

GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
AVALIAÇÃO DE PONTOS CRÍTICOS

Série Políticas e Práticas Sociais, 17

Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: acesso e disponibilidade de medicamentos no Sistema Único de Saúde, organizado por *Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde, organizado por *Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*.

CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

PAULO MAYORGA
MARIA CECI MISOCZKY
RONALDO BORDIN
Organizadores

GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

AVALIAÇÃO DE PONTOS CRÍTICOS

DACASA EDITORA
2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

G393 Gestão em assistência farmacêutica – avaliação de pontos críticos / org. por Paulo Eduardo Mayorga Borges, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin. – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 132 p.; 16 x 23 cm. - (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978 858607276-1

I. Saúde Pública – gestão farmacêutica – avaliação. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica – avaliação. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica – avaliação. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org..

CDU 35.07:615.014 (048.83)

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação
Publicato Design Editorial
www.publicato.com.br

© DO AUTOR

Direito de Publicação
Dacasa Editora
Caixa Postal 5057
90041-970 | Porto Alegre | RS
www.dacasaeditora.com.br
dacasa@logic.com.br

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO REGISTRO
NACIONAL DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS
COMO INSTRUMENTO PARA AUMENTO
DA OFERTA DE MEDICAMENTOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Fernando Ernesto Cardenas

Paulo Mayorga

INTRODUÇÃO

No início do ano 2000, a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica avaliou a gestão dos recursos financeiros de incentivo, no período entre abril de 1999 e maio de 2000, constatando que dos R\$ 239.502.203,79 disponíveis, quase 30% dos recursos (ou R\$ 70.934.776,22) ainda não haviam sido gastos. É preciso frisar que iniciativas envolvendo a estruturação e a organização das atividades dos serviços já haviam sido tomadas pelos gestores, portanto no ano de 1999, certamente, os resultados eram muito piores. FISCHER-PÜHLER apud NEGRI & VIANA (2002) aponta que, ao acompanhar as remessas de recursos de 1999, observou-se grande dificuldade do administrador municipal em adquirir os medicamentos, elencando entre os problemas identificados a burocracia, a falta de conhecimento, a falta de economia de escala e a distância dos centros produtores. Esses mesmos problemas também são citados por SANTOS apud NEGRI & VIANA (2002): “Ainda que muitos estados e municípios estejam enfrentado dificuldades em relação à aquisição de produtos selecionados de comum acordo nas instâncias da gerência, seja por problemas de escala, seja por ineficiência administrativa...”

A diretriz de reorientação da Assistência Farmacêutica, no processo de descentralização do gerenciamento e dos recursos financeiros, na priorização da atenção primária preconizada pela Norma Operacional Básica 01/96 (NOB), que embasou a criação IAFB, tinha como um dos princípios fundamentais assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais para os problemas prioritários da população, ou seja, incrementar o acesso ao medicamento.

Alguns fatores que permeiam a política de medicamentos e, portanto, as estratégias de reorientação da Assistência Farmacêutica deveriam impactar fortemente na oferta dos medicamentos na rede de saúde. O financiamento, por exemplo, apesar de reduzido frente às necessidades e à pretensão da universalidade, tornou-se estável à razão de 340 milhões/ano, em 2002, porém entre 1999 e 2000 a situação era paradoxal: havia recursos financeiros disponíveis em caixa nos estados e municípios e a falta de medicamentos nas unidades de saúde era aparente.

A produção estatal de medicamentos, que poderia ser utilizada para garantir o abastecimento, não foi eficaz, já que os laboratórios estatais (salvo raras exceções), fornecedores tradicionais de medicamentos do setor público, caracterizados principalmente pelos preços competitivos de seus produtos, vinham de um modelo de produção voltada à venda centralizada para a Central de Medicamentos (CEME) com atuação marcada pelas entregas insuficientes, frequência irregular, ineficiência administrativa, baixa capacitação e desenvolvimento tecnológico; portanto não estavam preparados para atender a essa

demanda. “O saldo de duas décadas desse sistema é, infelizmente, negativo” (PINHEIRO apud BONFIM & MERCUCI, 1997).

Parte desses laboratórios, principalmente os ligados aos governos estaduais, voltou a sua produção para o atendimento dos programas de distribuição de medicamentos locais, comercializando apenas os seus excedentes de produção com outros estados e municípios. Alguns resultados foram positivos como é o caso do estado de São Paulo em parceria com a FURP, Minas Gerais com a FUNED, Goiás com o Iquego e outros em menor escala.

Aos estados e municípios que não obtiveram acesso à produção desses fornecedores estatais restou, então, recorrer ao mercado por meio de aquisições no setor privado de medicamentos. Alguns estados, que já tinham um histórico de aquisição de medicamentos anterior ao incentivo, encontraram soluções bastante eficazes para adquiri-los por Consórcio Intermunicipal, como o caso do Paraná, e com a elaboração de Atas de Registro de Preços, (p. ex., Ceará e Bahia). No caso dos municípios com a melhoria dos padrões do financiamento, notadamente os maiores, os já habilitados em gestão plena do sistema e que já obtinham sucesso em seus programas de Assistência Farmacêutica, conseguiram otimizar as suas aquisições. Nos dois casos, a maior resolução estava principalmente relacionada ao aumento da receita de orçamento, à oferta dos produtos no mercado regional (estatal ou privado) e à consolidação do aprendizado institucional para a realização de aquisições planejadas e eficientes.

No campo das aquisições governamentais de medicamentos, o Brasil tem, no conjunto financeiro de gestores (União, Estados e Municípios), um grande potencial para interferir nos preços praticados no mercado. O preço dos medicamentos também é fator condicionante de acesso ao medicamento, devido aos recursos financeiros que são restritos a uma oferta adequada dos medicamentos para o atendimento da demanda. Os laboratórios oficiais têm importância estratégica frente a esse desafio, pois produzem medicamentos a um custo bastante competitivo pelo fato de não incorporarem custos com pesquisa, desenvolvimento e propaganda. BERMUDEZ apud BONFIM & MERCUCI (1997) avalia que os preços pagos pela CEME, para a aquisição de medicamentos de laboratórios oficiais, eram sistematicamente mais baixos do que os produtos similares de marca, considerando o preço de fábrica e estimando uma variação de preços de três a oito vezes mais baixos, referente aos do mercado. Ao final dos anos de 1990, a meta desses laboratórios era de se reorganizar, otimizar a sua capacidade instalada, produzir produtos que tivessem menor preço, qualidade assegurada e entrega garantida aos gestores. Essa reorganização vem acontecendo com incentivo dos governos federal e estadual, porém os quantitativos da produção de medicamentos são insuficientes para atender à disponibilidade financeira alocada e à demanda (Números extraoficiais indicam cobertura de apenas 30% da demanda de medicamentos).

A outra parcela da demanda de medicamentos e, conseqüentemente, dos recursos financeiros disponíveis passou a ser adquirida no mercado farmacêutico privado nacional, abastecido pelas indústrias privadas nacionais, multinacionais, distribuidores e farmácias.

O abastecimento ocorreu principalmente com os medicamentos similares; os medicamentos genéricos e de referência são comercializados em menor grau por essas empresas. Em um mercado farmacêutico com as características do brasileiro, um instrumento eficaz para a redução dos custos de compra é a concorrência de preços entre os produtores de medicamentos, objetivando a diminuição das margens de lucro. Outra estratégia seria o agrupamento das aquisições institucionais, centralizando as compras, o que é inviável (como demonstrou o modelo CEME) e principalmente, porque se opõe às propostas de descentralização do SUS.

A composição de preços dos medicamentos no setor privado nacional e multinacional é um componente importante para analisar as margens de ganho de cada tipo de fornecedor de medicamentos no mercado. Pela composição dos preços constantes no Quadro I e as margens de ganho das empresas que comercializam medicamentos no mercado brasileiro, pode-se verificar que as aquisições, no setor público, serão mais vantajosas se realizadas:

- diretamente das indústrias, em que poderia ser obtida uma redução de 48% das margens de lucro da distribuidora e da farmácia. A redução dada pela indústria de 48% é o mínimo que pode ser concedida, pois já é auferida aos seus parceiros na cadeia de distribuição e comercialização;
- de distribuidoras, com redução de 30% das margens de lucro da farmácia.

Quadro I: Estrutura de Preço de Medicamentos no Brasil

Preço Máximo Consumidor	Margens	100,0
Margem da Farmácia	30%	30,0
Preço de Fábrica (ABC Farma)		70,0
Desconto para as Distribuidoras	18%	12,6
Venda Faturada		57,4
ICMS/PIS/COFINS	22%	12,4
Frete/Custos	4%	2,4
Venda Líquida do Laboratório		42,6

Fonte: Importância da Indústria Farmacêutica de Pesquisa no Brasil, São Paulo, dezembro de 2000.

Os principais fornecedores do sistema, segundo os municípios participantes da pesquisa sobre a disponibilidade de medicamentos no SUS realizada em 2001 (Brasil, 2002b), são as drogarias (7,7%), as distribuidoras (52,5%), a indústria (13,4%), os laboratórios estatais (38,2%) e a farmácia de manipulação (3,5%). Esses municípios foram estratificados por níveis populacionais e nos que têm entre 20 e 50 mil habitantes os números referentes a drogarias e distribuidora sobem para 10,9% e 67,3%, respectivamente, e as aquisições de laboratórios oficiais caem para 32,7%. Nos municípios entre 50 mil e 100 mil habitantes, aproximadamente 60% das respostas indicaram os laboratórios estatais como principal fornecedor, apontando que os municípios maiores têm maior acesso aos laboratórios estatais que produzem os medicamentos a preços mais baratos.

Por esses dados, fica clara a dificuldade de municípios menores com 50 mil habitantes adquirirem medicamentos dos laboratórios oficiais, se comparados com os municípios maiores, em que aparecem como grandes fornecedores do sistema nessa faixa populacional o conjunto de drogarias e distribuidoras de medicamentos. Se compararmos as margens de lucro da Tabela I, praticadas por esses fornecedores, pode-se afirmar que as aquisições seriam otimizadas se estimuladas a serem realizadas direto da indústria, com possibilidade de ocorrer expressiva redução dos preços; conseqüentemente, permitindo a aquisição de maior quantidade de medicamentos.

Dessa movimentação do mercado nacional de medicamentos estatal e privado, resultantes do processo de descentralização, somada aos resultados da utilização dos recursos financeiros do incentivo, surgiram propostas de aprimoramento do processo de descentralização dos recursos para a Assistência Farmacêutica Básica que, entre outros, indicava a capacitação de recursos humanos; melhoria da estrutura física; equipamentos e logística dos gestores estaduais e municipais; e o desenvolvimento de ações para a implementação da Portaria n.º 956/2000 (prestação de contas do IAFB). Outras áreas do Ministério da Saúde, como Secretaria Executiva, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), estruturavam mecanismos para atuar na regulação de preços de medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro. Algumas dessas iniciativas foram muito importantes, causando impacto no gerenciamento da Assistência Farmacêutica. Especificamente para a operacionalização dos recursos da atenção básica, podemos citar a criação do registro nacional de preços, que é uma forma de concorrência nacional desenvolvida para tentar disponibilizar aos gestores medicamentos registrados em uma ata a preços competitivos.

A seguir, são apresentadas as formas de aquisições no serviço público, a Lei de Licitações e suas modalidades, a finalidade inicial e o desenho estrutural do Registro Nacional de Preços.

AS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO – LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

As aquisições no setor público têm características muito próprias. Para Vecina Neto & Reinhardt Filho (1998), comprar é buscar o atendimento às necessidades de produtos ou serviços, conforme os requisitos de qualidade estabelecidos pelo processo produtivo, no tempo correto, com os melhores preços e condições de pagamento. Elas são normatizadas por dispositivos legais que têm características próprias de complexidade e de controle e variam conforme os valores financeiros envolvidos. A licitação é o processo formal de aquisição dos órgãos públicos estabelecidos pelo artigo 37, da XXI da Constituição Federal, e estando regulamentada pela lei n.º 8.666/93, atualizada pelas leis n.º 8.833/94 e n.º 9.648/98. A lei n.º 8.666/93 define, em seu Artigo 22, as modalidades de licitação, a saber: a concorrência, a tomada de preços, o convite, o concurso, o leilão e o pregão (Medida Provisória n.º 2.026-7/2000).

São considerados princípios básicos da licitação:

- procedimento formal: as regras (regimento interno) que nortearão as relações entre os licitantes e a administração estarão estabelecidas e claras visando ao cumprimento da legislação;
- publicidade dos atos: varia conforme o tipo de processo, podendo ser uma publicação interna ou até a divulgação em meio de comunicação de alcance nacional;
- igualdade entre os licitantes: desde que qualificados, não devem haver diferenças de tratamentos entre os proponentes;
- sigilo na apresentação das propostas: as propostas encaminhadas pelos proponentes devem permanecer em sigilo e sob responsabilidade da instituição até o momento da sua abertura;
- vinculação ao edital: o edital é o instrumento em que a organização apresenta os bens ou serviços que pretende adquirir e as regras do certame (não podem ser alteradas);
- julgamento objetivo: a lei preconiza que seja observado o critério de menor preço para o julgamento das propostas, uma especificação criteriosa do material é imprescindível para a aquisição do produto desejado e com o menor preço;
- adjudicação é a definição do vencedor da licitação, possibilita ao vencedor o direito de contratar com a instituição (Vecina Neto & Reinhardt Filho, 1998).

O Artigo 22 da lei n.º 8.666/93 define como modalidades de licitação:

- Carta-convite: é um procedimento ágil que envolve licitações de produtos ou serviços com valores financeiros entre R\$ 8.000,00 e R\$ 80.000,00.
- Tomada de preços: envolve valores financeiros entre R\$ 80.000,00 e R\$ 650.000,00.
- Concorrência pública: envolve valores financeiros acima de R\$ 650.000,00 e é caracterizada pela exigência de qualificação em uma primeira fase que comprove a sua capacidade técnica, jurídica, fiscal, financeira e classificação.
- Concurso: utilizado para escolha de trabalho técnico, científico e artístico que prevejam prêmios ou pagamento aos vencedores.
- Leilão: utilizado para a venda de bens móveis inservíveis para a administração.
- Dispensa de Licitação: a licitação pode ser dispensada nos seguintes casos:
 - aquisições diretas com valores até R\$ 8.000,00 (coleta de preços);
 - aquisição de órgãos ou entidades públicas;
 - emergência ou calamidade pública;
 - guerra, perturbação da ordem;
 - ausência de interessados em licitações anteriores;
 - comprometimento da segurança nacional;
 - aquisição de obras de arte e objetos históricos;
 - aquisição ou locação de imóveis para uso do serviço público.

- Inexigibilidade de licitação: quando não existe possibilidade de ocorrer a licitação, em especial para a aquisição de produtos exclusivos, de notória especialização do profissional ou empresa e contratação de artistas.
- Pregão: Modalidade de licitação tipo menor preço, destinada à aquisição de bens e serviços comuns, qualquer que seja o valor estimado para a contratação, em que a disputa é feita por meio de propostas e lances (presenciais ou eletrônicos) em sessão pública. Caracteriza-se pela inversão das fases, em que a habilitação é posterior ao julgamento das propostas, oferecendo vantagens, como a celeridade no processo de compra, transparência, redução de preços e de custos operacionais (FUNDAP).
- Registro de preços: nos termos que dispõe o Artigo 15, inc.II, da lei 8666/93, o sistema de registro de preços deve ser utilizado sempre que possível pela administração Pública. O mesmo artigo refere-se ao sistema de registro de preços como constituído em um arquivo de preços, bens selecionados, mediante concorrência, utilizáveis pela administração em suas futuras aquisições.

O registro de preços foi concebido para aquisição de produtos que apresentam consumo frequente em um mesmo exercício. O procedimento poderá ser realizado pela administração, segundo valores que espelhem maior vantagem, obtidos em concorrência promovida para essa finalidade e fornecidos por interessados que concordem em manter e em fornecer os produtos aos valores registrados por um determinado tempo, em um prazo nunca maior do que um ano. A concorrência para a seleção dos preços deve observar, na íntegra, o que dispõe a lei n.º 8.666/93 que declara: uma vez registrados os preços, estes valerão para todas as compras futuras que forem do interesse do promotor do registro, restando ao fornecedor a provisão do bem, saber quando ele chega e como será solicitado. A existência de preços registrados não obriga a administração a comprar, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios de compra, principalmente quando tal aquisição revelar-se desvantajosa à administração (Marin et al., 2003).

Segundo Vecina Neto & Reinhardt Filho (1998), é necessário realizar um levantamento dos preços de mercado para utilizar o registro de preços por um período mais longo, inclusive as avaliações periódicas de preços, durante a vigência do registro, para manter a atualização dos valores de mercado dos produtos registrados. Recomendam também a utilização do registro para dois tipos de produtos, utilizando dados da curva ABC, valor e popularidade, ou seja, produtos que tenham preços muito baixos, mas que com um volume importante no percentual dos gastos totais e produtos de uso mais restrito, possuam valores unitários elevados. Marin e colaboradores (2003) recomendam o Registro de Preços, especialmente quando houver necessidade de contratações frequentes, for conveniente a aquisição de bens com entregas parceladas, a aquisição de bens para o atendimento de mais de um órgão, entidade ou programa de governo, pela natureza do objeto, ou não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela administração. O registro

de preços permite dinamizar o sistema de compras da administração pública, com melhora na eficiência administrativa, utilizando procedimentos semelhantes aos da iniciativa privada, objetivando principalmente a redução de preços (Justen Filho, 1996).

O Registro Nacional de Preços (RNP)

Como visto, com a descentralização dos recursos para o IAFB, as aquisições de medicamentos passam a ser atribuição de estados e municípios conforme as suas pactuações. Se por um lado lhes confere uma maior autonomia administrativa, por outro lhes traz problemas, pois os estados e municípios situados longe do eixo centro-sul do país, onde estão localizados os fabricantes e os grandes atacadistas, como os pequenos municípios (maioria), que não compram em grande quantidade para adquirir os remédios com vantagem de escala pelos reduzidos valores disponíveis, ficam à mercê de fornecedores intermediários como as distribuidoras de medicamentos e as farmácias privadas. Isso promove um impacto negativo nos preços de aquisição, reduzindo os quantitativos de medicamentos a serem disponibilizados à população.

O fortalecimento e a dinamização das compras governamentais são excelentes estratégias para a regulação de preços e fundamentais para a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais. O crescimento das compras governamentais também é indispensável para impedir a prática de preços abusivos, eliminando a excessiva margem de lucro dos laboratórios (Brasil, 2000). JONCHEERE apud BONFIM & MERCUCI, 1997, aponta que é preciso avaliar como o estado pode atuar no setor para garantir equidade, por meio de uma negociação central de preços, por um tempo limitado, de medicamentos que possam ser adquiridos por estados e municípios.

Um modelo ideal uniria um processo ágil de aquisição que conseguisse centralizar as compras ganhando economia de escala, na qual a capilaridade da distribuição entre o fornecedor, os estados e os milhares de municípios ficasse garantida, fosse transparente e permitisse o controle comunitário e permitisse a regulação e redução de preços no mercado. No escopo da lei n.º 8.666/93, a modalidade que mais se aproxima desse modelo é o registro de preços.

O governo federal, ao acompanhar a execução de 1999/2000, pela pesquisa de disponibilidade de medicamentos e pelo acompanhamento da utilização dos recursos financeiros, identificou problemas nas aquisições de medicamentos. Com o intuito de contribuir para a plena utilização desses recursos, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos, que é uma licitação pública na modalidade de concorrência, pela qual os licitantes apresentam os seus preços para registro, sendo aprovado o que atender às condições do edital e apresentar menor preço. Estados, municípios, Distrito Federal e órgãos vinculados a essas esferas de governo podem comprar os produtos registrados, sem necessidade de realizar outro tipo de processo licitatório, utilizando a Ata de Registro de Preços do Ministério da Saúde, é necessário apenas um decreto que regule a sua utilização no âmbito de cada entidade federativa. O instrumento possibilitaria um procedimento de aquisição mais rápido, garantindo a aquisição de pequenas quantidades a preço de venda de grandes volumes,

evitando-se ainda a formação de estoques excessivos e melhorando a utilização dos recursos financeiros disponíveis (FISCHER-PÜHLER apud NEGRI & VIANA, 2002).

A proposta do Ministério da Saúde era abrir um Registro Nacional de Preços para diversas classes de medicamentos e correlatos para o atendimento das demandas de seus próprios programas e também disponibiliza-lo aos estados, municípios, Distrito Federal e órgãos vinculados a essas esferas de governo. O objetivo principal era o de proporcionar agilidade ao processo de aquisição e permitir a apuração de melhores preços, mesmo quando da aquisição de volumes menores de medicamentos.

Ocorreram intensos debates, principalmente entre os gestores federais, estaduais e seus respectivos departamentos jurídicos, sobre a legitimidade, legalidade e a possibilidade da utilização desse recurso pelos demais gestores, possibilitando, posteriormente, a sua legalização pela edição da Lei n.º 10.191, de 14 de fevereiro de 2001. Áreas do Ministério da Saúde, como a Secretaria Executiva por intermédio do Departamento de Programas Estratégicos (DEPES), da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) e Áreas Técnicas da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), articularam-se rapidamente para dar suporte ao Registro Nacional. As áreas técnicas da SPS ficaram responsáveis pela quantificação da demanda; o DEPES responsável pelas orientações aos usuários do sistema, os fornecedores pelo acompanhamento das aquisições, liquidações e saldos e a SAA ficou responsável pelo processo de licitação e pela gestão dos contratos. Orientações de como fazer as compras, os itens disponíveis no edital, fornecedores, preços e outros estavam disponíveis *online* no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. As relações entre fornecedores, o Ministério da Saúde e os gestores estão demonstradas na Figura 1.

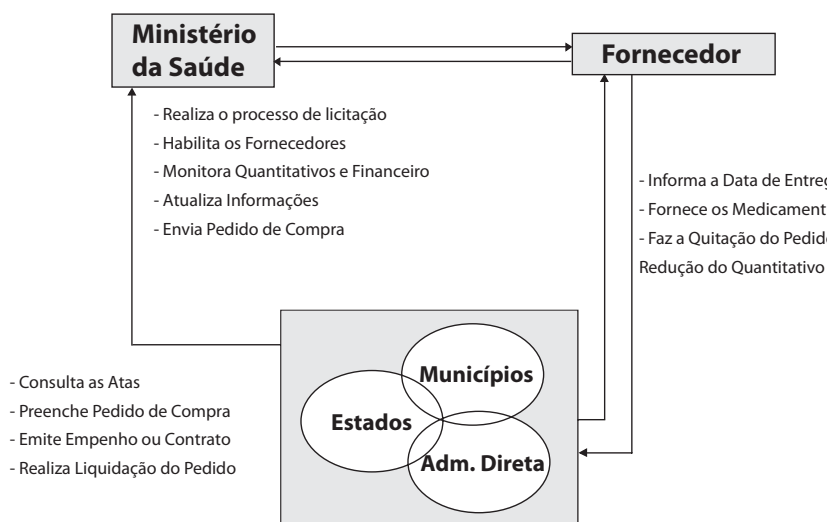


Figura 1: Relações dos fluxos entre o Ministério da Saúde, os fornecedores e gestores na utilização do RNP. Elaborado pelos autores.

Foram enviados a todos os estados e municípios exemplares do “Manual do Usuário” (Brasil, 2001b), que explica a operação do sistema para proceder às aquisições e, mediante requisição, os gestores recebiam uma senha de acesso ao sistema. Realizaram-se diversos treinamentos com a presença dos gerentes da Assistência Farmacêutica, Departamento Jurídico e setor de compras dos estados para esclarecer as dúvidas e os questionamentos. Isso gerou a expectativa dos setores que operavam o Registro Nacional de Preços de que, posteriormente, esses atores replicassem esses treinamentos em seus municípios.

Os procedimentos legais para a elaboração da Ata de Registro de Preços seguiam os trâmites burocráticos como o de todas as aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde, seguindo o fluxo demonstrado na Figura 2.

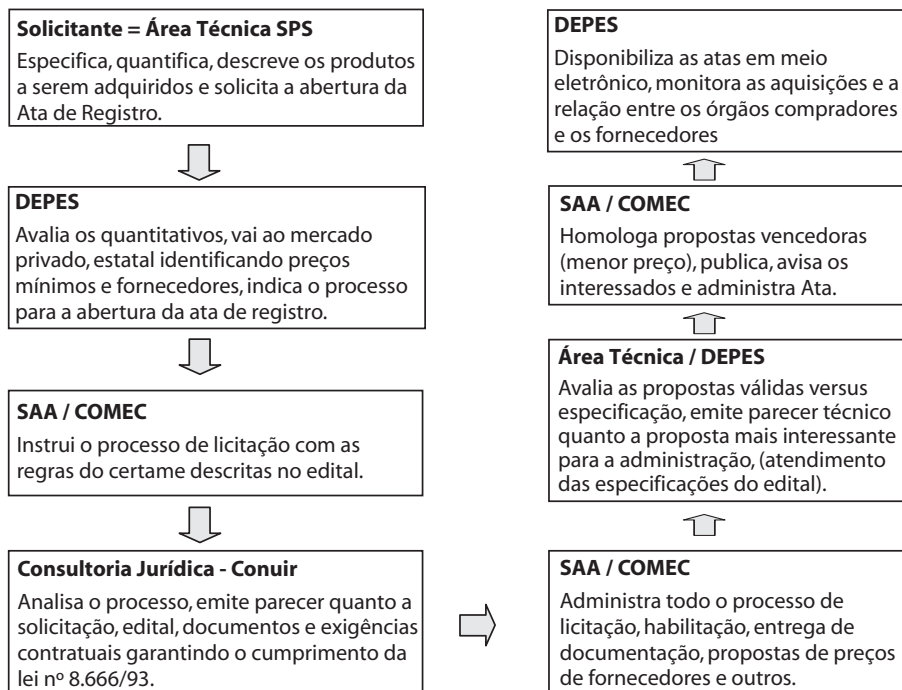


Figura 2: Fluxo Registro de Preços. Elaborado pelos autores

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Os Estados Unidos e o Canadá são países que têm tradição no desenvolvimento e implementação de práticas de avaliação, em que a produção de pesquisas e intervenções ocorre desde meados dos anos de 1950. Na América Latina, países, como Chile, Colômbia e Costa Rica, vêm buscando construir indicadores de gestão nas suas organizações públicas, porém não existe uma utilização sistemática desses indicadores como subsídios para avaliar a gestão de organizações, programas e políticas

públicas. No Brasil, especificamente no sistema de saúde público, em que as ações e os serviços de saúde são organizados para funcionar de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, a implementação das atividades de controle, avaliação, fiscalização e auditoria do sistema configuram-se como um dos setores mais precários da administração, verificando-se superposição de papéis e indefinições, como a quem compete a responsabilidade das ações, levando os gestores a não assumirem as suas competências, com prejuízo da população.

Na literatura, não existe um consenso sobre os critérios de diferenciação entre o monitoramento e a avaliação propriamente dita. Talvez, a melhor definição para o monitoramento seja a de acompanhar as informações prioritárias sobre um determinado projeto, programa ou serviço os seus resultados esperados e prover o gestor de informações para que depois seja realizada a efetiva avaliação do programa. Já a avaliação é o julgamento da pertinência de um programa, realizada em uma abordagem com embasamento teórico que explicita as relações entre as intervenções realizadas e o seu efeito.

A avaliação é um tema ainda incipiente na saúde pública brasileira. Ela vem sendo desenvolvida nos últimos 20 anos e, hoje, pode ser observada tanto na produção científica nacional como no discurso de gestores e formuladores das políticas públicas de saúde.

Após a implantação do SUS, mais precisamente com a municipalização, os gestores locais ansiavam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de modo bastante genérico (MALIK & SCHIESARI, 1998).

Atualmente, valendo-se da diversidade metodológica que ocorre nesse campo, as avaliações de programas de saúde orientam a sua abordagem incluindo teorias da ação social, incorporando conhecimentos e metodologias que se dirigem à avaliação de diferentes aspectos e etapas do desenvolvimento de programas. As metodologias utilizadas dependem do objeto e do tipo de questionamento que se quer fazer à realidade, enfrentando os conflitos colocados pelas diferenças de critérios de verdade e validação, polarizados no debate entre as abordagens “qualitativas” e “quantitativas”. O reducionismo presente na própria caracterização desses polos consagra uma dificuldade histórica das teorias em se posicionarem diante da especificidade do social, refletindo uma luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivas, que coloca a quantidade contra a qualidade, mascarando a interdependência e a inseparabilidade dessas dimensões na realidade objetiva (Minayo, 1992).

As proposições mais frequentes para avaliação de um programa de saúde se valem da abordagem conceitual da qualidade em saúde, principalmente na área médica, que tem como principal expoente Donabedian. O autor destaca as três principais dimensões que devem ser avaliadas na qualificação de uma ação ou serviço de saúde: a tríade – estrutura, processo e resultado. Posteriormente, para definir o conceito de qualidade, utilizou o que denomina “sete pilares da qualidade”: eficácia,

efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Malik & Schiesari, 1998). Ainda foram incorporados em outros estudos, conceitos da qualidade utilizados na indústria e elaborados por Deming, Juran, Crosby e Ishikawa (Malik & Schiesari, 1998).

Bordin e colaboradores (1996) utilizaram em seus estudos o conceito de avaliação formulado pelas Nações Unidas para o desenvolvimento agrícola, no qual a Avaliação é um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância e a efetividade das atividades, tendo em vista os seus objetivos. Uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem, um processo organizativo que visa melhorar as atividades em andamento, planejar o futuro e a orientar a tomada de decisões, podendo ser dividida em dois tipos:

- Avaliação formativa: partilhar as informações com os envolvidos no projeto ou no programa de modo que eles saibam como está sendo realizada a avaliação e quais julgamentos estão sendo atribuídos no decorrer da atividade. É contínua (periódica) e participativa.
- Avaliação somativa: mais comum e geralmente realizada ao final do projeto (ou ao final do prazo estipulado, dos recursos disponíveis ou do cronograma estabelecido). Costuma ser um esforço de momento, com começo meio e fim claramente estipulados e encomendados a atores externos e aos executores do projeto (Malik & Schiesari, 1998).

Os dois processos não precisam necessariamente representar procedimentos separados e a avaliação formativa pode incidir em qualquer um dos pontos do processo, desde a elaboração do plano, estratégias de intervenção, proposição das técnicas até os resultados obtidos devendo, preferencialmente, estarem contidos no plano do projeto e definidos na hora do planejamento. A avaliação somativa é utilizada ao final do projeto ou quando é necessário um recorte, um segmento longitudinal no tempo para verificar a execução das atividades programadas no plano em relação aos objetivos ou às metas. Ambas são extremamente úteis e permitem aos tomadores de decisão a possibilidade de decidir, durante a execução do projeto, a manutenção, reorientação ou alteração das atividades em questão.

Analizando a avaliação da gestão pública na América Latina, especificamente no caso do Chile, onde foi desenvolvida em conjunto a projetos-piloto de indicadores de gestão implementados pelo governo, BOZZI apud BRASIL (2001a) indica que a avaliação no nível organizacional inclui medidas de desempenho em quatro dimensões da gestão:

Economia: capacidade de mobilizar recursos, custo/benefício.

Eficiência: custos, considerando os produtos.

Eficácia: cumprimento dos objetivos.

Qualidade: a experiência (conhecimento) dos serviços por parte dos usuários.

Para medir essas dimensões da gestão, propõe-se criar indicadores aos objetivos formulados em cada dimensão, considerando, em separado, a gestão de processos, dos produtos ou serviços e impactos. Os indicadores são expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade, constituindo-se em artifício aplicável em qualquer das abordagens de avaliação, atuando como um índice ou reflexo de uma determinada situação. Os indicadores ideais devem reunir os seguintes requisitos: objetividade, sensibilidade, clareza, utilidade, mensurabilidade, confiabilidade e validade (Organização Mundial da Saúde, 1981).

As medidas de desempenho propostas por BOZZI apud BRASIL (2001) derivam da metodologia do Planejamento Estratégico, na qual espera-se que os sistemas de medição usados permitam verificar em que medida os recursos, os processos e as atividades realizadas impactaram no cumprimento dos objetivos propostos.

Para CAYDEN & CAYDEN apud BRASIL (2001), a avaliação é uma investigação exploratória de um programa ou agência, levada a cabo em intervalos periódicos ou episódicos. As medidas de desempenho são estimativas quantitativas ou qualitativas no tempo, a respeito do que está desenvolvendo uma organização, como está o seu desempenho e quais são os efeitos de suas atividades. A seguir, a lista de uma relação de medidas de desempenho mais comuns:

- Insumos (*inputs*): dinheiro, pessoal, equipes, materiais e outros.
- Carga de trabalho (*workload*): ou níveis de atividade, como solicitações processadas, níveis de inventário, inspeções realizadas.
- Resultados (*outputs*): crianças vacinadas, quilômetros de estradas construídas.
- Impacto (*outcomes*): dos produtos ou serviços, enfermidades prevenidas, porcentagem de impostos recolhidos.
- Produtividade: número de casos atendidos por especialistas, solicitações processadas.
- Custos: custos médios para vacinar uma criança,
- Satisfação do usuário: número de queixas recebidas, resultados de pesquisas e outros.
- Qualidade e oportunidade de serviço: tempos de resposta, tempo de espera, disponibilidade do serviço.

Contandriopoulos e colaboradores (1992) propõem distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos e orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos. A intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico de um dado momento para produzir bens ou serviços com o propósito de modificar uma situação problemática com cinco componentes

importantes: objetivos, recursos, bens ou atividades, efeitos e contexto.

A pesquisa avaliativa, segundo Contandriopoulos e colaboradores (1992), visa fazer um julgamento *ex post* de uma intervenção, utilizando metodologias científicas, analisando a pertinências, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre dada intervenção e o contexto. Também considera que a pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise:

- Análise estratégica: analisar a adequação estratégica entre a intervenção e a situação-problema.
 - como a situação foi identificada
 - pertinência da intervenção escolhida entre as intervenções possíveis.
- Análise da intervenção: estudar a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados.
 - recursos mobilizados
 - serviços produzidos
- Análise da produtividade: estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços.
 - unidades físicas e monetárias
- Análise dos efeitos: consiste em avaliar a influência (eficácia) dos serviços sobre os estados de saúde.
 - eficácia de utilização que é estimada ao analisar os resultados de uma intervenção.
- Análise do rendimento: (eficiência), relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos, combinação da análise da produtividade x análise dos efeitos.
- Análise da implantação: mede a variação do grau de implantação nos efeitos da intervenção.

Ao observarmos os conceitos ou componentes citados anteriormente pelos autores, podemos concluir que existem convergências evidenciando, como afirmam Contandriopoulos e colaboradores (1992), que a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes.

Em novembro de 2003, a Área de Avaliação do Programa Nacional de DST/AIDS realizou, em Brasília, uma Oficina de Capacitação em Avaliação com foco na melhoria do programa. Para esse evento, foi utilizado material teórico adaptado de uma oficina de capacitação em avaliação do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) “Monitoring & Evaluation – Capacity for Program Improvement, Global AIDS Program”. Dentre outros, foram abordados modelos lógicos de implantação de projetos para o setor, a sua associação com os objetivos e metas e a utilização de modelos lógicos para a avaliação.

A proposta apresentada na oficina também traz conceitos para serem utilizados no processo de avaliação:

- Insumos: recursos utilizados no programa, financeiros, humanos e materiais.
- Atividades: procedimentos do programa que são direcionados à obtenção dos resultados desejados (p. ex., treinamento RH).
- Produtos: consequências das atividades do programa.
- Resultados: efeitos produzidos no público-alvo.
- Impacto: efeitos acumulados dos programas.

Os modelos teóricos ou lógicos têm a finalidade de expressar a visualização de um programa por meio de seus componentes e, em seguida, são identificados os objetivos de cada componente e seus produtos mensuráveis. A relação entre a intervenção e o alcance dos seus objetivos são investigadas, sendo possível entender a fundamentação lógica daquela intervenção ou programa. Frequentemente, o modelo é apresentado como um fluxograma, mapa ou tabela que explicita a sequência de etapas que levam aos resultados esperados.

Na Oficina, o modelo lógico foi descrito como uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre a intervenção e o efeito, que deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas, as mudanças ou os resultados que o programa pretende alcançar. Sendo apresentado originalmente no formato demonstrado na Figura 3.

MODELO LÓGICO	ENTRADA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADO	IMPACTO
OBJETIVO					
QUESTÃO					
MEDIDA					

Figura 3: Modelo lógico

Fonte: Relationship Between Logic Model, Components and Objectives

Comparando as medidas de desempenho para avaliação, citadas por BOZZI apud BRASIL (2001), CAYDEN & CAYDEN apud BRASIL (2001), Contandriopoulos e colaboradores (1992) e o modelo lógico proposto na oficina e originário do CDC, podemos encontrar concordâncias nos conceitos de análise e terminologia que justificam a sua utilização como modelo lógico para a avaliação.

O Registro Nacional de Preços tratou de uma intervenção emergencial realizada pelo gestor federal, como muitas outras levadas a cabo no SUS, em que o planejamento e a estratégia utilizados não foram formalizados, ficando as informações reduzidas aos manuais, portarias e relatos disponíveis; tampouco foram previstas ou realizadas avaliações durante o desenvolvimento e implantação do projeto.

Quadro 2: Concordâncias nos conceitos de análise e terminologia que justificam a sua utilização como modelo lógico para a avaliação.

Autores – Bozzi /Cayden/Contandriopoulos	CDC
Análise Estratégica	Identificação do Problema
Análise da intervenção/Insumos(<i>inputs</i>)/Gestão dos processos.	Atividades
Análise da Produtividade/Carga de Trabalho/Produtos-serviços (<i>outputs</i>)	Produtos
Análise do rendimento/Produtividade/Efeitos/Resultados (<i>outcomes</i>)/Eficácia	Resultados
Impacto	Impacto

Considerando a diversidade metodológica reconhecida para a pesquisa de avaliações de programas de saúde e o modelo de avaliação proposto para o RNP, estabelece-se que o conceito não estará centrado na qualidade técnica da assistência ou na apreciação da clientela, mas no desenvolvimento e na execução dos processos de trabalho do RNP, fazendo um recorte com o contexto das políticas de saúde nacionais, incluindo a PNM, a descentralização da gestão, os recursos financeiros movimentados nos programas, os preços de medicamentos obtidos e a sua ligação com o sistema de incentivos e prestação de contas federal. Essa é a base do quadro que guiou teoricamente essa proposta de avaliação com a simulação de um modelo lógico de planejamento para o RNP adaptado ao quadro proposto pelo CDC, construindo os indicadores a serem medidos.

Assim, o objetivo deste estudo consiste em avaliar o Registro Nacional de Preços (RNP) de medicamentos disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal e municípios quanto aos seus procedimentos administrativos, no âmbito federal, a sua viabilidade econômica e as aquisições realizadas pelos gestores do SUS nos três níveis, com ênfase nos recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica no biênio 2001/2002.

Essa pesquisa tem como objetivos específicos:

- Propor uma matriz de planejamento teórica para o RNP, utilizando e adaptando o modelo lógico proposto pelo Programa Nacional DST/AIDS.
- Definir as perguntas de monitoramento e avaliação para o RNP.

- Construir os indicadores a serem medidos: eficiência administrativa, recursos financeiros despendidos por gestor, custos dos produtos, número de licitações, produtos adquiridos e outros nos processos licitatórios (RNP) realizados nos anos de 2001 e 2002.
- Verificar em que medida o RNP é eficiente e economicamente viável para os gestores da Assistência Farmacêutica como sistema de compra de medicamentos.

Dessa forma, o estudo consistiu na construção de indicadores para aplicação do modelo lógico, na avaliação do Registro Nacional de Preços, contemplando a resolução das perguntas de monitoramento e avaliação propostas. Os dados necessários para a construção dos indicadores foram obtidos nas seguintes fontes:

- Dados das licitações para o RNP, produtos, trâmites burocráticos, aquisições, valores financeiros, gestores que o utilizaram e outros levantados a partir dos registros do Departamento de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde.
- Seleção das unidades gestoras que realizaram aquisições, via RNP, analisando o seu perfil populacional, regional e os valores financeiros despendidos com medicamentos.
- Seleção de 13 medicamentos coincidentes a partir de uma curva ABC, valor no RNP (os mais caros) e os mais populares (que mais apareceram) nas aquisições realizadas pelos municípios que prestaram contas no SIFAB.
- Levantamento de preços de medicamentos no mercado privado, estatal, processos de licitação de gestores, consórcio e outros.
- Comparação dos preços obtidos das diversas fontes com os obtidos nas atas do RNP.

O modelo lógico proposto foi feito com base em padrões da pesquisa avaliativa. Seus níveis de análise dizem respeito às três esferas de governo com enfoque nas transações realizadas para aquisição de medicamentos conforme os objetivos estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elaboração do Modelo Lógico

O modelo lógico e os objetivos do RNP foram construídos *a posteriori*, partindo-se da identificação do problema que gerou o projeto, dos insumos necessários para a sua execução, das atividades executadas, dos seus produtos, resultados e do impacto esperado. Também foram definidas as perguntas de monitoramento e avaliação calcadas principalmente nos indicadores (o que medir?).

Quadro 3: Modelo lógico e objetivos.

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impacto
Financiamento do incentivo com recursos financeiros dos três gestores.	Treinamento das equipes nos três níveis de gestão.	Equipes capacitadas.	Agilidade e rapidez na viabilização dos processos de aquisição de medicamentos.	Maior disponibilidade de medicamentos nas unidades assistenciais do SUS.
Equipes para a operacionalização do sistema no nível central.	Disponibilização das Atas de Registro para que os gestores possam realizar aquisições.	Atas disponibilizadas no tempo correto.	Racionalização no processo de aquisição de medicamentos.	Melhoria do acesso da população aos medicamentos.
Manuais com diretrizes para a utilização do registro de preços.	Monitoramento da utilização, dos saldos e do comportamento dos preços dos medicamentos.	Facilidades para os gestores realizarem a aquisição de medicamentos.	Aquisições realizadas com economia de escala, independentemente das quantidades ou localização do gestor.	
Software para mediar/monitorar as aquisições.	Repasse financeiro realizado conforme pactuação.	Maior número de gestores conseguem adquirir medicamentos com os recursos disponíveis.	Otimização na utilização dos recursos financeiros pactuados.	
	Prestação de contas dos recursos do Incentivo e das contrapartidas dos parceiros.			

META: Ao final do ano de 2002, a maioria dos municípios brasileiros passa a utilizar o Registro Nacional de Preços para realizar as aquisições de medicamentos.

Modelo lógico e objetivos do Registro Nacional de Preços

Identificação do Problema: Os recursos financeiros descentralizados pelo Ministério da Saúde para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica estão sendo subutilizados pelos gestores para a aquisição de medicamentos, devido a problemas burocráticos para realizar as licitações ou pela distância dos produtores/comercializadores de medicamentos.

Perguntas de monitoramento e avaliação

- Qual o tempo para concluir e disponibilizar uma Ata de Registro de Preços?
- Quais os recursos financeiros envolvidos?

- Qual a viabilidade econômica e a competitividade dos preços obtidos no RNP, se comparados com outras fontes do mercado?
- Ao final de 2002, quantos estados e municípios e outros utilizaram o RNP por região do país?

O que medir

- Estados, municípios e outros que utilizaram o RNP, separados por regiões do país, estratificados por faixa populacional.
- Recursos financeiros despendidos conforme as classificações já citadas.
- Custo dos medicamentos do RNP.
- Custo dos medicamentos em outras fontes do mercado: privado, estatal, processos de licitação, consórcio e outros.
- Custo de medicamentos da prestação de contas do SIFAB.

A “avaliação” do RNP foi realizada analisando-se os indicadores obtidos das fontes de dados do Ministério da Saúde, especificamente do banco de dados da Diretoria de Programas Estratégicos (SE) e, a partir destes, buscou-se responder às perguntas de monitoramento e avaliação. No período que antecedeu a instituição da portaria que criou o Registro Nacional de Preços (RNP), ocorreu o treinamento dos gestores no nível estadual, centrado quase que unicamente na superação de dúvidas das Consultorias Jurídicas dos estados quanto à legalidade da sua utilização para realizar as aquisições de medicamentos. Aos gestores municipais foram enviados exemplares do manual de utilização do Registro Nacional de Preços. Posteriormente, foi realizada uma nova rodada de treinamento com os estados, quando estes passaram a adquirir, de forma descentralizada, os reagentes para os programas estaduais de combate à AIDS. Neste momento, fica clara a baixa divulgação do sistema, que aconteceu apenas pelo envio do manual e que não teve apelo suficiente para sensibilizar os gestores a utilizar o Registro Nacional de Preços. A estratégia de treinamento ficou centrada nos gestores estaduais sem uma articulação definida para que estes replicassem o treinamento em seus municípios.

Análise dos processos realizados e aplicação do modelo lógico

Entre os anos de 2001 e 2002, foram realizados 10 processos licitatórios de Registro de Preços pelo Ministério da Saúde. Essas atas de registro, como eram chamadas, foram disponibilizadas aos estados, municípios e órgãos da administração direta para que realizassem suas aquisições de medicamentos e insumos. Sete processos trataram da aquisição de medicamentos (três para medicamentos da atenção básica), dois processos foram licitados com fornecedores internacionais e seus preços praticados em dólar (testes de carga viral e testes diagnósticos para infecção pelo HIV) e um processo para aquisição de seringas para o Programa Na-

cional de DST/AIDS. O Ministério da Saúde organizou-se para realizar os processos e operacionalizar o sistema por meio dos seus diversos setores, obedecendo os fluxogramas constantes nas Figuras 1 e 2.

Seguindo o modelo lógico, as perguntas de monitoramento e a avaliação propostas, realizou-se a coleta de dados referentes aos processos licitatórios em questão, no banco de dados do Departamento de Programas Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde, principalmente quanto a produtos, valores, tempo de trâmite na administração, aquisições e outros que nos possibilitaram estruturar o Quadro 4.

Quadro 4: Processos de Registros de Preços 2001/2002.

Item	Objeto / Solicitante	Abertura do Processo	Homologação da Ata	Tempo de Tramitação
01	Medicamentos Assistência Farmacêutica Básica - Secretaria de Políticas de Saúde	08/06/2000	09/11/2000	05 meses
02	Medicamentos Assistência Farmacêutica Básica - Secretaria de Políticas de Saúde	04/10/2000	05/04/2001	06 meses
03	Seringas descartáveis - FN - DST/Aids	28/10/2000	26/09/2001	11 meses
04	Métodos anticoncepcionais (medicamentos e insumos) - Programa de Saúde da Mulher	12/01/2001	10/10/2001	09 meses
05	Métodos anticoncepcionais - Programa de Saúde da Mulher	04/10/2000	10/08/2001	10 meses
06	Testes de Carga Viral - PN - DST/Aids	23/05/2001	26/12/2001	07 meses
07	Testes de Triagem e confirmatórios - PN - DST/Aids	13/06/2001	20/02/2002	06 meses
08	Medicamentos Assistência Farmacêutica Básica - Secretaria de Políticas de Saúde	25/10/2001	04/09/2002	10 meses
09	Anticoncepcionais - Programa de Saúde da Mulher	16/03/2002	16/08/2002	05 meses
10	Medicamentos Saúde Mental - Secretaria de Políticas de Saúde	06/03/2002	04/09/2002	06 meses

Fonte: departamento de Programas Estratégicos em Saúde - SE/MS 2002

Tempo Mínimo - 05 meses

Tempo Máximo - 11 meses

Tempo Médio - 7,3 meses

O quadro apresenta os processos realizados no período e os seus tempos de trâmite burocrático na “máquina” administrativa do Ministério da Saúde. O prazo entre a abertura do processo de licitação e a homologação da ata de registro va-

riaram de 5 a 11 meses, com um tempo médio de trâmite de mais de sete meses. Considerando que os produtos só estarão disponíveis após a homologação da ata e que essa disponibilidade é condição primordial para que os municípios e estados possam realizar as suas aquisições, essa morosidade pode prejudicar todo o sistema, pois, medicamentos importantes podem não estar licitados no tempo necessário para suprir a demanda.

Para aprofundar a análise do trâmite burocrático, os processos foram divididos em três fases:

Fase 1 – de trâmite interno no MS, compreende o prazo entre a solicitação de abertura de processo até a análise da Consultoria Jurídica.

Fase 2 – de trâmite externo, que envolve a participação dos fornecedores e é o período entre a publicação do edital, abertura e julgamento das propostas.

Fase 3 – de trâmite interno, período entre a publicação dos resultados e a homologação dos vencedores.

Os resultados do tempo em dias, resultante da tramitação dos processos nas fases propostas estão no Quadro 5, abaixo.

Quadro 5: Tempo de tramitação por fases do processo de licitação, em dias.

Trâmite	Fases do Processo	AFB 1	AFB 2	Serinas	Met. Antic.	Saúde Mulher	CV	Testes	AFB	Saúde Mulher	Saúde Mental
Interno	Solicitação - Análise Departamento Jurídico	12	64	83	81	181	49	80	223	80	31
Externo	Publicação do Edital - Abertura / Julgamento Propostas	99	98	222	128	98	151	70	71	46	130
Interno	Publicação dos Resultados - Homologação	45	24	30	63	31	18	42	20	26	23

Os tempos de tramitação nas três fases variaram bastante, sendo que em alguns processos algumas fases foram bastante longas. Na Fase 1, o menor tempo de tramitação foi o do processo de medicamentos para a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) com 12 dias para circular, o tempo mais longo foi o do outro processo de aquisição de medicamentos para AFB com 223 dias. O tempo médio foi de 88 dias. Na Fase 2, o menor tempo foi de 46 dias no processo de aquisição de produtos para o Programa Saúde da Mulher, o mais longo foi o de 222 dias no processo de aquisição de seringas. O tempo médio foi de 111 dias. A Fase 3 teve como menor tempo 18 dias no processo de aquisição de testes de Carga Viral, o mais longo foi no de medicamentos anticoncepcionais com um tempo de 63 dias. O tempo médio foi de 32 dias.

No Quadro 6, é realizada uma comparação utilizando o processo que teve o melhor tempo de trâmite burocrático, o de medicamentos para AFB 1 (5 meses), com uma projeção dos melhores tempos por fase dos 10 processos abertos.

Quadro 6: Projeção do tempo de tramitação por fases utilizando os melhores tempos.

Trâmite	Fases do Processo	AFB I	Projeção A	Projeção B
Interno	Solicitação - Análise Departamento Jurídico	12	12	12
Externo	Publicação do Edital - Abertura / Julgamento Propostas	99	46	99*
Interno	Publicação dos Resultados - Homologação	45	18	18
	Meses			

* média dos dias utilizados nos processos de medicamentos

A leitura desses tempos permite demonstrar que, com a simples reorganização do fluxo e determinação de tempos mínimos de circulação dos processos dentro das áreas técnicas do Ministério da Saúde (pelo menos nas Fases 1 e 3), seria possível obter um tempo de tramitação de dois meses e meio. Isso permitiria, com planejamento e acompanhamento adequado, garantir que os medicamentos estivessem disponíveis aos gestores em tempo bem menor. A fragmentação das atividades de quantificação, treinamento, licitação, monitoramento, gestão dos contratos e gerência do programa entre diversos setores e secretarias da administração federal certamente contribui para a ampliação desses prazos, pois as instâncias citadas não têm como missão principal a Gestão do RNP, já que estão envolvidas com outras atividades.

A utilização do Registro Nacional de Preços

Os municípios

Dos 5.397 municípios habilitados no programa Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), apenas 435 (7,9%) realizaram aquisições de medicamentos, utilizando o RNP entre 2001 e 2002, sendo que apenas 61 municípios adquiriram produtos das atas internacionais de Carga Viral e de testes confirmatórios para o HIV, pois esses produtos deveriam ser adquiridos pelo gestor estadual.

Para verificar as aquisições do RNP, os municípios foram estratificados e separados em cinco faixas populacionais por estado e agrupados nas respectivas regiões do país. De 0 até 10.000 habitantes, de 10.001 até 20.000 habitantes, de 20.001 até 50.000 habitantes, de 50.001 até 100.000 habitantes e municípios acima de 100.000 habitantes.

Tradicionalmente, as pesquisas levadas a cabo no SUS não incorporam a faixa populacional de 50.001 até 100.000 habitantes. Neste caso, foi inserida por permitir uma melhor visualização do perfil das aquisições de medicamentos, considerando que boa parte das cidades dessa faixa populacional está habilitada em gestão plena do sistema.

Os municípios da região norte

Das 435 cidades que adquiriram medicamentos pelo RNP, 17 (3,9%) estão localizadas na região norte do país e gastaram R\$ 1.019.967,24, perfazendo um gasto de R\$ 0,42 habitante/ano, para uma população de 2.375.453 habitantes (Quadro 7). Os municípios dos estados do Amapá e Roraima não realizaram aquisições. Capitais de estado como Manaus, Porto Velho e Palmas adquiriram medicamentos, porém, a predominância de utilização foi dos pequenos municípios de Tocantins, Rondônia e Acre.

Quadro 7: Aquisições realizadas por municípios da região norte por meio do RNP.

Região	Municípios	População	Aquisições US\$	Aquisições R\$	Gasto Médio em R\$ (2001/2002)
Norte	17	2.375.453	14.036,74	1.019.967,24	0,42

Desses 17 municípios, 8 (47%) possuíam população até 20.000 habitantes e adquiriram produtos do RNP (Quadro 8), sendo que os recursos financeiros na região norte foram utilizados sobretudo pelos municípios do Amazonas (62,3%) e Rondônia (25,8) (Figura 4).

Quadro 8: Aquisições por faixas populacionais na região norte.

Faixa Populacional	Municípios		Aquisições US\$	Aquisições R\$
	n	%		
0 até 10.000 habitantes	6	35,3	38,90	4.316,64
10.001 a 20.000 habitantes	2	11,8	-	7.040,27
20.001 a 50.000 habitantes	4	23,5	-	43.787,72
50.001 a 100.000 habitantes	-	-	-	-
Acima de 100.001 habitantes	5	29,4	13.997,84	964.822,61
Total	17	100,0	14.036,74	1.019.967,24

Região Norte - Por Estado - Total em R\$

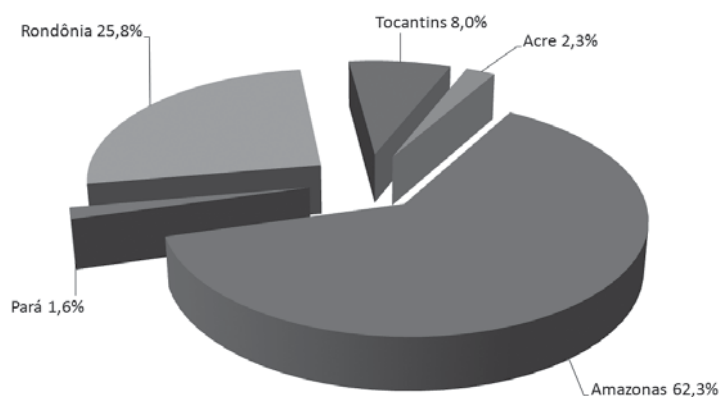


Figura 4: Percentual de recursos financeiros utilizados na região norte.

Os municípios da região nordeste

Na região nordeste, 86 municípios (19,8%) gastaram R\$ 5.008.348,28, perfazendo um gasto de R\$ 0,242 habitante/ano, para uma população de 10.341.188 habitantes (Quadro 9). Municípios de todos os estados da região realizaram aquisições pelo RNP (com destaque para o estado da Bahia com 36 municípios). Capitais de estado, como Aracaju, Maceió, Recife, Fortaleza e Salvador, também adquiriram.

Desses 86 municípios, 38 (44,1%) apresentam população até 20.000 habitantes (Quadro 10), sendo que os recursos financeiros na região nordeste foram utilizados principalmente pelos municípios do estado da Bahia (38%), seguido do Ceará (30,6%) (Figura 5).

Região Nordeste - Por Estado - Total em R\$

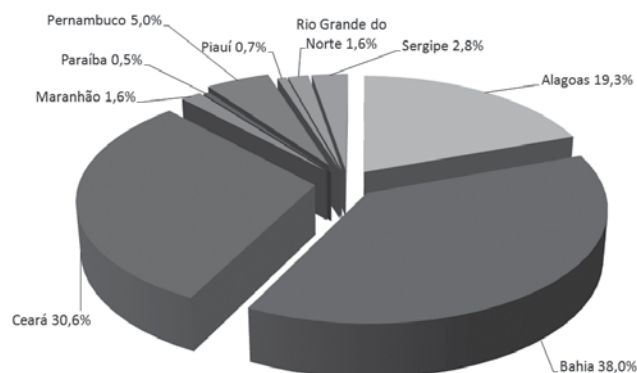


Figura 5: Recursos financeiros utilizados na região nordeste.

Quadro 9: Aquisições realizadas por municípios da região nordeste por meio do RNP.

Região	Municípios	População	Aquisições US\$	Aquisições R\$	Gasto Médio R\$(2001/2002)
Nordeste	86	10.341.188	107.076,15	5.008.348,28	0,48

Quadro 10: Aquisições por faixas populacionais na região nordeste.

Faixa Populacional	Municípios		Aquisições US\$	Aquisições R\$
	n	%		
0 até 10.000 habitantes	16	18,6	333,11	31.444,43
10.001 a 20.000 habitantes	22	25,6	197,95	74.295,90
20.001 a 50.000 habitantes	31	36,0	617,58	201.685,24
50.001 a 100.000 habitantes	8	9,4	-	82.702,44
Acima de 100.001 habitantes	9	10,4	105.927,51	4.618.220,27
Total	86	100,0	107.076,15	5.008.348,28

Os municípios da região centro-oeste

No centro-oeste, 24 municípios (5,5%) adquiriram R\$ 198.089,92 em medicamentos pelo RNP, perfazendo um gasto de R\$ 0,205 habitante/ano, para uma população de 482.184 habitantes. Municípios de todos os estados da região adquiriram medicamentos. Entretanto, as capitais não fizeram aquisições, ocorrendo predominância de pequenas cidades. O Distrito Federal será computado adiante, com as aquisições das Secretarias Estaduais.

Desses 24 municípios que adquiriram no RNP, 15 (62,6%) têm até 20.000 habitantes, sendo que os recursos financeiros na região centro-oeste foram utilizados principalmente pelos municípios de Mato Grosso do Sul (66,7%) e Mato Grosso (19,2%).

Quadro 11: Aquisições realizadas por municípios da região centro-oeste pelo RNP.

Região	Municípios	População	Aquisições US\$	Aquisições R\$	Gasto Médio R\$(2001/2002)
Centro-oeste	24	482.184	339,94	198.089,92	0,41

Quadro 12: Aquisições por faixas populacionais na região centro-oeste

Faixa Populacional	Municípios		Aquisições US\$	Aquisições R\$
	n	%		
0 até 10.000 habitantes	6	25,1	76,10	16.703,41
10.001 a 20.000 habitantes	9	37,5	30,44	52.285,77
20.001 a 50.000 habitantes	8	33,3	233,40	42.904,28
50.001 a 100.000 habitantes	1	4,1	-	86.196,46
Acima de 100.001 habitantes	-	-	-	-
Total	24	100,0	339,94	198.089,92

Região Centro-Oeste - Por Estado - Total em R\$

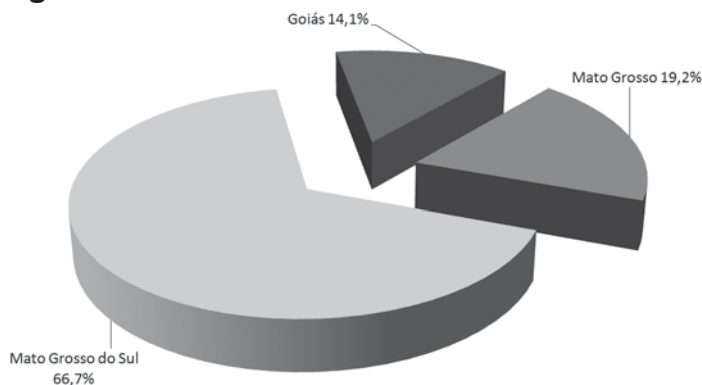


Figura 6: Recursos financeiros utilizados na região centro-oeste.

Os municípios da região sudeste

Municípios de todos os estados da região sudeste realizaram aquisições pelo RNP, em um total de 181 (41,6%) cidades, perfazendo um gasto de R\$ 1.862.249,46 ou R\$ 0,094 habitante/ano, para uma população de 9.857.502 habitantes. Apenas Belo Horizonte, entre as capitais, realizou aquisições e o estado que mais se destacou foi Minas Gerais. O gasto por habitante é reduzido porque, conforme a densidade populacional na região aumenta, o dinheiro investido recua. Nos municípios menores, o gasto médio é comparável aos municípios de mesmo porte de outras regiões.

Dos 181 municípios que adquiriram medicamentos pelo RNP, 95 (52,5%) têm até 20.000 habitantes, sendo que os recursos financeiros foram utilizados principalmente pelos municípios de Minas Gerais (70,6%) e São Paulo (24,4%) 2,5%.

Quadro 13: Aquisições realizadas por municípios da região sudeste pelo RNP.

Região	Municípios	População	Aquisições US\$	Aquisições R\$	Gasto Médio R\$(2001/2002)
Sudeste	181	9.857.502	25.799,34	1.862.249,46	0,18

Quadro 14: Aquisições por faixas populacionais na região sudeste.

Faixa Populacional	Municípios		Aquisições US\$	Aquisições R\$
	n	%		
0 até 10.000 habitantes	48	26,6	1.986,88	102.212,49
10.001 a 20.000 habitantes	47	25,9	1.261,37	219.961,00
20.001 a 50.000 habitantes	46	25,4	4.564,52	330.083,97
50.001 a 100.000 habitantes	25	13,8	4.201,17	650.569,73
Acima de 100.001 habitantes	15	8,3	13.785,40	559.422,27
Total	181	100,0	25.799,34	1.862.249,46

Região Sudeste - Por Estado - Total em R\$

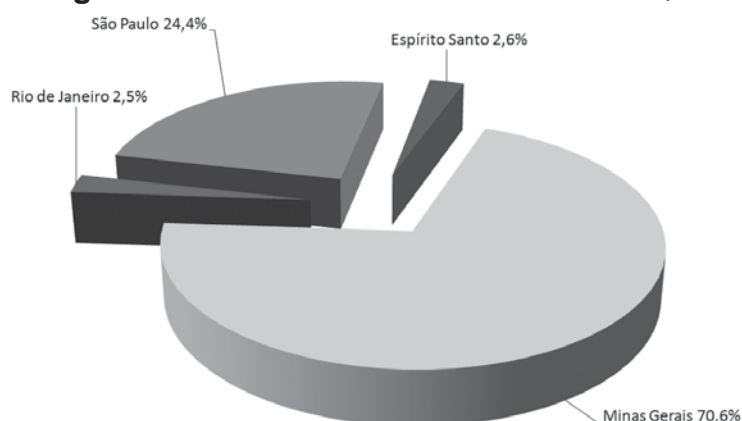


Figura 7: Recursos financeiros utilizados na Região Sudeste.

Os municípios da região sul

Na região sul, 127 (29,2%) municípios gastaram R\$ 1.839.299,54 no RNP, perfazendo um gasto de R\$ 0,127 habitante/ano, para uma população de 7.249.930 habitantes. Municípios de todos os estados da região realizaram aquisições pelo RNP. Curitiba (densamente povoada) foi a única capital que também comprou, ocorrendo o mesmo que na região sudeste, apenas com a redução do valor gasto por habitante.

Dos 127 municípios que adquiriram produtos do RNP na região, 73 (57,4%) têm até 20.000 habitantes. O Rio Grande do Sul, com 65% do total dos recursos financeiros gastos, foi destaque na região seguido do Paraná (19,7%) e Santa Catarina (15,3%).

Quadro 15: Aquisições realizadas por municípios da região sul pelo RNP.

Região	Municípios	População	Aquisições US\$	Aquisições R\$	Gasto Médio R\$(2001/2002)
Sul	127	7.249.930	21.185,52	1.839.299,54	0,25

Quadro 16: Aquisições por faixas populacionais na região sul.

Faixa Populacional	Municípios		Aquisições US\$	Aquisições R\$
	n	%		
0 até 10.000 habitantes	44	34,6	158,29	138.601,19
10.001 a 20.000 habitantes	29	22,8	76,10	193.392,78
20.001 a 50.000 habitantes	23	18,1	153,20	269.730,68
50.001 a 100.000 habitantes	17	13,3	309,54	429.444,73
Acima de 100.001 habitantes	14	11,2	20.489,39	808.130,16
Total	127	100,0	21.185,52	1.839.299,54

Região Sul - Por Estado - Total em R\$

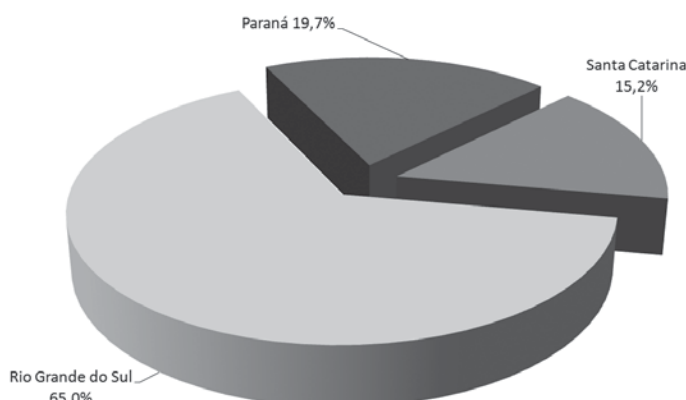


Figura 8 - Recursos financeiros utilizados na região sul.

Gastos municipais - acumulado Brasil

Segundo os dados da Tabela 1, dos 435 municípios que fizeram aquisições de medicamentos pelo RNP, 181 (41,6%) estavam na região sudeste e 127 (29%) na região sul, totalizando 308 (70,6%) cidades em regiões que possuem centros produtores e comercializadores de medicamentos e que poderiam obter vantagens de preços adquirindo de outras fontes fornecedoras. Isso indica que a prioridade principal do projeto de possibilitar que pequenos municípios das regiões mais distantes do país fizessem as suas aquisições com economia de preços, utilizando o RNP, não foi atingida.

Tabela 1: Perfil dos municípios que utilizaram o RNP.

Faixa Populacional	Municípios por Região					Total	(%)
	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul		
De 0 até 10.000 hab.	6	16	6	48	44	120	27,6
De 10.001 até 20.000 hab.	2	22	9	47	29	109	25,1
De 20.001 até 50.000 hab.	4	31	8	46	23	112	25,7
De 50.001 até 100.000 hab.	0	8	1	25	17	51	11,7
Acima de 100.001 hab.	5	9	0	15	14	43	9,9
Total	17	86	24	181	127	435	100,0

O perfil dos municípios que compraram medicamentos pelo Registro Nacional de Preços, conforme a sua densidade populacional, aponta que 229 (52,7%) cidades com até 20.000 habitantes realizaram aquisições. Se englobados os municípios com até 50.000 habitantes, atinge-se 78,4% do total. Nessas faixas populacionais estão as cidades com dificuldades em adquirir medicamentos dos laboratórios oficiais, ficando relegadas a comprar de distribuidoras e drogarias. Esse é um dado promissor, pois o RNP pode ser uma alternativa para os municípios dessa faixa populacional realizarem suas aquisições de medicamentos com preços competitivos.

Tabela 2: Recursos financeiros por faixa populacional dos municípios e região.

Faixa Populacional	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul	Total	(%)
De 0 até 10.000 hab.	4.316,64	31.444,43	16.703,41	102.212,49	138.601,19	293.278,16	3,0
De 10.001 até 20.000 hab.	7.040,27	74.295,90	52.285,77	219.961,00	193.392,78	546.975,72	5,5

continua >

Análise da utilização do Registro Nacional de Preços de Medicamentos como instrumento para o aumento da oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde

De 20.001 até 50.000 hab.	43.787,72	201.685,24	42.904,28	330.083,97	269.730,68	888.191,89	8,9
De 50.001 até 100.000 hab.	-	82.702,44	86.196,46	650.569,73	429.444,73	1.248.913,36	12,6
Acima de 100.001 hab.	964.822,61	4.618.220,27	-	559.422,27	808.130,16	6.950.595,31	70,0
Total	1.019.967,24	5.008.348,28	198.089,92	1.862.249,46	1.839.299,54	9.927.954,44	100,0

Segundo os dados da Tabela 2, os municípios com população acima de 50.000 habitantes utilizaram 82,6% dos recursos financeiros, cabendo os restantes 17,4% aos municípios com densidades populacionais inferiores. Essa relação era esperada devido aos valores do incentivo serem distribuídos *per capita*, cabendo aos municípios mais recursos, devido ao maior número de habitantes.

A média dos gastos *per capita* no Brasil pelo RNP é de R\$ 0,176/ano. Esse valor é influenciado pelas médias das regiões sul (R\$ 0,094) e sudeste (R\$ 0,127) onde, em função da densidade populacional, os gastos são menores e, se comparados às regiões: norte (R\$ 0,215), nordeste (R\$ 0,242) e centro-oeste (R\$ 0,205). Esses são valores reduzidos, considerando-se que a pactuação do Incentivo para a Assistência Farmacêutica Básica prevê valores de no mínimo R\$ 2,00 habitante/ano no somatório dos três gestores e que a contrapartida dos municípios é especificamente R\$ 0,50. O gasto médio de R\$ 0,176 representa apenas 35% da parcela municipal dos municípios que realizaram aquisições, sendo o restante adquirido de outras fontes, que não o RNP.

Brasil - Por Região - Total em R\$

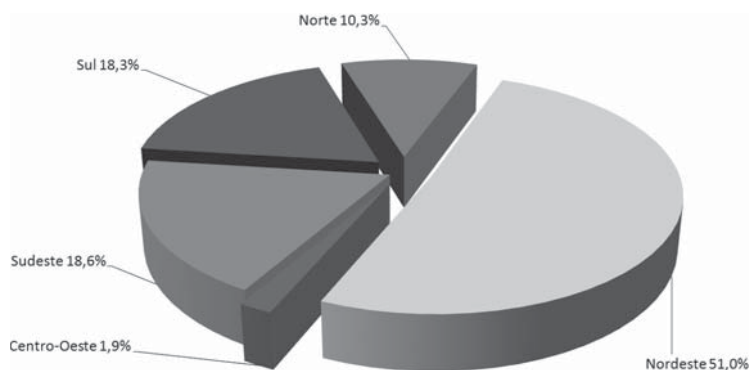


Figura 9 - Recursos financeiros utilizados, no Brasil, por região.

Os compradores que predominam no RNP são os municípios de até 50.000 habitantes, principalmente nas regiões sul e sudeste. Nas regiões norte e centro-oeste, o número de municípios que adquiriram medicamentos utilizando o RNP foi menor, pois têm um número reduzido de cidades. Porém, apesar da distância dos centros produtores e comercializadores, cidades pequenas das regiões mais remotas do país como Sena Madureira (AC), Alta Floresta d'Oeste (RO), Medicilândia (PA), Barras (PI), Campos de Júlio (MT) e Tapes (RS), entre muitas outras, realizaram suas aquisições com sucesso pelo RNP.

Tabela 3: Recursos financeiros por região entre 2001/2002.

Região	Recursos (R\$)	%
Norte	1.019.967,24	10,2
Nordeste	5.008.348,28	51,0
Centro-oeste	198.089,92	1,9
Sudeste	1.862.249,46	8,6
Sul	1.839.299,54	8,3
Total	9.927.954,44	100,0

Os valores financeiros utilizados pelo conjunto de municípios perfazem um total de R\$ 9.927.954,44, notadamente nas cidades acima dos 100.000 habitantes. Em destaque, aparece a região nordeste, que utilizou 51% desses recursos.

As Secretarias Estaduais de Saúde

As Secretarias de Saúde de 21 estados utilizaram o Registro Nacional de Preços para a aquisição de insumos. Seis estados não realizaram aquisições: Santa Catarina, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Norte, Tocantins e Sergipe. Foram gastos aproximadamente 10,9 milhões de dólares na aquisição de testes diagnósticos nas licitações internacionais para os programas estaduais de AIDS e cerca de 6 milhões de reais para aquisições no mercado interno.

Apenas nove estados e o DF adquiriram medicamentos pelo RNP: Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Piauí e Roraima, perfazendo um total de R\$ 6.057.659,80. A tabela a seguir apresenta os gastos dessas Secretarias nas duas fontes.

Tabela 4: SES que realizaram aquisições pelo RNP.

Regiões	Estados	Valor Dólar	(%)	Valor Real	(%)
Norte	Acre	8.600,00	5,9	-	0,0
	Amapá	10.750,00	7,3	109.685,69	12,9
	Amazonas	-	0,0	599.704,75	70,4
Regiões	Estados	Valor Dólar	(%)	Valor Real	(%)

continua >

Análise da utilização do Registro Nacional de Preços de Medicamentos como instrumento para o aumento da oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde

Norte (continuação)	Pará	108.000,00	73,5	-	0,0
	Rondônia	14.000,00	9,5	-	0,0
	Roraima	5.553,08	3,8	142.051,10	16,7
	Total Norte	146.903,08		851.441,54	
Nordeste	Alagoas	25.856,00	15,0	321.805,38	34,6
	Bahia	-	0,0	360.094,78	38,8
	Maranhão	58.000,00	33,6	-	0,0
	Paraíba	43.500,00	25,2	-	0,0
	Piauí	45.121,60	26,2	246.911,95	26,6
	Total Nordeste	172.477,60		928.812,11	
Centro-Oeste	Distrito Federal	408.600,00	55,7	274.529,70	54,8
	Goiás	181.819,53	24,8	-	0,0
	Mato Grosso	93.000,00	12,7	-	0,0
	Mato Grosso do Sul	50.000,00	6,8	226.550,00	45,2
	Total Centro-oeste	733.419,53		501.079,70	
Sudeste	Espírito Santo	175.364,00	2,0	-	0,0
	Minas Gerais	874.356,00	10,2	3.114.488,35	100,0
	Rio de Janeiro	2.794.000,00	32,4	-	0,0
	São Paulo	4.768.908,00	55,4	-	0,0
	Total Sudeste	8.612.628,00		3.114.488,35	
Sul	Paraná	392.728,40	31,3	661.838,10	100,0
	Rio Grande do Sul	860.000,00	68,7	-	0,0
	Total Sul	1.252.728,40		661.838,10	
	Total Geral	10.918.156,61		6.057.659,80	

Fonte: DEPES/SE/MS

Pode-se averiguar que a maioria das Secretarias Estaduais utilizou a Ata de Registro de Preços em algum momento, o que confirma a efetiva realização do treinamento na operacionalização do Sistema nesse nível de gestão e que esse treinamento poderia ter sido replicado nas regionais de saúde e cidades ligadas a essas Secretarias. Separando-se por região, notadamente a região sudeste é a que concentra o maior volume financeiro nos gastos em dólares e em reais.

As SESs com programas de Assistência Farmacêutica estruturados apresentam comportamento diferenciado quando se analisa as compras. São Paulo, que realiza o seu programa de medicamentos pelos medicamentos produzidos pela FURP, não adquiriu medicamentos pelo RNP, porém comprou grandes quantidades de testes reagentes em dólares; o estado do Paraná adquiriu valores significativos no RNP pelo Consórcio Paraná; Minas Gerais, que possui um laboratório estatal e o utiliza para suprir parte dos seus programas também adquiriu

expressivos valores pelo RNP; outros estados, que não têm laboratórios estatais nem estão próximos aos centros produtores nacionais, estranhamente adquiriram os insumos para os programas de AIDS por meio das atas, em dólares, contudo não fizeram aquisições de medicamentos pelo registro.

Embora com os valores em dólares e reais separados na Tabela 4, considerando o dólar médio de 2002 R\$ 2,92 para conversão, os valores atingiriam a cifra de R\$ 31.881.017,30. O volume das aquisições das Secretarias Estaduais foi de R\$ 6.057.659,80 no mercado nacional e concentrou-se na região sudeste (51,4%), seguidos das regiões nordeste (15,3%), norte (14%), sul (10,9%) e centro-oeste (8,5%).

Órgãos da administração direta

Poucos órgãos da administração direta fizeram aquisições pelo Registro Nacional de Preços, em dólares ou reais, ficando restritos à FUNASA – Fundação Nacional de Saúde e Hospitais Públicos ligados à Secretaria de Saúde do Ceará. Na Tabela 5, estão discriminados esses gastos.

Tabela 5: Aquisições realizadas por outros órgãos da administração.

Órgão	Valor US\$	Valor R\$
Funasa	-	12.444,34
Hospitais	145.045,00	344.279,32
Total	145.045,00	356.723,66

Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde utilizou o RNP para realizar as suas aquisições de testes diagnósticos para AIDS gastando US\$ 1.982.997,24 e em medicamentos e insumos R\$ 8.017.454,97.

O conjunto de gestores

Na Tabela 6, encontra-se os gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e ministério da saúde com insumos de laboratórios.

Tabela 6: Gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e Ministério da Saúde em dólares, 2001/2002.

Gestor	Valores Gastos (US\$)	(%)
Municípios	168.437,69	1,3
Estados	10.918.156,61	82,6
Órgãos da Administração Direta	145.045,00	1,1
Ministério da Saúde	1.982.997,24	15,0
Total	13.214.636,54	100,0

Os municípios e os órgãos da Administração Direta adquiriram 1,3% e 1,1 % do valor total adquirido, certamente para suprir os seus laboratórios no hiato de tempo entre a descentralização dos recursos e das compras dos testes diagnósticos do governo federal para os estados. As Secretarias Estaduais de 19 estados adquiriam US\$ 10,9 milhões (82,6%); após a descentralização dos recursos e das aquisições, o MS gastou o equivalente a 15 % do total gasto em dólares para suprir os estados que não realizaram aquisições. Transformando esses valores em reais, tem-se um montante de R\$ 38.586.738,70 utilizados (câmbio R\$ 2,92/2002). Essas aquisições são importantes pelo valor financeiro e demonstram que os gestores federal e estadual realizaram 97,6% dos recursos utilizados em dólares.

O conjunto dos gestores do SUS gastou em reais R\$ 24.359.792,87 no biênio 2001/2002 pelo RNP distribuídos conforme a Tabela 7.

Tabela 7: Gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e Ministério da Saúde em reais, 2001/2002.

Gestor	Valores em R\$	(%)
Municípios	9.927.954,44	40,8
Estados	6.057.659,80	24,9
Órgãos da Administração Direta	356.723,66	1,5
Ministério da Saúde	8.017.454,97	32,9
Total	24.359.792,87	100,0

Os gastos em reais indicam os municípios como os maiores compradores de medicamentos por meio do RNP, com 40,8 %, seguidos pelo Ministério da Saúde (32,9%) e Secretarias Estaduais de Saúde (24,9%). Verifica-se que os gestores centrais gastaram 57,8% dos recursos, em uma inversão de finalidade, já que o mesmo destinava-se a otimizar os gastos com medicamentos, principalmente no município.

O total de recursos gastos utilizando o RNP, no período 2001/2002, entre as licitações internacionais (R\$ 38.586.738,70) e as nacionais (R\$ 24.359.792,87), foi da ordem de R\$ 62.946.531,57. É um valor expressivo para um programa novo, como o RNP, que dependia da divulgação, adesão dos gestores estaduais e municipais e um gerenciamento central bastante apurado. Porém, torna-se irrisório quando comparado com os recursos à disposição apenas no IAFB no período, somando-se incentivos e contrapartidas, que foram de R\$ 332.798.795,20 para 2001 e R\$ 344.116.787 em 2002.

Verificação da viabilidade dos preços dos medicamentos obtidos no RNP

Como já visto, os laboratórios farmacêuticos estatais brasileiros têm importante

papel no fornecimento de medicamentos ao SUS. Apesar dos investimentos alocados nesse setor produtivo, nos últimos anos, existe uma estimativa não oficial de que o setor cubra aproximadamente 30% da demanda do sistema. Esse número é questionável, principalmente quando se compara a inelasticidade da oferta para cobrir uma demanda por medicamentos crescente e desconhecida. Porém, podem ser utilizados para simular uma expectativa do que seja o mercado estatal, na seguinte lógica: se 30% das necessidades teoricamente são cobertas pelos laboratórios estatais, restam 70% de medicamentos a serem adquiridos da iniciativa privada, como a indústria, as distribuidoras e farmácias.

Para avaliar os preços unitários dos medicamentos obtidos nos processos de aquisição do RNP, fez-se uma comparação com preços oriundos de diversas fontes do mercado. Inicialmente, foram selecionados 13 medicamentos a partir de uma curva ABC, valor no RNP e os mais populares nas aquisições realizadas por estados e municípios. Na Tabela 8, se compara os preços do RNP dos 13 itens com o preço dos laboratórios estatais, verificando-se a competitividade dos preços do RNP, mesmo frente aos medicamentos subsidiados dos laboratórios oficiais.

Tabela 8: Comparação dos preços do RNP comparados aos Laboratórios Estatais

Medicamentos	Valor Unit. RNP	Preço Médio dos Laboratórios Estatais	(%)	Preço Mínimo dos Lab. Oficiais	(%)
Amoxicilina 50mg/ml 120ml frasco	1,8190	3,9300	-116,1	3,9300	-116,1
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 frasco ampola	0,7950	1,1000	-38,4	1,0700	-34,6
Cefalexina 500mg cápsulas	0,1740	0,3250	-86,8	0,2050	-17,8
Metformina 850mg comprimidos	0,0710	não produz		não produz	
Glibenclamida 5mg comprimidos	0,0103	0,0160	-55,3	0,0150	-45,6
Captopril 25mg comprimidos	0,0203	0,0190	6,4	0,0130	36,0
Digoxina 0,25mg comprimidos	0,0152	0,0190	-25,0	0,0050	67,1
Propranolol 40mg comprimidos	0,0122	0,0128	-4,9	0,0070	42,6
Mebendazol 100mg comprimidos	0,0278	0,0310	-11,5	0,0270	2,9
Metronidazol 250mg comprimidos	0,0257	0,0280	-8,9	0,0200	22,2
Metronidazol 500mg/5g bisnaga 40g	1,2200	1,2000	1,6	0,8900	27,0
Nistatina 25.000UI/g bisnaga 40g	0,8900	não produz		não produz	
Salbutamol 0,4mg/ml frasco 100ml	0,7300	0,7900	-8,2	0,7000	4,1

Laboratórios: FURP, LAFEPE, FUNED, IQUEGO, LIFAL, NUPLAN

Fonte: ALFOB 2002

Registro de Preços

Vantagem	Desvantagem
----------	-------------

Tabela 9: Comparação dos preços do RNP versus Outras Modalidades de Licitação

Medicamentos	Valor Unit. RNP	Consórcio Paraná (%)	RP Bahia (%)	RP (%)	RP Bahia	RP (%)	RP Ribeirão Preto/SP	Concorrência Piracicaba/SP (%)	Concorrência (%)
Amoxicilina 50mg/ml 120ml ou mais frasco	1,8190	2,2790	3,1800	-25,3	3,1800	-74,8	2,0800	2,4300	-33,6
Benzilpenicilina Benzatrina 1.200.000 frasco ampola	0,7950	0,8500	0,7900	-6,9	0,7900	0,6	0,8440		
Cefalexina 500mg cápsulas	0,1740	0,1700		2,3			0,3074	0,1900	-9,2
Metformina 850mg comprimido	0,0710	0,0569	0,0600	19,9	0,0600	15,5	0,1100	0,0900	-26,8
Glibenclâmida 5mg comprimido	0,0103	0,0098	0,0100	4,9	0,0100	2,9	0,0170		
Captopril 25mg comprimido	0,0203	0,0190	0,0200	6,4	0,0200	1,5	0,0200	0,0200	1,5
Digoxina 0,25mg comprimido	0,0152	0,0158	0,0200	-3,9	0,0200	-31,6	0,0157		
Propranolol 40mg comprimido	0,0122	0,0124	0,0200	-1,6	0,0200	-63,9	0,0104	0,0110	9,8
Mebendazol 100mg comprimidos	0,0278	0,0266	0,0400	4,3	0,0400	-43,9	0,0236		
Metronidazol 250mg comprimidos	0,0257	0,0256	0,0400	0,4	0,0400	-55,6	0,0260	0,0290	-12,8
Metronidazol 500mg/5g bisnaga 40g	1,2200	0,8890	1,1200	27,1	1,1200	8,2	1,3000		
Nistatina 25.000U/g bisnaga 40g	0,8900	1,2698		-42,7				0,9800	-10,1
Salbutamol 0,4mg/ml frasco 100ml	0,7300	0,5960	0,5700	18,4	0,5700	21,9	0,6056		

Fonte: Consórcio Paraná, RP Bahia, RP Ribeirão Preto e Concorrência Pública Piracicaba - Todos 2002.

Registro de Preços

Vantagem

Desvantagem

Na comparação com o preço médio estatal, 11 itens tiveram os seus preços variando para menor (de 4,9% a 116% conforme o item), com vantagens para o RNP. Apenas dois itens estão com preços superiores no registro: captopril (1,6%) e metronidazol (6,4%). Se comparados com o preço mínimo praticado, melhora a *performance* dos laboratórios oficiais, que apresentam sete itens com preços abaixo dos do registro (variando de 2,9 a 67%) e quatro itens mais caros (variando de 17,8 a 116,1%).

Na Tabela 9, os preços do RNP são comparados com outras modalidades de licitação adotadas pelos estados do Paraná e Bahia e dois municípios paulistas em gestão plena do sistema.

Considerando-se os preços do RNP, o Consórcio Paraná, que reúne as aquisições de medicamentos dos municípios paranaenses, adquiriu oito produtos com preços menores (variação de 0,4 e 19,9%); o estado da Bahia adquiriu seis itens (variação de 0,6 a 21,9%) o município de Ribeirão Preto (SP) adquiriu em um registro de preços municipal três itens em melhores condições (variação de 1,5 a 17%); e, em uma concorrência pública, Piracicaba (SP) adquiriu dois itens com preço menor que o RNP (1,5 e 9,8% de variação).

Os números apresentados são provenientes de sistema, estado e municípios que têm estruturado o seu sistema de aquisição de medicamentos e o gerenciamento do SUS. Eles estão próximos ao parque farmacêutico nacional, estatal e privado, o que facilita o seu acesso a melhores preços e fornecedores. Mesmo assim, os preços do RNP mostraram-se viáveis quando comparados a essas aquisições.

O gestor federal admite a fragilidade do SIFAB, como sistema de prestação de contas dos recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e, em decorrência disso, ocorreram dificuldades para a coleta de dados na prestação de contas das aquisições municipais. Apesar das dificuldades, obteve-se a prestação de contas de 15 municípios das cinco regiões do país, incluindo duas capitais. Na Tabela 10, apresenta-se as variações de preços na prestação de contas desses municípios, utilizando o preço médio declarado. Esses preços variaram de 19,7 a 483,7%. Em uma outra projeção com os maiores preços, a variação sobe para 81,1 a 3.518,7%.

Tabela 10: Comparativo entre o RNP versus Prestação de Contas - SIFAB

Medicamentos	Valor Unit. RNP	Maior Preço	(%)	Preço Médio	(%)
Amoxicilina 50 mg/ml suspensao oral 120 ml frasco	1,8190	5,6300	-209,5	2,7800	-52,8
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI solucao injetavel frasco ampola	0,7950	-	-	-	-

continua >

Análise da utilização do Registro Nacional de Preços de Medicamentos como instrumento para o aumento da oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde

Medicamentos	Valor Unit. RNP	Maior Preço	(%)	Preço Médio	(%)
Cefalexina 500mg cápsula	0,1740	0,4200	-141,4	0,3000	-72,4
Metformina 850mg comprimidos	0,0710	0,3300	-364,8	0,2100	-195,8
Glibenclamida 5mg comprimido	0,0103	0,0600	-482,5	0,0290	-181,6
Captopril 25mg comprimido	0,0203	0,1200	-491,1	0,0450	-121,7
Digoxina 0,25mg comprimido	0,0152	0,0600	-294,7	0,0280	-84,2
Propranolol 40mg comprimido	0,0122	0,0300	-145,9	0,0220	-80,3
Mebendazol 100mg comprimido	0,0278	0,0460	-65,5	0,0410	-47,5
Metronidazol 250mg comprimido	0,0257	0,9300	-3.518,7	0,1500	-483,7
Metronidazol 500mg/5g bisnaga 40g	1,2200	2,2100	-81,1	1,4600	-19,7
Nistatina 25.000UI/g bisnaga 40g	0,8900	2,9000	-225,8	1,7200	-93,3
Salbutamol 0,4mg/ml frasco 100ml	0,7300	2,2000	-201,4	1,2100	-65,8

Fonte: SIFAB 2002

Registro de Preços

Vantagem	Desvantagem
----------	-------------

A variação significativa dos preços, a maior que os preços de registro, pode ser explicada pela fonte de aquisição desses medicamentos, pois na pesquisa de disponibilidade de medicamentos, no SUS de 2001, municípios declararam que os seus principais fornecedores seriam as distribuidoras e farmácias. As altas margens de lucro dessas empresas ficam evidentes nos valores da prestação de contas municipais apresentadas anteriormente.

Na Tabela 11, foram comparados os preços do RNP com o preço médio dos fabricantes (preço fábrica) para os medicamentos relacionados com a menor alíquota de impostos, disponíveis no caderno de preços ABC Farma (2002). Esse caderno traz os preços praticados pelas distribuidoras (preço fábrica) e pelas farmácias. Os medicamentos foram pesquisados e selecionados conforme marca líder do mercado, medicamentos genéricos e similares. Como o caderno de preços utilizado é relativo ao mês de dezembro de 2002, alguns itens ainda não eram oferecidos como genéricos no mercado, o que explica algumas lacunas.

A variação de preços resultante da comparação dos preços do registro com a marca líder do mercado foi de 280 a 3.299%, com os genéricos de 349,7 a 1.397,5% e similares de 266,2 a 1.427,1%.

Os preços apurados nos processos licitatórios do Registro Nacional de Preços são muito competitivos, conforme demonstrado nas projeções anteriores, principalmente se comparados com os preços da prestação de contas de municípios por meio do SIFAB e das projeções que fazem comparações com os preços disponíveis no mercado de farmácias e distribuidoras especificamente. A disponibilização do RNP aos estados e municípios, como apresentado nas planilhas, é um importante mecanismo de regulação de preços de

Tabela I I: Comparativo de preços RNP versus Mercado Privado Farmacêutico

Medicamentos	Valor Unit. RNP	R\$ Marca Líder	(%)	R\$ Genérico	(%)	R\$ Similar	(%)
Amoxicilina 50mg/ml 120ml frasco	1,8190	19,4000	-966,5	8,1800	-349,7	15,6500	-760,4
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 frasco ampola	0,7950	-	-	-	-	3,0000	-277,4
Cefalexina 500mg cápsulas	0,1740	1,8700	-974,7	0,9500	-446,0	1,1400	-555,2
Metformina 850mg comprimido	0,0710	0,2700	-280,3			0,2600	-266,2
Glibenclâmida 5mg comprimido	0,0103	0,1600	-1.453,4	0,1100	-968,0	0,0810	-686,4
Captopril 25mg comprimido	0,0203	0,6900	-3.299,0	0,3040	-1.397,5	0,3100	-1.427,1
Digoxina 0,25mg comprimido	0,0152	0,1500	-886,8			0,1300	-755,3
Propranolol 40mg comprimido	0,0122	0,1260	-932,8			0,1200	-883,6
Mebendazol 100mg comprimidos	0,0278	0,7510	-2.601,4	0,2750	-889,2	0,3300	-1.087,1
Metronidazol 250mg comprimidos	0,0257	0,2700	-950,6	0,1500	-483,7	0,2200	-756,0
Metronidazol 500mg/5g bisnaga 40g	1,2200	12,5300	-927,0	5,9500	-387,7	7,3100	-499,2
Nistatina 25.000U/g bisnaga 40g	0,8900	7,5200	-744,9	4,1900	-370,8	7,8600	-783,1
Salbutamol 0,4mg/ml frasco 100ml	0,7300	5,1500	-605,5			3,9200	-437,0

Fonte: ABC Farma - Dezembro 2002

Preço de Fábrica com menor alíquota de impostos

medicamentos básicos no mercado farmacêutico brasileiro, reduzindo as margens de lucro das empresas (Tabela 11).

Utilizando o modelo lógico e a matriz de planejamento desenvolvida para a avaliação do RNP como instrumento para incrementar as aquisições de medicamentos no sistema SUS foram encontrados os seguintes resultados como respostas às perguntas de monitoramento e avaliação.

Os processos de licitação

O tempo de tramitação burocrática do processo licitatório para o RNP variou entre 5 a 7 meses. Na projeção dos melhores tempos dos processos, esse tempo reduziu-se a 2,5 meses. Os processos de modo geral arrastaram-se por muito tempo em decorrência da lentidão, burocracia e fragmentação das atividades nos diversos setores dentro da máquina administrativa federal. Esse é um fator limitante, pois a demora excessiva nos processos tem influência direta na disponibilidade dos produtos no RNP e, conseqüentemente, na oferta dos mesmos na ponta do sistema.

Os Municípios

Apenas 7,9% dos municípios brasileiros utilizaram o RNP e adquiriram medicamentos por meio das atas de registro disponibilizadas entre 2001 e 2002. O total de municípios por região e o recorte dos que têm população de até 20.000 habitantes apresentou o seguinte perfil:

- Na região norte, 17 municípios de cinco estados utilizaram o RNP para suas aquisições, 8 (47,1%) desses com até 20.000 habitantes.
- Na região nordeste, 86 municípios de nove estados utilizaram o RNP para as suas aquisições, 38 (44,1%) desses com até 20.000 habitantes.
- No centro-oeste, 24 municípios de três estados utilizaram o RNP para suas aquisições, 15 (62,6%) desses com até 20.000 habitantes.
- No sudeste, 181 municípios de quatro estados utilizaram o RNP para suas aquisições, 95 (52,5%) desses com até 20.000 habitantes.
- No sul, 127 municípios de três estados utilizaram o RNP para as suas aquisições, 73 (57,4%) desses com até 20.000 habitantes.

Os Estados

As Secretarias Estaduais de Saúde de 21 estados realizaram aquisições de produtos pelo RNP, sendo que nove estados adquiriram medicamentos em licitações nacionais (em reais) e os outros 12 estados, em licitações internacionais (em dólares) para insumos de laboratórios. Os programas de distribuição de medicamentos estaduais poderiam ser otimizados se as atas do RNP fossem utilizadas. Desde o início, o gestor estadual consegue utilizar a ferramenta para as aquisições em dólares e não a utiliza nos seus programas de medicamentos.

O Ministério da Saúde e órgãos da Administração direta

O Ministério da Saúde realizou aquisições expressivas pelo RNP para os seus programas centralizados de distribuição de medicamentos, como a Farmácia Mulher e Programa de Hipertensão e Diabetes. Somente a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e Hospitais ligados à Secretaria de Saúde do Ceará (administração direta) realizaram aquisições pelo registro.

Recursos Financeiros

O RNP apresentou entre 2001 e 2002 uma movimentação financeira da ordem de R\$ 24.359.792,87 nas licitações nacionais e US\$ 13.214.636,54 nas licitações internacionais ou R\$ 38.586.738,70 a um câmbio de R\$ 2,92/2002, perfazendo um total de R\$ 62.946.531,57.

Dos valores gastos nas atas de registro nacionais apresentados anteriormente, os municípios participaram com 40,8% dos recursos totais, aproximando-se da cifra dos 10 milhões de reais. Desse total, 70% foi gasto nas aquisições dos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Um dado interessante é que metade dos recursos foram utilizados por municípios da região nordeste. Nas licitações internacionais, os municípios gastaram apenas US\$ 168 mil (1,3%) do montante dos recursos. Os estados gastaram nas atas de registro de preços nacionais R\$ 6.057.659,80 (24,9%) dos recursos totais. Seus gastos mais consideráveis foram nas licitações internacionais, em que adquiriram 10,9 milhões de dólares (82,6%) dos recursos despendidos.

Órgãos da administração direta e hospitais gastaram R\$ 356.723,06 (1,5%) e US\$ 145.045,00 (1,1%), respectivamente.

O Ministério da Saúde utilizou R\$ 8.017.454,97 (32,9%) dos recursos nas atas de registro de preços nacionais. Nas internacionais, apenas 15% com valores próximos a dois milhões de dólares.

Viabilidade econômica

Os preços de 13 itens com valores mais representativos e mais populares nas aquisições realizadas pelos municípios obtidas na prestação de contas do SIFAB foram comparados com diversas fontes fornecedoras do mercado para a verificação da sua competitividade.

Os preços dos laboratórios estatais são subsidiados pelos governos federal e estadual. Na comparação do preço do RNP com preços médios dos laboratórios estatais, em 11 itens, os preços do RNP foram melhores. Apenas dois produtos da lista são comercializados com vantagem pelas estatais. Na comparação com o preço mínimo, a *performance* dos laboratórios estatais melhora para sete itens abaixo dos preços do RNP. Outros seis continuam acima.

Na comparação com licitações de gestores estaduais e municipais com sistemas de Assistência Farmacêutica estruturados, os produtos citados aparecem de forma equilibrada, com 56,8% de vantagem para o RNP.

Quando comparados os preços do RNP com a prestação de contas municipais obtidas do SIFAB, obteve-se uma variação de preços de 19,7% a 483,7%, utilizando

o preço médio declarado. Se utilizados os maiores preços, a variação é de 81,1 a 3.518,7%.

Quando confrontados com preços do mercado privado de medicamentos, os preços do RNP apresentam os resultados mais discrepantes deste estudo. A vantagem para os preços do RNP, quando comparados ao preço da marca líder, é de 280 a 3.299%; quando comparado ao preço dos genéricos é de 349,7 a 1397,5% e quando comparados ao preço dos similares é de 266,2 a 1.427,1%.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o processo licitatório para a modalidade de aquisição de Registro de Preços tem fases administrativas que demandam tempos legais para a sua execução, o que tende a burocratizar o sistema. A fragmentação das ações dentro das áreas de planejamento, executiva, de controle e, principalmente, a indefinição de um núcleo administrador no Ministério da Saúde conferem pouca credibilidade ao Programa. Atualmente, existem processos de aquisição com trâmites mais rápidos como o Pregão Eletrônico com procedimentos que poderiam ser adaptados e utilizados para agilizar o registro nacional de preços.

A despeito do pequeno número de municípios que utilizou o RNP em dois anos e, embora as regiões sul e sudeste tenham realizado o maior número de aquisições (70%), bons resultados podem ser observados, pois ocorre uma distribuição dessas aquisições em todas as regiões do país, notadamente nas pequenas cidades de até 20.000 habitantes, inclusive em regiões remotas e fora dos canais da produção e distribuição tradicionais. Pelo exposto, fica clara a baixa articulação entre os níveis federal, estadual e municipal para a divulgação, treinamento e sensibilização dos parceiros quanto às vantagens de se utilizar o RNP como forma de aquisição estadual e municipal de medicamentos.

No caso dos estados, os programas de distribuição de medicamentos poderiam ser otimizados, se as atas do RNP fossem utilizadas. Por meio dos dados, fica comprovado que, a maioria dos gestores estaduais consegue utilizar a ferramenta para as aquisições em dólares, porém não a utiliza nos seus programas de medicamentos. Estados que não utilizaram o RNP para medicamentos, como Acre, Pará, Rondônia, Maranhão, Paraíba e Mato Grosso, também não têm laboratórios estatais de produção. Esses estados têm programas de distribuição de medicamentos pouco estruturados, localizam-se distantes dos canais de produção e distribuição privados e certamente têm dificuldades para aquisição e poderiam utilizar o RNP articulados com seus municípios.

O gestor federal tende a utilizar o sistema sempre que necessário para abastecer os seus programas, pois é o detentor oficial do registro.

A movimentação financeira demonstra que, no caso das transações realizadas nas atas de registro nacionais, 57,8% dos recursos foi executada pelo MS e estados.

Se nos basearmos nas pretensões iniciais do programa que eram a descentralização e a otimização dos recursos financeiros disponíveis no município, encontramos distorções, pois mais da metade das aquisições foi realizada pelos gestores centrais do sistema.

A média nacional de gastos municipais por habitante/ano utilizando o registro de preços foi de R\$ 0,176. Considerando que a contrapartida municipal do incentivo para a Assistência Farmacêutica básica é de R\$ 0,50, esse gasto chega a 35% da parcela a ser gasta pelos municípios e 8,8% dos recursos totais do incentivo (R\$ 2,00). O valor de R\$ 24.359.792,87 utilizados nas licitações nacionais em dois anos é irrisório (3,5%) quando comparado com o valor total que deveria ser disponibilizado pelos três gestores. No período, apenas para o IAFB, esses recursos chegaram aos 682,8 milhões de reais. Os 96,5% dos recursos restantes foram destinados a outros fornecedores. Provavelmente, as aquisições tenham sido realizadas de fornecedores privados, principalmente distribuidoras e drogarias, devido à dificuldade que a maioria dos municípios tem para acessar os laboratórios estatais. Os preços obtidos nas licitações do registro são viáveis para a aquisição dos gestores em todos os níveis, já que apresentam vantagens a todos os tipos de fornecedores, mesmo se comparados com os laboratórios estatais que têm preços subsidiados.

Os resultados esperados ficaram comprometidos, uma vez que fica demonstrada a morosidade dos processos. A racionalização dos processos de compra e otimização dos recursos nas aquisições em pequena escala ocorreu no período, porém os resultados não são os esperados, em função do baixo número de municípios que aderiu ao sistema. O impacto esperado era a melhoria do acesso da população aos medicamentos e maior disponibilidade de medicamentos nas unidades assistenciais do SUS. Devido ao reduzido volume de recursos utilizados, o resultado ficou aquém do esperado. Portanto, a meta estabelecida para o programa está comprometida, sugerindo uma reestruturação na função atividades, em que estão traçados os procedimentos do programa que são direcionados à obtenção dos resultados desejados e, conseqüentemente, ao impacto esperado.

Sugerimos que o Ministério da Saúde, visando ampliar o acesso da população aos medicamentos redirecione os esforços para facilitar aos estados e municípios a aquisição dos mesmos, implementando algumas medidas: registro de preços dos medicamentos por meio da modalidade Pregão Eletrônico de Preços considerando a maior rapidez no tempo de tramitação burocrática; articulação regional com a formação de polos gerenciadores estaduais, inclusive com licitações específicas com fornecedores regionais, se for o caso, permitindo que estados e municípios pertencentes ao polo regional façam suas aquisições dos quantitativos dos registros de preços de polo gerenciador; e identificação dos produtos necessários e quantitativos mínimos a serem licitados respeitando as diferenças regionais dos polos, estados e municípios.

REFERÊNCIAS

- BERMUDEZ, J.A.Z. A universalização do acesso aos medicamentos. In: Seminário Saúde e Previdência. Rio de Janeiro, Getúlio Vargas, Agosto de 2001. (mimeo).
- BONFIM, J.R. de A.; MERCUCI, V. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec, 1997. 381p.
- BORDIN, R.; FACHIN, R.C.; KLERING, L.R.; GOLDIM, J.R. Prática de gestão em saúde: em busca da qualidade. Porto Alegre: DACASA/UFRGS, 1996. 192p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Básica. Manual de Normas e Procedimentos. 2a. ed., Brasília, 1998. 32p.
- BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI – Medicamentos. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de Preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e Insumos de Laboratórios. Brasília: CODEP, 2000. 279 p.
- BRASIL. Fundação Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Revista do Serviço Público. 52, 1, jan-mar, Brasília, 2001a. 125 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde – SE/DEPES. Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos - Manual do Usuário. Brasília: MS, 2001b. 23 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde – SPS/DAB. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica. Instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2001c. 114p.
- BRASIL. Ministério da Saúde SPS/DAB. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Sistema de acompanhamento do incentivo à assistência farmacêutica básica – SIFAB – Manual do Usuário, 2001d. 37 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SPS/DAB. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – o que é e como funciona. Brasília, 2001e. 25 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde – SPS/DAB. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Relatório de gestão: nov. 2000 a nov 2002. Brasília, 2002a. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Versão adaptada do artigo L'évaluation dans le domaine de la Santé: concepts et methods. 1992. (mimeo)
- JUSTEN FILHO, M. Comentários à lei de licitações e contratos administrativos. Rio de Janeiro: AIDE, 1996. 289 p.
- LUCHESE, G. Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estado da CEME. Rio de Janeiro, 1991. 330 p. (Dissertação Mestrado – FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública).
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática – anos 80”. Physis – Revista de Saúde Coletiva. n.º 1, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 1991, p. 201 - 206.
- MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Vol. 3. São Paulo: Peirópolis, 1998. 227p.(Série Saúde & Cidadania).

- MARIN, N.; LUIZA, V. L.; SERPA, C.G. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: CASTRO, O.; SANTOS, S.M. (Org.). p. 18, 115, 187, 188. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.
- MENDES, E.V. O sistema de serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte, 2000. (mimeo).
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec: São Paulo, Abrasco. 1992. 269p.
- NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. O sistema único de saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. 630p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados em el logro de la salud para todos em el año 2000. Genebra: OMS, 1981. 98p.
- Revista ABC FARMA – Associação do Comércio Farmacêutico. n.º 136, vol. 1, dez./2002. São Paulo: Gráfica PROL, 193 p.
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Casa Civil. FUNDAP. Pregão: nova modalidade de licitação – desafio para administração pública. São Paulo. (mimeo).
- VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Vol. 12. São Paulo: Peirópolis, 1998. (Série Saúde & Cidadania). 91 p.

