. Em Moçambique, o Brasil financia construção de uma fábrica de antirretrovirais, com tecnologia da Fiocruz, para produção de três medicamentos. O acordo inclui montagem do laboratório e processo de transferência de tecnologia. Para oferecer suporte ao trabalho de desenvolvimento na fábrica de antirretrovirais foi instalado escritório regional da Fiocruz na África, que será também polo de formação de pessoal na área de saúde para sistemas de saúde da região.

Outro acordo de cooperação foi estabelecido com o Uruguai para garantia do acesso da população de fronteira aos serviços de saúde de média e alta complexidade nos dois países. Pacientes do Brasil e do Uruguai de 38 municípios de fronteira poderão receber atendimento nos dois países, desde cirurgias cesarianas até transplantes de órgãos. O acordo prevê ainda livre travessia de ambulâncias na fronteira do Brasil e o Uruguai para remoção ou transferência de pacientes entre os dois países.

4.6 Complexo industrial da saúde (CIS)

Os resultados mais positivos do Programa Mais Saúde, neste primeiro período da implementação, são encontrados no eixo complexo industrial da saúde. O primeiro deles, sem dúvida, é a consolidação do reconhecimento da relevância do setor saúde para processo de desenvolvimento. Iniciativas anteriores relacionadas à área industrial já atribuíram maior grau de prioridade para atividades de pesquisa e desenvolvimento de produtos, com potencial de redução de custos de importação de tecnologias e de insumos, para cuidado à saúde da população e com produção de impacto sobre quadro epidemiológico.

A Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (Pitce), lançada em 2004, marca retomada de políticas públicas voltadas para desenvolvimento competitivo da indústria brasileira e a recuperação da capacidade de formulação e coordenação do Estado e já priorizara a química fina, particularmente o segmento farmoquímico.

Ações integradas visando mudar o patamar da indústria nacional tomam inovação e avanço científico-tecnológico como estratégia para enfrentamento da competição e ampliação da inserção externa. A criação do Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva no setor de fármacos e medicamentos permitiu articular atores e interesses setoriais.

A Política Nacional de Desenvolvimento da Biotecnologia, de 2007, também conferira prioridade à área de saúde humana entre as que deveriam ser objeto de programas específicos. E o decreto[4] que a instituiu expressou claramente a intenção de

> (...) estimular a geração e controle de tecnologias e a conseqüente produção nacional de produtos estratégicos na área de saúde humana para posicionar competitivamente a bioindústria brasileira na comunidade biotecnológica internacional, com potencial para gerar novos negócios, expandir suas exportações, integrar-se à cadeia de valor e estimular novas demandas por produtos e processos inovadores, levando em consideração as políticas de Saúde; viabilizando investimento total de R$ 1,78 bilhões na indústria farmacêutica doméstica (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, o MS e o BNDES assinaram, em dezembro de 2007, Termo de Cooperação e Assistência Técnica[5] com objetivo de implantar ações, programas e realizar estudos com vista ao desenvolvimento do CIS. Por este instrumento, o MS assume como obrigação a indicação da lista de produtos estratégicos para subsidiar o BNDES no apoio às operações de participação em seu Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Profarma).

O Profarma, já operado pelo BNDES, foi ajustado ao novo instrumento, com prazo de vigência até 2012. Atualmente, opera por meio de cinco linhas de financiamento distintas: Profarma Produção, Profarma Exportação, Profarma Inovação, Profarma Reestruturação e Profarma Produtores Públicos. Estão previstos recursos da ordem de R$ 3 bilhões entre 2008 e 2012.

O Profarma Inovação, anunciado em maio de 2008, introduziu novo mecanismo de apoio à inovação, por meio da encomenda tecnológica com compartilhamento de risco. A linha inovação tecnológica deverá financiar projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação, com risco tecnológico e oportunidade de mercado; o crédito à engenharia e à inovação empresarial. Também houve aumento da verba do Fundo Tecnológico (FUNTEC) de R$ 100 milhões para R$ 300 milhões e manutenção do Fundo de Investimentos de Capital Semente (CRIATEC) destinado à aplicação em empresas emergentes, com objetivo de capitalizar micro e pequenas empresas inovadoras.

Se a preocupação já existia antes, não há dúvida sobre maior consistência das ações que passaram a ser desenvolvidas nos últimos dois anos, com maior presença do MS na formulação de medidas reguladoras e maior participação nos foros decisórios. E, principalmente, por utilizar o poder de compra do sistema para fomentar investimentos e fortalecer a produção nacional.

4. Decreto nº 6.041, de 8 de fevereiro de 2007.
5. Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o MS e o BNDES, assinado em 5 de dezembro de 2007, publicado no *Diário Oficial da União (DOU)* nº 235, Seção 3.

O uso do poder de compra estatal para estimular produção local é instrumento relevante: estima-se que entre 2008 e 2011 mobilizará recursos da ordem de R$ 12 bilhões/ano, considerados os gastos da União, dos estados e dos municípios.

Entre as medidas mais importantes tomadas pelo MS em 2008 destacam-se:

- Instituição, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.[6]
- Edição de portaria[7] que define produtos de interesse estratégico do sistema de saúde. São identificados 60 farmoquímicos/medicamentos e 25 equipamentos/materiais de uso em saúde, além de dispositivos diagnósticos, prognósticos e ferramentas terapêuticas para doenças virais, doenças negligenciadas[8] e neoplasias; vacinas e soros e hemoderivados. Tal relação de produtos servirá de referência para financiamento de pesquisas e incentivo de produção nacional, permitindo organização do setor e orientando apresentação de projetos que atendam ao interesse do SUS.
- Edição de portaria,[9] em dezembro de 2008, determinando que laboratórios oficiais realizem aquisição de insumos – ingredientes farmacêuticos e princípios ativos necessários à sua linha de produção – com empresas que produzam estas matérias-primas no país, sempre que disponíveis. Os laboratórios oficiais são responsáveis por 31% da produção de medicamentos adquiridos pelo MS e as compras públicas correspondem a 25% do mercado nacional de medicamentos.

Em maio de 2008 foi também instituído o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis).[10] Composto por representantes de cinco ministérios, da Casa Civil e de sete organismos federais ligados à ciência e tecnologia e ao desenvolvimento industrial,[11] atua integrado aos esforços do Programa Mais Saúde e deverá promover ações concretas no marco regulatório brasileiro referentes ao fortalecimento do Complexo Produtivo e de Inovação da Saúde. Visa desenvolver e implantar, de forma integrada, marco regulatório necessário para concretização das estratégias e das diretrizes previstas no Programa de Desenvolvimento Produtivo, coordenado pelo MDIC, no Programa Mais Saúde do MS e no Plano de Ação 2007-2010: Ciência, Tecnologia e Inovação para Desenvolvimento Nacional, do MCT, promovendo articulação de órgãos e entidades do governo federal, com vista a viabilizar ambiente econômico e institucional propício ao desenvolvimento do CIS. A primeira reunião do Gecis ocorreu em agosto de 2008.

6. Portaria nº 374, de 28 de fevereiro de 2008.
7. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2008.
8. Considera como prioritárias dez doenças negligenciadas: hanseníase, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral (calazar), esquistossomose, malária, tuberculose, chagas, dengue, filariose e tracoma.
9. Portaria MS nº 3.031, de 16 de dezembro de 2008.
10. Decreto s.n., de 12 de maio de 2008.
11. Composição do Gecis: MS (coordenador), MDIC (secretaria executiva), MCT, MPOG, MF, MRE, Casa Civil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fiocruz, BNDES, Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI)/MDIC, Instituto Nacional da Propriedade Industrial (Inpi), Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro) e Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

No esforço de adequação institucional para implementação das medidas relacionadas ao CIS, o MS instituiu:

- Comitê Gestor do Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.[12]
- Comitê Gestor do Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde.[13]
- Comitê Técnico Permanente para área de insumos estratégicos – vacinas e imunobiológicos, reativos para diagnósticos, fármacos e medicamentos – utilizados nos Programas Vigilância e Controle.[14]

Os resultados em relação ao desenvolvimento tecnológico e à internalização de produção já são expressivos.

Medida que provocou muita polêmica, o país havia decretado, em maio de 2007, o licenciamento compulsório do antirretroviral Efavirenz. Simultaneamente à imediata possibilidade de aquisição de genéricos do medicamento da Índia, o laboratório do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz) passou a desenvolver esforços para produção nacional e deu início, em setembro de 2008, ao processo de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O Efavirenz será produzido por consórcio entre Fiocruz e três laboratórios privados. O MS estima que o licenciamento compulsório do Efavirenz, utilizado por 38% dos doentes atendidos pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS, tenha propiciado redução de US$ 30 milhões na aquisição de medicamentos genéricos.

Outros avanços foram registrados em relação aos medicamentos antirretrovirais utilizados pelo Programa DST/AIDS. Farmanguinhos, que já produz oito dos 17 medicamentos que compõem o coquetel contra o HIV, concluiu formulação de pílula *três em um*, condensando em um único comprimido três dos medicamentos usados no tratamento da AIDS[15] e aguarda o registro na Anvisa. Também foi protocolado na Anvisa por Farmanguinhos o pedido de registro de antirretroviral infantil, que facilitará o tratamento de crianças portadoras do vírus da AIDS, com previsão de produção já a partir do primeiro trimestre de 2009.

Outro avanço é o desenvolvimento de um *kit* brasileiro para testes de HIV (vírus da AIDS) e de HCV (hepatite C), que permitirá redução da janela imunológica – período pós-infecção em que o vírus não é detectado no exame de sangue – para a detecção do HIV, hoje de 21 dias, para oito dias. No caso do HCV, o tempo será reduzido de 72 para 14 dias. Isso significa aumentar a segurança à triagem nos serviços de hemoterapia para transfusões sanguíneas.

12. Portaria MS/SCTIE nº 8, de 11 de julho de 2008.
13. Portaria MS/SCTIE nº 9, de 5 de setembro de 2008.
14. Portaria Conjunta MS/SVS/SCTIE nº 60, de 31 de março de 2008.
15. Lamivudina, zidovudina e nevirapina.

O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz) assinou com a GlaxoSmithKline (GSK), em janeiro de 2008, contrato de transferência de tecnologia para produção de vacina contra rotavírus, com vigência até 2013. A produção prevista deverá atender à demanda do Programa Nacional de Imunizações (PNI), gerando economia estimada em US$ 100 milhões nos primeiros cinco anos. Um acordo de transferência de tecnologia foi também assinado pelo MS em janeiro de 2009, desta vez com o governo cubano para produção por Bio-Manguinhos do medicamento usado para tratamento de hepatite C crônica,[16] integrante do Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde.

Foi também inaugurada, em abril de 2008, a primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil, localizada em Xapurí (AC), insumo essencial ao Programa DST/AIDS e à política nacional de direitos reprodutivos. A fábrica utiliza látex natural de seringueira nativa e tem capacidade para produzir 100 milhões de unidades de preservativos por ano, estando prevista a expansão da produção anual para 270 milhões de unidades.

A produção de cristais de insulina, matéria-prima para medicamento usado no tratamento do diabetes, também será internalizada. As empresas farmacêuticas União Química e Biomm anunciaram investimento de cerca de R$ 200 milhões para instalação de unidade industrial no Distrito Industrial JK, em Brasília, que deve gerar 1.100 empregos e produzir 800 kg do medicamento, considerado suficiente para atender toda a demanda nacional.

Estão em negociação também nove PPPs, envolvendo sete laboratórios oficiais e dez empresas privadas, para produção de 21 medicamentos não protegidos por patentes, utilizados pelo sistema público para tratamento de AIDS, asma, tuberculose, hemofilia, controle do colesterol, controle da rejeição de órgãos em pacientes transplantados, controle de natalidade e transtornos psicóticos. O MS estima que a produção destes medicamentos poderá trazer economia de R$ 160 milhões anuais, o equivalente a 20% do total gasto atualmente com compra de tais produtos.

Outra medida em estudo é a alteração da legislação de licitações para ampliar o poder de compra do SUS. Uma das propostas em análise é a criação de mecanismos de isonomia tributária durante licitação para garantir que medicamentos nacionais tenham iguais condições de disputa com importados.

Boa parte dos êxitos deve-se ao fato de que as propostas do Mais Saúde nesta área articularam-se com outras políticas governamentais e receberam apoio de representantes da indústria e da mídia. Em artigo sobre medidas de apoio e fomento previstas no Mais Saúde, o vice-presidente da Associação Brasileira da Indústria de Química Fina (Abifina) reafirmou convergência de interesses em torno de "uma indústria nacional autônoma, capaz de suprir o sistema público com os fármacos e os medicamentos imprescindíveis à manutenção da saúde da população" (OLIVEIRA, 2008).

Os avanços obtidos nessa área mostram que identificação de interesses convergentes e capacidade de articulação proporcionam ampliação de poder e são ingredientes essenciais para políticas públicas bem-sucedidas.

16. Interferon Peguilado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória do primeiro ano de implementação do Mais Saúde permite ver que a coordenação da gestão e o subfinanciamento que atinge desde sua origem o sistema de saúde brasileiro permanecem como problemas centrais. A conformação das redes de atenção à saúde e a superação da fragmentação das ações em direção a modelo de atenção capaz de garantir o acesso e atender às necessidades de saúde da população persistem como desafios não superados. Enfrentá-los exige volume crescente de recursos para custear a necessária expansão de ações e serviços e os investimentos indispensáveis à sua viabilização. E tais acréscimos não têm sido assegurados. A preocupação com esta conjuntura é compartilhada por gestores dos três níveis do sistema. Muitas das ações previstas no Mais Saúde, que permitiriam iniciar reversão desta situação, não puderam ser implementadas.

Em reuniões da Comissão Intergestores Tripartite, ao longo de 2008, os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) manifestaram seguidas vezes apreensão com o quadro. As preocupações dos gestores subnacionais estiveram centradas em dois pontos: a necessidade de compatibilizar as metas propostas pelo Mais Saúde com aquelas constantes dos termos de compromisso assinados no âmbito do Pacto pela Saúde, o que exigiria revisão das metas aprovadas no Termo de Compromisso de Gestão Federal (TCGF), aprovado em 2006, e existência de incompatibilidade entre montante de recursos orçamentários e metas já definidas no pacto, quadro que poderia ser agravado com inclusão das medidas propostas pelo novo programa.

A insuficiência de recursos foi o principail foco de inquietação, particularmente os destinados para: *i)* média e alta complexidade; *ii)* incremento na parte fixa do Piso de Atenção Básica; *iii)* ações destinadas a melhorar a capacidade de resolução deste nível de atenção, inclusive os NASFs; *iv)* introdução de internação domiciliar; *v)* financiamento das ações da política de atenção oncológica; *vi)* ações da política de urgência e emergência – Samu e UPAs; e *vi)* aquisição de medicamentos excepcionais. Incertezas sobre volume de recursos e atrasos no repasse de recursos a estados e municípios para manutenção de ações já em curso também ocorreram ao longo de 2008, atingindo principalmente o Samu, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), os NASFs e os recursos referentes ao incentivo à Compensação de Especificidades Regionais (CER).

Diante desse quadro, Conass e Conasems assumiram, em comum acordo, posição de que a prioridade deveria ser assegurar recursos para ações já comprometidas e acordadas, previstas no Pacto da Saúde, e que seria preciso cautela na aprovação de novos programas e propostas que não tivessem sustentabilidade financeira assegurada.

Outras preocupações podem ser acrescidas. A definição de processo de regionalização que contemple redes resolutivas de saúde, considerando todos os níveis de complexidade, com reestruturação dos serviços de apoio diagnóstico, da atenção especializada e hospitalar; a definição de linhas de cuidado; o acordo sobre mecanismos de gestão de redes e referência de pacientes deveria

anteceder o desenho dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde para assegurar operação integrada do sistema. Em dezembro de 2008, o MS instituiu grupo de trabalho para formulação de agenda relativa à estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde.[17]

Fortalecer a rede de atenção básica, qualificá-la e ampliar sua resolutividade são também requisitos para utilização racional dos serviços de média e alta complexidade e para evitar que a implantação das UPAs converta-se em elemento desestruturador do sistema. Se a capacidade de resposta da rede de atenção não for apropriada para atender às necessidades da população, a busca de resultados mais rápidos pode se transferir para estas unidades, reproduzindo o caos hoje encontrado nos pronto-socorros hospitalares que estas pretendem equacionar.

Assim, se do ponto de vista da articulação das políticas públicas destinadas a fortalecer o complexo produtivo da saúde, os avanços foram consideráveis, da perspectiva da reorganização do modelo de atenção e operação do sistema de saúde as restrições enfrentadas pelo Mais Saúde foram maiores que os resultados alcançados.

17. Portaria nº 2.928, de 4 de dezembro de 2008.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006*: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006 (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. *Decreto nº 6.041, de 8 de fevereiro de 2007*. Institui a Política de Desenvolvimento da Biotecnologia, cria o Comitê Nacional de Biotecnologia e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2007a.

_____. *Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2007b.

_____. *Decreto de 12 de maio de 2008*. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde – Gecis, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2008a.

_____. *Balanço das ações da Agenda Social do governo Lula*: saúde prioridades e desafios, jul. 2008b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). *EM Interministerial nº 228/2008*. Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Mais saúde*: conquistas e realizações – uma prestação de contas à sociedade. Brasília, dez. 2008d.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Mais saúde*: direito de todos – 2008-2011. 2. ed. Brasília, 2008e (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Portaria Conjunta nº 60, de 31 março de 2008*f.

_____. *Portaria 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. Brasília, 2008g.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Portaria nº 8, de 11 julho de 2008*. Brasília, 2008h.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008*. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de saúde da família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2008i.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Portaria nº 9, de 5 setembro de 2008*. Institui o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2008j.

_____. *Portaria nº 2. 928, de 4 de dezembro de 2008*. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, grupo de trabalho para formulação de agenda relativa à estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde. Brasília, 2008k.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 3.031, de 16 de dezembro de 2008*. Dispõe sobre critérios a serem considerados pelos laboratórios oficiais de produção de medicamentos em suas licitações para aquisição de matéria-prima. Brasília, 2008l.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Saúde e qualidade de vida*: políticas de estado e desenvolvimento. Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2008m.

_____. *Decreto nº 6.752, de 28 de janeiro de 2009*. Dispõe sobre a programação orçamentária e financeira, estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo para o exercício de 2009, acresce § 4º ao Art. 9º A do Decreto nº 2.028, de 11 de outubro de 1996, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2009.

_____. *Portaria Interministerial nº 64, de 30 de março de 2009*. Brasília, 2009.

MAZZOLI, M. B. L. da C. *O mais saúde*: alinhando o Ministério da Saúde para resultados em saúde, 2008.

OLIVEIRA, N. B. de. Vice-presidente da Associação Brasileira da Indústria de Química Fina (Abifina): para o Brasil recobrar a saúde. *Correio Braziliense*, Brasília, Opinião, 11 fev. 2008.

TEMPORÃO, J. G. *Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de ministro da Saúde em 19 de março de 2007*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744>. Acesso em: 12 ago. 2009.

TERMO de cooperação e assistência técnica entre o Ministério da Saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), assinado em 5 de dezembro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, nº 235, Seção 3.