

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**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 CÁRDENAS

PORTO ALEGRE, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

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

Dissertação apresentada por **Fernando Ernesto Cárdenas** para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissionalizante - Gestão da Assistência Farmacêutica – da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 09/11/2005, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Profa. Dra. Isabela Heineck

Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof. Dr. Gabriel Ferrato dos Santos

Instituto de Economia da Universidade de Campinas - UNICAMP

C266a Cárdenas, Fernando Ernesto

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 Cárdenas - Porto Alegre : UFRGS, 2005. - 87 p.: il., tab.

Dissertação (mestrado profissionalizante). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Assistência farmacêutica. 2. Medicamentos. 3. Gestão : Saúde. 4. Política de Saúde I. Mayorga Borges, Paulo Eduardo. II. Título.

CDU: 615.15:614.2

Bibliotecárias responsáveis:

Heloísa do Canto Canabarro, CRB 10/1036

Margarida Maria Cordeiro Fonseca Ferreira, CRB 10/480

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Mayorga, orientador dessa dissertação, cujo apoio foi fundamental para a sua conclusão;

Ao Ministério da Saúde que financiou a bolsa de estudos que permitiu os deslocamentos para o desenvolvimento desse trabalho;

Ao PPGCF/UFRGS, através de seu corpo de professores e técnicos, que disponibilizou todos os recursos técnicos e materiais que permitiram a elaboração da presente dissertação.

SUMÁRIO

<i>LISTAGEM DE TABELAS.....</i>	<i>vii</i>
<i>LISTAGEM DE QUADROS.....</i>	<i>ix</i>
<i>LISTAGEM DE FIGURAS.....</i>	<i>xi</i>
<i>ABREVIATURAS.....</i>	<i>xiii</i>
<i>RESUMO.....</i>	<i>xv</i>
<i>ABSTRACT.....</i>	<i>xvii</i>
<i>1 INTRODUÇÃO.....</i>	<i>1</i>
<i>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</i>	<i>5</i>
<i>2.1 A Assistência Farmacêutica no Brasil.....</i>	<i>5</i>
<i>2.2 A Política Nacional de Medicamentos.....</i>	<i>7</i>
<i>2.3 O Mercado Farmacêutico Brasileiro.....</i>	<i>9</i>
<i>2.4 O Sistema Nacional de Aquisição e Distribuição de Medicamentos.....</i>	<i>10</i>
<i>2.5 A Descentralização e o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.....</i>	<i>15</i>
<i>2.6 A Aquisição de Medicamentos por Estados e Municípios.....</i>	<i>19</i>
<i>2.7 As Aquisições de Medicamentos no Setor Público Brasileiro – Legislação e Regulamentação.....</i>	<i>24</i>
<i>2.8 O Registro Nacional de Preços.....</i>	<i>28</i>
<i>2.9 Avaliação em Saúde.....</i>	<i>31</i>
<i>3 OBJETIVOS.....</i>	<i>41</i>
<i>4 MÉTODOS.....</i>	<i>43</i>
<i>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</i>	<i>45</i>
<i>5.1.1 Modelo lógico e objetivos do Registro Nacional de Preços.....</i>	<i>45</i>
<i>5.1.2 Perguntas de monitoramento e avaliação.....</i>	<i>47</i>
<i>5.1.3 O que medir.....</i>	<i>47</i>
<i>5.2 Análises dos processos realizados e aplicação do modelo lógico.....</i>	<i>48</i>
<i>5.3 A utilização do Registro Nacional de Preços.....</i>	<i>51</i>
<i>5.3.1 Os municípios.....</i>	<i>51</i>
<i>5.3.1.1 Os municípios da Região Norte.....</i>	<i>52</i>
<i>5.3.1.2 Os municípios da Região Nordeste.....</i>	<i>54</i>
<i>5.3.1.3 Os municípios da Região Centro-Oeste.....</i>	<i>56</i>

5.3.1.4 Os municípios da Região Sudeste.....	57
5.3.1.5 Os municípios da Região Sul.....	59
5.3.1.6 Gastos municipais - acumulado Brasil.....	61
5.3.2 As secretarias estaduais de saúde.....	64
5.3.3 Órgãos da administração direta.....	66
5.3.4 Ministério da Saúde.....	67
5.3.5 O conjunto de gestores.....	67
5.4 Verificação da viabilidade dos preços dos medicamentos obtidos no RNP.....	69
6 CONCLUSÕES.....	81
7 REFERÊNCIAS.....	85

LISTAGEM DE TABELAS

1. Gastos com medicamentos para os programas centralizados no Ministério da Saúde no período de 1999 a 2002.....	12
2. Programas com medicamentos para outros programas centralizados no Ministério da Saúde, incluídos a partir de 2001 e os respectivos gastos.....	13
3. Gastos com medicamentos para Assistência Hospitalar 1999-2002.....	13
4. Gastos com medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo.....	14
5. Gastos com o Programa Saúde Mental.....	15
6. Recursos Federais repassados para o IAFB.....	17
7. Estimativa dos recursos totais disponibilizados para o IAFB.....	17
8. Estrutura de Preço de Medicamentos no Brasil.....	23
9. Tempo de tramitação por fases do processo de licitação em dias.....	50
10. Projeção utilizando os melhores tempos.....	51
11. Aquisições realizadas por municípios da Região Norte através do RNP	53
12. Aquisições por faixas populacionais na Região Norte.....	53
13. Aquisições realizadas por municípios da Região Nordeste através do RNP	54
14. Aquisições por faixas populacionais na Região Nordeste.....	55
15. Aquisições realizadas por municípios da Região Centro-Oeste através do RNP.....	56
16. Aquisições por faixas populacionais na Região Centro-Oeste.....	57
17. Aquisições realizadas por municípios da Região Sudeste através do RNP	58
18. Aquisições por faixas populacionais na Região Sudeste	58
19. Aquisições realizadas por municípios da Região Sul através do RNP.....	60
20. Aquisições por faixas populacionais na Região Sul.....	60
21. Perfil dos municípios que utilizaram o RNP.....	61
22. Recursos financeiros por faixa populacional dos Municípios	62
23. Recursos financeiros por região.....	64
24. SES que realizaram aquisições através do RNP.....	65
25. Aquisições realizadas por outros órgãos da administração	66
26. Aquisições realizadas pelo Governo Federal através do RNP.....	67
27. Gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e Ministério da Saúde em dólar.....	67
28. Gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e Ministério da Saúde em reais.....	68
29. Registro Nacional de Preços × Laboratórios Estatais	70
30. Registro Nacional de Preços × Outras Modalidades de Licitação.....	71
31. Registro Nacional de Preços × SIFAB.....	73
32. Registro Nacional de Preços × Mercado Privado Farmacêutico.....	75

LISTAGEM DE QUADROS

1. Concordâncias nos conceitos de análise e terminologia que justificam a sua utilização como modelo lógico para a avaliação	38
2. Modelo lógico – Registro Nacional de Preços	46
3. Processos de Registros de Preços 2001/2002	49

LISTAGEM DE FIGURAS

1. Relações entre fornecedores, o Ministério da Saúde e os gestores	30
2. Fluxo do Registro de Preços	31
3. Relationship Between Logic Model, Components and Objectives	38
4. Recursos financeiros utilizados na Região Norte	53
5. Recursos financeiros utilizados na Região Nordeste	55
6. Recursos financeiros utilizados na Região Centro-Oeste	57
7. Recursos financeiros utilizados na Região Sudeste	59
8. Recursos financeiros utilizados na Região Sul	60
9. Recursos financeiros utilizados no Brasil, por Região	63

ABREVIATURAS

ABCFARMA – Revista da Associação Brasileira do Comércio
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CD-ROM – Compact Disc Control
CEME – Central de Medicamentos
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
COMEC – Coordenação de Medicamentos
CONJUR – Consultoria Jurídica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DEPES – Departamento de Programas Estratégicos
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAEC – Fundo de ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNED – Fundação Ezequiel Dias
FURP – Fundação para o Remédio Popular
GM – Gabinete do Ministro (Saúde)
GTAF – Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica
IAFB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IQUEGO – Indústria Química do Estado de Goiás S.A.
ISFB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PN-DST/AIDS – Programa Nacional DST/AIDS
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PSF – Programa Saúde da Família
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNP – Registro Nacional de Preços

SAA – Subsecretaria de Assuntos Administrativos – Secretaria Executiva

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SE – Secretaria Executiva – Ministério da Saúde

SIFAB – Sistema de Acompanhamento do Incentivo a Assistência Farmacêutica
Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, que tem como objetivo a análise do Registro Nacional de Preços - RNP, para compras de medicamentos e insumos médico-hospitalares do Ministério da Saúde. Esse sistema permite a utilização via eletrônica pelos gestores estaduais e municipais. O período avaliado compreende os anos de 2001 e 2002. Como fonte, foi utilizado um modelo lógico para avaliação de programas de saúde do Center for Disease Control and Prevention – dos Estados Unidos da América. Uma base de dados foi especialmente elaborada a partir dos processos de licitação do RNP e dos registros de aquisição medicamentos disponíveis no Departamento de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde. Os eixos principais da avaliação foram os tempos dos trâmites burocráticos dos processos; as aquisições realizadas pelos gestores municipais, estaduais e federais através do sistema; os recursos financeiros envolvidos nas compras e disponibilizados pelo estado para a atenção básica e a viabilidade econômica dos preços obtidos nos medicamentos registrados em comparação com as fontes disponíveis no mercado. Os resultados evidenciaram morosidade no processo administrativo com prejuízo à disponibilidade dos produtos no sistema em tempo ideal e baixa adesão na utilização do RNP para aquisição de medicamentos, evidenciando-se a desarticulação do gestor federal, estadual e municipal. A movimentação financeira de estados e municípios foi baixa se comparada com os recursos circulantes no período provenientes do Incentivo à Assistência Farmacêutica – IAFB e outros. Os preços unitários de um grupo de medicamentos obtidos através do RNP comparados com: os preços dos laboratórios estatais; outras licitações dos gestores estaduais e municipais; fornecedores privados e valores da prestação de contas municipais dos recursos do IAFB, mostraram-se muito competitivos reforçando a viabilidade financeira do programa. Contraditoriamente, o RNP apresenta deficiências e algumas falhas de base como lentidão, burocracia, baixa adesão, pouca publicidade, associada a excelências como a tecnologia, pois todo o sistema é informatizado e possui recursos financeiros disponíveis na área estatal com preços competitivos em todos os segmentos do mercado.

Palavras Chaves: medicamentos, assistência farmacêutica, gestão em saúde, políticas de saúde.

ABSTRACT

Analysis of the application of Medicine's National Prices Register as an instrument for the medicines supply increase in the Unified Health System

This research aims at assessing the Registro Nacional de Preços (National Prices Register – NPR). This system allows the use of NPR on-line by the state and municipal managers. The appraised period was from 2001 to 2002. As a source, it was used a logical model for evaluating health programs from the Centers for Disease Control and Prevention of the United States of America. A data base was especially developed from the tendering process of the NRP and the available register of medicine acquisition in the Department of Strategic Programs of the Ministry of Health. The main parameters of the evaluation were the time necessary to carry out the bureaucratic process, the purchases made by the municipal, state and federal managers through the NRP; the financial resources involved in the purchases and provided by the state for the Primary Care and the economic feasibility of the prices obtained from the tendering process of the registered medicines in comparison to the other sources available in the market. The results show the slowness in the administrative process with damages to the availability of the products in the NRP in due time and low adherence in the use of NRP for purchasing medicines, proving inefficiency of the federal, state and municipal managers. The financial movement of the states and municipalities was low if compared to the circulating resources in the period, from the Pharmaceutical Assistance Incentive (PAI) and others. The unit prices of a medicine group obtained through the NRP in comparison to the prices from the public labs, another purchases made by the state and municipal managers, private suppliers and the checking of the municipal expenditures from the PAI resources, showed very competitive prices reinforcing the financial feasibility of the program. However, the NRP presents problems such as slowness and red tape, low adherence, little publicity, associated to excellence in technology. All the system is computerized and has financial resources provided by the state with competitive prices in all market segments.

Key words: Drug, pharmaceutical care, health planning, health policy

1 INTRODUÇÃO

As políticas e instituições de saúde desempenharam um papel inegável para a constituição da ordem sócio-política brasileira. Ajudaram a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre as quais a concentração de poder e a exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, político e cultural do país (Luz, 1991).

Para um melhor entendimento da formação do sistema de saúde brasileiro e de como isso repercute nas políticas atuais é necessária uma breve análise dos períodos que marcaram a conjuntura de sua história. Diversos autores estudaram o assunto à exaustão, mas Luz (1991) consegue sintetizar os principais eventos até a Constituição de 1988 de maneira simples e precisa.

Durante a chamada Primeira República (1889-1930), os serviços de saúde nacionais foram marcados pela criação e implementação de serviços de higiene e pela adoção de campanhas sanitárias que visavam combater as epidemias urbanas e rurais. Esse modelo apresentava uma estrutura de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista.

Entre os anos 1930 e 1950, na era Vargas, ocorre a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS, um sistema que visava atender principalmente os trabalhadores urbanos. Com práticas clientelistas, o governo atrelou os sindicatos e institutos ao aparelho do estado, beneficiando algumas categorias mais organizadas como os bancários, ferroviários e outros. O período ficou marcado, na saúde, pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo e nos IAPS, pelo clientelismo, populismo e paternalismo.

Nos anos 50-60 houve um período de desenvolvimento que foi marcado por uma relativa liberdade democrática com a tentativa de se implantar no país um projeto desenvolvimentista econômico moderno. Na saúde pública disputavam espaço remanescente do modelo campanhista em oposição ao modelo curativista

que dominavam os serviços previdenciários, ambos marcados pela burocracia e ineficazes para o enfrentamento dos problemas de saúde. No início dos anos 60, o movimento social inicia reivindicações por reformas de base imediatas, entre as quais a reforma sanitária na saúde.

O golpe acontece em 1964, instalando-se no país uma ditadura militar que produz uma reorientação institucional na administração do estado. Na saúde ocorre a centralização e a concentração do poder institucional aliando os modelos campanhista ao curativo da atenção previdenciária que favorece os trabalhadores especializados, técnicos e empregados nos setores de ponta da economia passando a ver a saúde como um bem de consumo. Entre 1975 e 1978 o sistema tenta responder aos graves problemas de saúde e de demanda por consultas médicas que o modelo gerava, incentivando a construção e reforma de clínicas e hospitais privados com financiamento estatal. Esses equipamentos de saúde multiplicaram-se, passando depois a prestar serviços ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, competindo com os serviços públicos de saúde. Os efeitos nefastos dessa política foram o crescimento de um setor empresarial de serviços médicos privados subsidiado pelo estado e o desenvolvimento de um ensino médico voltado para a especialização e sofisticação tecnológica que buscavam as inovações da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

Ao final dos anos 70, início da década de 80, despencaram os investimentos em saúde, inicia-se a distensão política, e evidencia-se a má qualidade dos serviços de saúde pública. Os movimentos contestatórios crescem, gerando um movimento centrado na questão da política de saúde e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções e reformas.

O fim do regime militar permite a reorganização do país em direção a um estado de direito. Nesse período, chamado de Nova República (1985-1989), ocorre à abertura democrática com a realização de eleições livres (1986). Nas políticas de saúde ocorreram proposições para uma mudança estrutural através da reforma sanitária, culminando com a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a saúde no país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto de reforma sanitária brasileiro.

Em 1988 a Constituição consagrou a saúde como um produto social, como direito da cidadania, dado novo nas políticas sociais brasileiras, pois foi fruto dos

movimentos sociais que, entre 1986 e 1988 lutaram pela implantação das diretrizes da reforma sanitária no país.

Mendes (2000) afirma que a saúde na constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde – SUS organizado segundo as diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária.

O texto constitucional, quanto à saúde e as leis que o regulamentam, concretizou princípios éticos como a universalidade, equidade e integralidade e, também, princípios organizacionais como a descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação social. Além disso, definiu os municípios, os estados e a União como gestores responsáveis pelo SUS, com a instituição de espaço para a negociação e pactuação entre esses gestores nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, para estados e municípios, e Comissão Intergestores Tripartite - CIT congregando municípios, estados e União.

Em 1990, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro – Lei Orgânica da Saúde – e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro passam a regulamentar as determinações da Constituição e consagram os princípios da descentralização de serviços de saúde e da municipalização da gestão, definindo os papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. Especificamente a lei nº 8.080, em seu artigo 6º, assegura o provimento da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Os princípios operativos ou organizacionais vêm sendo aprimorados por regulamentação complementar e através das Normas Operacionais Básicas (NOBs). As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema. A NOB 91 indicava a descentralização dos serviços, porém mantinha vícios centralizadores, pois o nível central continuava a manter a prestação da assistência médico hospitalar sob seu controle. A descentralização aconteceu timidamente pela resistência dos gestores federais à perda gradativa de poder aos gestores estaduais e estes aos municipais. Em seguida é editada a NOB 93 que estabelece as instâncias colegiadas do SUS (CIB, CIT, Conselhos de Saúde) e o gestor federal

assume a descentralização, a redistribuição do poder, redefine os papéis dos gestores públicos, abrindo espaço para um processo pactuado e flexível entre as partes. A NOB 93 prevê, também, mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo com estados e municípios com base em seus diferentes níveis de gestão.

Discussões nos fóruns de saúde, em busca do aprimoramento dos mecanismos de implantação do SUS, culminaram com a edição da NOB 1/96 que define a responsabilidade imediata do município pelo atendimento das demandas de saúde, reordena o modelo de atenção à saúde redefinindo os papéis de cada esfera de governo, estabelece instrumentos gerenciais para que estados e municípios transformem-se em gestores do SUS, adota mecanismos de fluxo financeiro ampliando as transferências fundo a fundo, institui a prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS e estimula a participação e controle social.

Resgatando este percurso histórico, segundo SOUZA *apud* NEGRI & VIANA (2002), a NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde – 2001 vem com o propósito principal de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da sociedade às ações e aos serviços de saúde em todas as linhas de atenção. Para atingir este fim adota-se o regionalismo como macroestratégia básica para promover a descentralização e igualdade do acesso. Em relação a NOB 96, procura ampliar as responsabilidades do Município na Atenção Básica de Saúde, definir a regionalização da assistência, criando mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios (Marin et al., 2003).

No caso da assistência farmacêutica voltada à atenção básica, especificamente na aquisição e distribuição de medicamentos, o processo de descentralização desencadeado no SUS levou estados e municípios a assumirem gradativamente as ações, ficando responsáveis pela aquisição de parte dos medicamentos necessários para o suprimento do sistema, fatos que demandam o desenvolvimento de habilidades técnicas e gerenciais para a sua execução.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Assistência Farmacêutica no Brasil

Um dos marcos para o desenvolvimento da assistência farmacêutica foi a Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata – URSS em 1978 (OMS/Unicef, 1978). Esta conferência foi um evento muito importante, pois considerou o abastecimento de medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos para a atenção primária e também recomendou aos governos a formulação de políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários à saúde, recomendando também que os mesmos estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (Marin et al., 2003).

Até os anos 40, a produção de medicamentos no Brasil era composta, na sua maioria, por remédios populares, principalmente por substâncias naturais de plantas. A partir da 2^a Guerra ocorre uma defasagem acentuada entre a indústria farmacêutica nacional e as dos Estados Unidos e Europa, pois não havia no país tecnologia para a pesquisa e síntese químicas. Nos anos 50, com incentivos do governo brasileiro, as indústrias transnacionais começam a se instalar no Brasil, muitas vezes adquirindo laboratórios nacionais. Ocorre, então, a desnacionalização do parque industrial farmacêutico nacional com as transnacionais farmacêuticas dominando o mercado brasileiro através de suas subsidiárias, que atuavam principalmente na produção e comercialização dos produtos desenvolvidos em suas matrizes. Essas indústrias aplicaram suas estratégias para aumentar ainda mais as suas taxas de rentabilidade, como concentração e oligopolização da produção e monopólio do mercado, sendo que a base para esse processo foi o domínio das

inovações farmacêuticas que levaram o país à dependência tecnológica e, por vezes, econômica (Bermudez, 2001). Segundo Luchesi (1991), esse processo de transformação, com a desnacionalização da indústria local, fez emergir uma série de questões como: defasagem tecnológica do setor, dependência com relação ao suprimento de insumos básicos, déficit na balança comercial entre outros. Algumas dessas questões continuam atuais até hoje, comprovando a manutenção das estratégias das transnacionais do setor farmacêutico.

Esse quadro levou o estado a intervir, buscando a regulamentação desse mercado e a otimização do crescimento do setor, melhorando o equilíbrio de forças com base nos interesses estratégicos do país, objetivando reerguer o capital nacional no setor farmacêutico e desenvolver tecnologia nacional. Durante o processo de intervenção, se dá a criação da Central de Medicamentos - CEME, em 1971, ligada ao Gabinete da Presidência da República e a posterior edição do seu Plano Diretor de Medicamentos, em 1973, em pleno regime militar. Sua atuação estratégica estaria voltada, inicialmente, a incentivar a produção interna de matéria prima, garantir a fabricação nacional de medicamentos essenciais com vistas ao mercado interno governamental, suprimindo os programas assistenciais do estado. No auge do seu período de atuação, mais da metade das aquisições da CEME foram atendidas por uma rede de 15 laboratórios estatais vinculados a governos estaduais, universidades, Ministério da Saúde e Forças Armadas (BERMUDEZ *apud* BONFIM & MERCUCI, 1997).

No início dos anos 80, a política econômica do regime entra em crise financeira, a Previdência é atingida e a CEME não consegue cumprir seus compromissos. Em 1985 a CEME é novamente transferida, dessa vez para o Ministério da Saúde, com a missão de executar as mesmas funções que exercia no Ministério da Previdência e Assistência Social. A crise se agrava com o desabastecimento do mercado farmacêutico, em decorrência do Plano Cruzado. A Central vive um ciclo de atrasos, inadimplência, desarticulação, corrupção, malversação de verbas e descontinuidade administrativa. Em 10 anos, de 1979 a 1989, teve oito presidentes (Luchesi, 1991).

Avanços foram obtidos com a criação da CEME, entre os quais, pode-se citar a criação de um amplo mercado de medicamentos (estatal), o que alavancou o desenvolvimento dos laboratórios estatais brasileiros, possibilitando também a

participação das empresas farmacêuticas privadas nacionais no mercado estatal farmacêutico.

Porém, FISCHER-PÜHLER *apud* NEGRI & VIANA (2002) alega que à época da CEME havia um elenco de produtos próprios, fabricados pelas estatais, verificando-se a prática de preços abusivos nos demais adquiridos da iniciativa privada, dificultando o acesso da sociedade e onerando o orçamento da União. PINHEIRO *apud* BONFIM & MERCUCCI (1997), também faz uma avaliação negativa, frisando que se acumularam problemas na aquisição e distribuição, entregas em quantitativos insuficientes, com frequência irregular, que a rede estatal de laboratórios não cumpria as entregas da produção contratada e ainda acumulava problemas administrativos e baixa capacitação tecnológica. Entretanto, é identificada uma série de problemas ligados à liberação financeira, o que muitas vezes impediu o cumprimento das metas estabelecidas pela estatal (BERMUDEZ *apud* BONFIM & MERCUCCI, 1997).

O desmonte da estrutura de distribuição, articulado pela estatal com os estados, somado aos problemas relatados e em meio a muitas críticas e denúncias de irregularidades gerou a extinção da CEME em 1997 (SANTOS *apud* NEGRI & VIANA, 2002).

2.2 A Política Nacional de Medicamentos

No período entre a criação e desativação da CEME (1971 e 1997), em diversos momentos foram buscadas iniciativas de se instituir uma política de medicamentos no país. Entre essas iniciativas podemos citar a instituição da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a articulação do parque farmacêutico estatal nacional, entre outros.

O processo de descentralização e de fortalecimento da atenção básica a partir das normas operacionais descritas anteriormente, atinge igualmente segmentos da assistência farmacêutica conduzida pelo gestor federal.

Somente em outubro de 1998 é editada a Portaria 3.916, que oficializa a Política Nacional de Medicamentos – PNM. A Política Nacional de Medicamentos foi

definida após ampla discussão e aprovação da CIT – Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (MS, 2001). O texto legal declarou-a parte essencial da Política Nacional de Saúde, com relevante contribuição para a consolidação do SUS, no desenvolvimento social do país e que essa política de produtos farmacêuticos e assistência apresentam-se como parte integrante do sistema nacional de saúde. O texto afirma, ainda, que a disponibilização desses insumos é requisito básico para a resolutividade da assistência farmacêutica e do próprio SUS.

A elaboração da política de medicamentos acompanhou o movimento de reforma do setor de saúde em consonância com o processo de descentralização aprofundado através das normas operacionais básicas (NOB's) e de atenção à saúde (NOAS).

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; promover uso racional dos mesmos e incrementar o acesso da população àqueles considerados essenciais. A sua formalização é a declaração oficial do governo, expressando suas aspirações, decisões e compromissos, revelando as suas intenções com o setor farmacêutico. Este texto constituiu-se num guia que norteará ações relativas ao setor, dispondo de diretrizes, prioridades e responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS; propõe o acompanhamento e a avaliação da implantação da política; estabelece uma estrutura básica e uma coordenação de atividades em assistência farmacêutica, envolvendo os setores públicos, privado e demais atores do campo farmacêutico (BRASIL, 1998).

As diretrizes e prioridades aprovadas na Política Nacional de Medicamentos abrangem vários campos de atuação, relacionados direta e indiretamente para alcançar o seu propósito. São suas diretrizes:

- Adoção da relação nacional de medicamentos;
- Regulamentação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da assistência farmacêutica;
- Promoção do uso racional de medicamentos;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;

- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Essas diretrizes objetivam nortear ações nas três esferas de governo que, atuando em estreita parceria, deve promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade ao menor custo possível (Brasil, 2001b).

Dentre estas diretrizes foram definidas prioridades como estratégias para a efetivação da política, destacando-se a revisão permanente da RENAME, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos. Algumas dessas diretrizes são consideradas já alcançadas como a que envolve a RENAME, publicada em 1999 e revisada em 2002; a da Regulamentação Sanitária que originou a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA que vem levando a cabo estas atividades, em que pesa as contradições e críticas que o modelo adotado tem suscitado.

A diretriz da reorientação da assistência farmacêutica também foi priorizada e é um dos eixos principais desse trabalho contando com o envolvimento dos três gestores do SUS. Os seus principais fundamentos são: a descentralização da gerência, a promoção do uso racional de fármacos, o aperfeiçoamento e a eficácia do sistema de aquisição e a distribuição de medicamentos no setor público, o desenvolvimento de iniciativas que permitam a redução de preços e o aumento do acesso da população aos medicamentos.

2.3 O Mercado Farmacêutico Brasileiro

No Brasil, a partir de 1998, toma corpo o financiamento público que cobre determinados grupos de medicamentos. Estes medicamentos são adquiridos pelo Governo Federal de forma centralizada e de forma descentralizada pelos gestores estaduais e municipais, sendo posteriormente distribuídos aos pacientes na rede pública de saúde. Os demais medicamentos, utilizados nos atendimentos

hospitalares do SUS, têm seus valores incluídos nos pagamentos do Ministério da Saúde aos procedimentos hospitalares realizados pela rede própria e conveniada do SUS. SANTOS *apud* NEGRI & VIANA (2002) aponta o significativo incremento nos gastos federais com produtos farmacêuticos, pois somente para a assistência farmacêutica básica os recursos passaram de 45 milhões de reais em 1998 para 308 milhões em 2001, resultando num incremento de 600%. Porém, alerta que os valores do financiamento de acesso aos fármacos estão bem abaixo do padrão europeu e do padrão pretendido, quando são considerados os princípios e os valores da universalidade e equidade previstos no SUS.

Se considerarmos o tamanho do sistema público de saúde brasileiro, um dos maiores do mundo, com uma rede ambulatorial constituída por 56.642 unidades de saúde, cuja assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos de alta complexidade, que em 2001 realizou 250 milhões de consultas médicas, 165 milhões de atendimentos básicos (pré-natal, puericultura e outros), 85 milhões de consultas especializadas (SOUZA *apud* NEGRI & VIANA, 2002) e fatores como a crise econômica e o desemprego dos últimos anos, podemos concluir que é inexorável o aumento da demanda pelos serviços de saúde e conseqüentemente por medicamentos.

2.4 O Sistema Nacional de Aquisição e Distribuição de Medicamentos

Após a desativação da CEME o Governo Federal manteve centralizada a aquisição de medicamentos para os seus programas prioritários. Criou-se um mecanismo compensatório para o atendimento com medicamentos de atenção primária em saúde, passando a adquirir também de forma centralizada medicamentos para o chamado Programa Farmácia Básica. A Farmácia básica era composta por um conjunto de 32 medicamentos básicos, suficientes para a cobertura trimestral de um grupo de 3.000 pacientes. Funcionou durante os anos de 1997 e 1998 sendo distribuído no período a todos os municípios brasileiros com população inferior a 21.000 habitantes (4.447 municípios) (Brasil, 1998). O desenvolvimento e implantação desse programa foram cercados de polêmica, pois foram desconsideradas etapas fundamentais do processo saúde-doença como as

diferenças nosológicas e de estrutura em um país de dimensões continentais, a baixa cobertura terapêutica do conjunto de fármacos, a não consideração dos programas já desenvolvidos por estados e a relevância dos municípios com mais de 21.000 habitantes, entre outros (SANTOS *apud* NEGRI & VIANA, 2002). FISCHER-PÜHLER *apud* NEGRI & VIANA (2002) alega que a desativação da CEME forçou o Ministério da Saúde a criar um sistema de oferta de produtos para a atenção básica em saúde.

Nesse período, setores do Ministério da Saúde como a Secretarias de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde assumiram parte das funções da desativada CEME.

A partir de 1999, o suprimento de medicamentos para o sistema de saúde nacional, como citado anteriormente, passa a ser realizado num “mix” com um grupo, de forma centralizada, abrangendo alguns programas que ficaram a cargo do gestor federal e, de forma descentralizada, para alguns programas em que ocorria parceria com os estados. A aquisição centralizada de medicamentos visava, inicialmente, grupos de doenças que configuravam problemas de saúde pública com risco de atingir coletividades, medicamentos de alto valor agregado (medicamentos importados para Aids), os quais a aquisição em grandes volumes permite a apuração de preços menores, medicamentos para patologias “órfãs” que podem ter baixo valor agregado e que só têm produção viabilizada quando adquiridos em lotes maiores.

Estes medicamentos são considerados estratégicos para o desenvolvimento dos programas e implantação das políticas prioritárias de saúde do governo e são distribuídos às Secretarias Estaduais e, em alguns casos, diretamente às Secretarias Municipais de Saúde. Abrangem os seguintes programas:

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- Hemoderivados
- Tuberculose
- Hanseníase
- Diabetes (insulina)
- Endemias Focais

Os gastos com os programas centralizados no Ministério da Saúde entre os anos 1999 e 2002 estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Gastos com medicamentos para os programas centralizados no Ministério da Saúde no período de 1999 a 2002.

Programa	Custos (R\$)			
	1999	2000	2001	2002
AIDS	594.324.000,00	608.772.262,00	515.500.000,00	516.000.000,00
Hemoderivados	156.391.000,00	155.230.000,00	137.900.000,00	206.401.000,00
Tuberculose	8.788.800,00	12.012.824,00	10.800.000,00	12.488.766,00
Hanseníase	4.592.000,00	1.422.160,00	1.644.581,00	3.239.606,00
Diabetes (insulina)	19.529.000,00	41.059.861,00	57.323.139,00	91.954.674,86
Endemias Focais	10.439.202,00	21.075.670,00	17.500.000,00	16.593.715,00
Total	794.064.002,00	839.572.777,00	740.667.720,00	846.677.761,86

Fonte: Departamento de Programas Estratégicos – MS 2002

Outros programas foram incluídos a partir de 2001, entre os quais:

- Hipertensão e Diabetes (medicamentos)
- Farmácia Popular (Programa Saúde da Família) - PSF
- Farmácia Mulher

Tabela 2. Programas com medicamentos para outros programas centralizados no Ministério da Saúde, incluídos a partir de 2001 e os respectivos gastos

Programa	Custos	
	2001	2002
Hipertensão e diabetes (medicamentos)	6.007.056,90	50.900.000,00
Farmácia Popular (PSF)	57.902.240,00	74.723.000,00
Farmácia Mulher	-	24.878.681,60
Total	63.909.296,90	150.501.681,60

Fonte: DEPES/MS.

A outra forma de financiamento para medicamentos é a descentralizada e atende os seguintes segmentos:

1. Materiais / Medicamentos - Gasto incorporado na tabela de procedimentos da tabela SIH e SIA.

São medicamentos utilizados na assistência hospitalar e que têm seu custo incluído no valor pago nos diferentes procedimentos hospitalares da Tabela AIH – Autorização de Internação Hospitalar - SUS e dos procedimentos ambulatoriais, incluindo a quimioterapia (tabela 3).

Tabela 3. Gastos com medicamentos para assistência hospitalar 1999-2002

Ano	Custos
1999	966.100.000,00
2000	1.003.300.000,00
2001	1.122.700.000,00
2002	1.182.500.000,00

Fonte: GM – MS 2002 (Estimativa da Secretaria de Assistência a Saúde).

2. Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo

São medicamentos que possuem maior valor agregado e que são utilizados em doenças crônicas ou utilizados por longos períodos. O financiamento desses

medicamentos é realizado com recursos do Ministério da Saúde e a aquisição e distribuição está descentralizada e fica a cargo dos estados. Até 1999 os recursos para as aquisições dos medicamentos de Alto Custo compunham os tetos financeiros estaduais e eram repassados mediante a apresentação do comprovante de compra, a partir de 2000, esse gasto passa a ser financiado pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, onde os repasses financeiros passam a ser realizados antecipadamente direto para os fundos de saúde estaduais.

Tabela 4. Gastos com medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo, no período de 1999 a 2002.

Ano	Custos R\$
1999	188.545.638,00
2000	305.660.943,01
2001	397.167.645,35
2002	436.209.742,93

Fonte: Coordenação de Finanças/FNS-MS

3. O Programa Saúde Mental

O Programa de Saúde Mental foi instituído em 1999 através da Portaria GM nº 1.077 de 24 de agosto de 1999, é financiado com recursos financeiros federais (80%) e contrapartida estadual (20%) com os municípios participando de forma complementar (tabela 5).

Tabela 5. Gastos com medicamentos do Programa Saúde Mental, no período de 1999 a 2002

Ano	Custos (R\$)
1999	1.891.929,85
2000	20.362.745,37
2001	22.989.161,58
2002	21.405.578,09

Fonte: Coordenação de Finanças/FNS-MS

2.5 A Descentralização e o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB

No caso dos medicamentos básicos utilizados na rede pública foi realizado um pacto entre os gestores no qual foram descentralizados recursos financeiros do gestor federal, que somados às contrapartidas estaduais e municipais comporiam o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB.

O IAFB foi lançado em março de 1999 através da Portaria GM 176, na qual foram estabelecidos critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados e definidos os valores financeiros a serem transferidos. Os recursos financeiros que formam o IAFB são tripartites (federal, estadual e municipal) e são destinados à aquisição de medicamentos essenciais, visando principalmente estimular estados e municípios na reorientação da Assistência Farmacêutica e na ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos. Esses recursos são fruto da contribuição dos três gestores do sistema envolvidos em diferentes formas de pactuação, garantindo um financiamento mínimo de R\$ 2,00 por habitante/ano com parcelas financeiras de: gestor federal R\$ 1,00, estadual R\$ 0,50 e municipal R\$ 0,50. Os valores dos repasses financeiros não foram reajustados entre 1999 e 2002 e disponibilizados a estados e municípios em 12 parcelas mensais/ano.

Para serem qualificados ao recebimento dos recursos federais do incentivo, estados e municípios tiveram que atender os seguintes requisitos:

- Assinatura do Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, mediante uma pactuação de responsabilidades estabelecidas no âmbito do estado e município, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

- A somatória dos valores pactuados como contrapartida de estados e municípios não podem ser inferiores ao valor repassado pelo nível federal.
- O repasse correspondente à contrapartida de estados e municípios pode ser feito em recursos financeiros ou em medicamentos.
- Conforme a Portaria nº 16/2000 – SPS, deve conter o “Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para a Atenção Básica” na relação dos medicamentos pactuados na CIB.

As pactuações entre os estados e municípios definem os acordos e os compromissos assumidos pelas CIBs, e tem atualmente quatro formas:

1. Totalmente centralizado no estado – Os recursos financeiros dos três gestores são depositados no fundo estadual de saúde e o processo de aquisição é realizado pelo estado.
2. Parcialmente centralizado no estado – Os recursos financeiros dos níveis gestores federal e estadual são depositados no fundo estadual de saúde; o processo de aquisição e distribuição é realizado pelo estado, cabendo aos municípios a aquisição de medicamentos dos valores equivalentes às suas respectivas contrapartidas.
3. Totalmente descentralizada no município – Os recursos financeiros dos níveis gestores federal, estadual e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e os medicamentos são adquiridos pelo município.
4. Parcialmente descentralizada no município – Os recursos financeiros dos níveis gestores federal e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, que realiza as aquisições parciais e o estado faz a aquisição de medicamentos em valores equivalentes à sua contrapartida (Brasil, 2001c).

Entre os anos de 1999 e 2002 o governo federal repassou recursos aos estados e municípios assim que esses fizeram as suas opções de modelo de pactuação, esses recursos estão discriminados na tabela abaixo.

Tabela 6. Recursos Federais repassados para o IAFB.

Ano	Custos (R\$)
1999	123.782.851,13
2000	162.564.838,60
2001	166.399.397,62
2002	172.058.393,50

Fonte: Coordenação de Finanças/FNS-MS.

No ano de 2001, segundo os dados do Ministério da Saúde, de um total de 5.507 municípios brasileiros, 5.397 haviam aderido ao incentivo, ou seja, 98% dos municípios brasileiros estavam habilitados a receber os recursos (entre 2000 e 2002 o número de municípios aumentou, mas os índices de adesão mantiveram-se aproximadamente no mesmo patamar).

Na tabela 7 estão agregados os valores financeiros referentes à somatória dos recursos federais e contrapartidas de estados e municípios destinados a aquisição de medicamentos básicos.

Tabela 7. Estimativa dos recursos totais disponibilizados para o IAFB.

Ano	Recursos (R\$)
1999	247.565.702,20
2000	325.129.677,20
2001	332.798.795,20
2002	344.116.787,00

Os valores referentes aos repasses de 2002 do governo federal, agregados às contrapartidas mínimas estimadas de estados e municípios, perfazem um valor aproximado de R\$ 344,1 milhões de reais para a aquisição de medicamentos para a atenção básica. São números consideráveis se comparados às aquisições realizadas para o programa Farmácia Básica, que movimentou aproximadamente 45

milhões de reais/ano em 1997 e 1998. Esses valores são um marco para o processo de descentralização e permitiram estimular, com o incentivo à efetiva descentralização da gerência e com ela, a obtenção de ganhos de eficiência do sistema de programação, aquisição e distribuição de medicamentos no setor público (SANTOS *apud* NEGRI & VIANA, 2002). Os recursos financeiros aportados pelos gestores aumentaram significativamente a autonomia dos estados e municípios, pois a partir disto puderam adquirir medicamentos de acordo com suas necessidades, se adaptando à demanda local.

Algumas experiências de pactuação entre estados e municípios e de condução da Política de Assistência Farmacêutica são dignos de nota porque se transformaram em bons exemplos de utilização dos recursos. O Programa Dose Certa em São Paulo, que vinha sendo desenvolvido e financiado pelo estado desde 1995 e que, inicialmente, atendia apenas a municípios de até 30.000 habitantes, avançou gradativamente, expandindo o seu programa de assistência farmacêutica para todos os municípios do estado com o auxílio do IAFB. O Consórcio Intergestores Paraná Medicamentos – Paraná Saúde, que reúne os municípios paranaenses em um consórcio formado inicialmente para a aquisição de medicamentos com os recursos do incentivo pactuados na CIB, atualmente ampliou suas ações e atividades adquirindo outros medicamentos, insumos, bens e serviços.

O controle e a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do IAFB estava previsto na portaria nº 176/99, que estabelecia a comprovação da aplicação do recurso financeiro federal e condicionava a transferência de novos recursos federais à comprovação da contrapartida de estados e municípios, devidamente aprovadas pelos Conselhos de Saúde. Em 2000, a Portaria nº 956/GM estabeleceu novos critérios como a elaboração, pelo gestor estadual e municipal, de relatórios trimestrais de movimentação de recursos financeiros, relação de aquisições de medicamentos, entre outros, prevendo inclusive suspensão do repasse de recursos em caso de descumprimento.

Em novembro de 2001, a Portaria 2.050/GM alterou o protocolo de apresentação dos demonstrativos da movimentação financeira do IAFB, implantando o Sistema de Acompanhamento do Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica – SIFAB. O software foi desenvolvido pelo DATASUS – MS e disponibilizado aos

gestores através de CD-ROM e no Portal da Assistência Farmacêutica, permitindo as opções de acompanhamento Estadual ou Municipal prevendo:

- a) movimentação financeira
- b) execução física
- c) fontes de comprovação
- d) fechamento do movimento
- e) importação de dados
- f) exportação de dados
- g) relatórios e consultas (SIFAB - Manual de Utilização)

O Ministério da Saúde, através da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, realizou treinamento com os coordenadores estaduais de assistência farmacêutica e financeira em todos os estados, ficando a capacitação municipal a cargo dos governos estaduais. No decorrer da implantação foram detectadas algumas dificuldades relativas ao próprio software e às condições de operacionalização nos estados, sendo que a própria GTAF admitiu a “fragilidade” do sistema (Brasil, 2002a).

2.6 A Aquisição de Medicamentos por Estados e Municípios

No início do ano 2000 a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, avaliou a gestão dos recursos financeiros do 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. Há que se 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. Estes mesmos problemas também 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 NOB 96, 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, pois 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, pois 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, e ineficiência administrativa, baixa capacitação e desenvolvimento tecnológico; portanto não estavam preparados para atender 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, voltaram então 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, e 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 através 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 adquirir através de Consórcio Intermunicipal, como no caso do Paraná, e com a elaboração de Atas de Registro de Preços, que podemos citar como exemplo o Ceará e a 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 possui, 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 para 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 que os produtos similares de marca, considerando o preço de fábrica, estimando uma variação de preços de três a oito vezes mais baixos, no que se refere aos do mercado. Ao final dos anos 90, 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 a disponibilidade financeira alocada e

a demanda a ser atendida (Números extra-oficiais 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 se deu principalmente com os medicamentos similares; os medicamentos genéricos e de referência são comercializados em menor grau por estas empresas. Num mercado farmacêutico com as características do brasileiro, conforme visto anteriormente, 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 na tabela 8 e as margens de ganho das empresas que comercializam medicamentos no mercado brasileiro podemos verificar que as aquisições no setor público serão mais vantajosas se realizadas:

a) diretamente das indústrias, onde 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.

b) de distribuidoras, com redução de 30% das margens de lucro da farmácia.

Tabela 8. Estrutura de Preço de Medicamentos no Brasil

Preço Máximo Consumidor	Margens	100,0
Margem da Farmácia	30%	30,0
Preço Fábrica (ABC Farma)		70,0
Desconto para 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.

Nos dados referentes aos principais fornecedores do sistema, relatados na pesquisa sobre a disponibilidade de medicamentos no SUS realizada em 2001 (Brasil, 2002b), os municípios pesquisados responderam que seus principais fornecedores 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%). Estes 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 estes dados fica clara a dificuldade de municípios menores de 50 mil habitantes adquirirem medicamentos dos laboratórios oficiais se comparados com os municípios maiores 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 8 que são praticadas por estes fornecedores podemos afirmar que as aquisições seriam otimizadas se estimuladas a serem realizadas direto da indústria com possibilidade de ocorrer expressiva redução dos preços; conseqüentemente permitiria 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 nº 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 numa 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.

2.7 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. São normatizadas por dispositivos legais que têm características próprias de complexidade e de controle, que 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 nº 8.666/93, atualizada pelas leis nº 8.833/94 e nº 9.648/98. A lei nº 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 nº 2.026-7/2000).

São considerados princípios básicos da licitação:

- a) procedimento formal – as regras (regimento interno) que nortearão as relações entre os licitantes e a administração estarão estabelecidas e claras visando o cumprimento da legislação;
- b) 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;
- c) igualdade entre os licitantes – desde que qualificados, não devem haver diferenças de tratamentos entre os proponentes;
- d) 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;
- e) vinculação ao edital – o edital é o instrumento onde a organização apresenta os bens ou serviços que pretende adquirir e quais serão as regras do certame (não podem ser alteradas);
- f) julgamento objetivo – a lei preconiza que seja observado o critério de menor preço para o julgamento das propostas, uma especificação criteriosa do bem ou material é imprescindível para a aquisição do produto desejado e com o menor preço;
- g) 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 nº 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 numa primeira fase comprovando 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, onde 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 art. 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 freqüente 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, num prazo nunca maior que um ano. A concorrência para a seleção dos preços deve observar na íntegra o que dispõe a lei nº 8.666/93 e 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, quando e como solicitado. A existência de preços registrados não obriga a administração a comprar, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios de compra, principalmente quando esta aquisição revelar-se desvantajosa à administração (Marin et al., 2003).

Segundo Vecina Neto & Reinhardt Filho (1998) há que se realizar um levantamento dos preços de mercado no qual pretendem utilizar o registro de preços por um período mais longo, inclusive avaliações periódicas de preços durante a vigência do registro para que se mantenham atualizados os 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 possuem preços muito baixos, mas que têm um volume importante no percentual dos gastos totais e produtos de uso mais restrito, mas que possuam valores unitários elevados. Marin et al. (2003) recomendam o Registro de Preços, especialmente quando houver necessidade de contratações freqüentes, quando 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 quando 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).

2.8 O Registro Nacional de Preços

Como visto, com a descentralização dos recursos para o IAFB, as aquisições de medicamentos passam a ser atribuídas a 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 e 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 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 se deve 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 pelos estados e municípios.

Um modelo ideal uniria um processo ágil de aquisição que conseguisse centralizar as compras ganhando economia de escala, no qual a capilaridade da distribuição entre o fornecedor, os estados e os milhares de municípios ficasse garantida, que fosse transparente e permitisse o controle comunitário, que permitisse a regulação e redução de preços no mercado. No escopo da lei nº

8.666/93, comentada anteriormente, a modalidade que mais se aproxima desse modelo é o registro de preços.

O governo federal, ao acompanhar a execução de 1999/2000, através da pesquisa de disponibilidade de medicamentos e acompanhamento da utilização dos recursos financeiros, identificou problemas nas aquisições de medicamentos e, no 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 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, necessitando apenas de 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 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 legalização do mesmo através da edição da Lei nº 10.191, de 14 de fevereiro de 2001. Áreas do Ministério da Saúde, como a Secretaria Executiva através do Departamento de Programas Estratégicos – DEPES e 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, fornecedores, acompanhamento das aquisições, liquidações e saldos e a SAA ficou responsável pelo processo de licitação e pela gestão dos contratos. Orientações de como proceder às compras, itens disponíveis no edital, fornecedores, preços e outros estavam disponíveis on-line no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. As relações entre fornecedores, o Ministério da Saúde e os gestores estão demonstradas na figura 1.

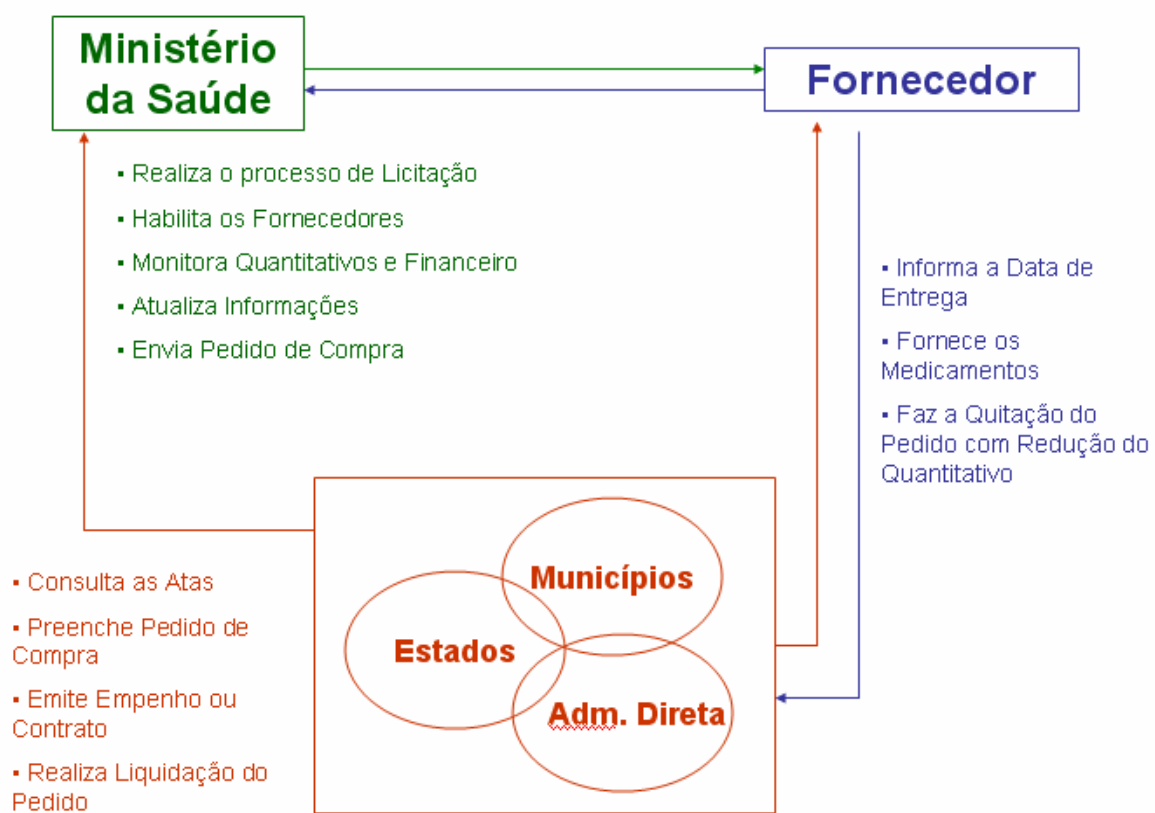


Figura 1. Relações dos fluxos entre o Ministério da Saúde, fornecedores e o gestores na utilização do RNP. Elaborado pelo autor.

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 questionamentos, havendo 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.

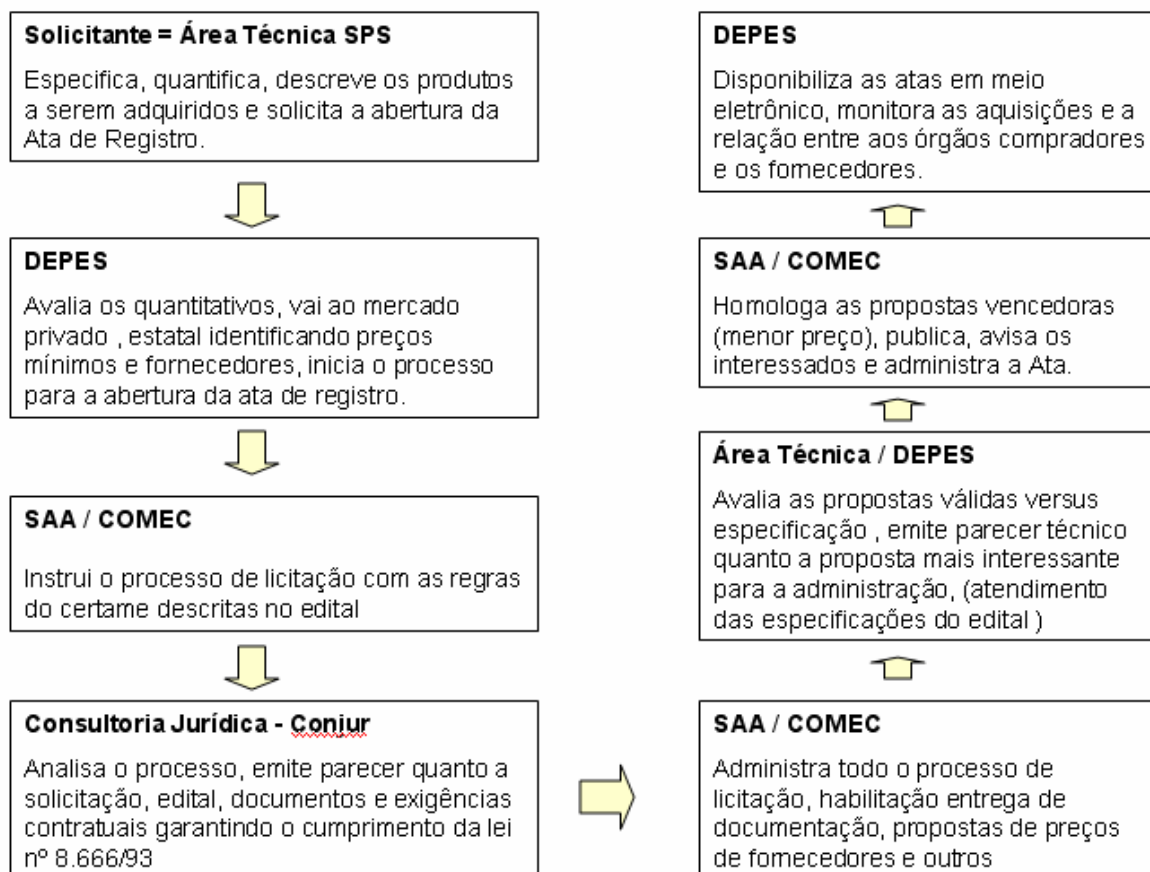


Figura 2. Fluxo Registro de Preços. Elaborado pelo autor.

2.9 Avaliação em Saúde

Os Estados Unidos e o Canadá são países que têm tradição no desenvolvimento e implementação de práticas de avaliação, onde a produção de pesquisas e intervenções se dá desde meados dos anos 50. 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 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 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 posteriormente seja realizada a efetiva avaliação do programa. Já a avaliação é o julgamento da pertinência de um programa, realizada numa 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. Vem sendo desenvolvida nos últimos 20 anos, sendo que, na atualidade, 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 pólos 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 freqüentes 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 et al. (1996) utilizaram em seus estudos o conceito de avaliação formulado pelas Nações Unidas para o desenvolvimento agrícola, no qual Avaliação é um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância e a efetividade das atividades, tendo em vista seus objetivos. Uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem, um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento, quanto planejar o futuro e a orientar a tomada de decisões, podendo ser dividida em dois tipos:

- Avaliação formativa: partilhar 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 aos executores do projeto (Malik & Schiesari, 1998).

Os dois processos não precisam necessariamente representar procedimentos separados, sendo que 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, estar contidas no plano do projeto e definidas na hora do planejamento. A avaliação somativa é utilizada ao final do projeto ou quando é necessário um recorte, um segmento longitudinal no tempo verificando a execução das atividades programadas no plano em relação aos objetivos ou 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.

Analisando 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, sendo:

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 estas dimensões da gestão, propõe 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 seu desempenho e quais são os efeitos de suas atividades. Lista uma relação de medidas de desempenho mais comuns:

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

Contandriopoulos et al. (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 objetivo de modificar uma situação problemática. Com cinco componentes importantes: objetivos, recursos, bens ou atividades, efeitos e contexto.

A pesquisa avaliativa, segundo Contandriopoulos et al. (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 e as relações entre dada intervenção e o contexto. Também considera que a pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise:

- ✓ A 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 pelos autores acima podemos concluir que existem convergências evidenciando, como afirmam Contandriopoulos et al. (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. Utilizaram material teórico adaptado de uma oficina de capacitação em avaliação do CDC – Centers for Disease Control and Prevention “Monitoring & Evaluation – Capacity for Program Improvement, Global AIDS Program”. Dentre outros, foram abordados modelos lógicos de implantação de projetos para o setor, sua associação com os objetivos e metas e a utilização de modelos lógicos para a avaliação.

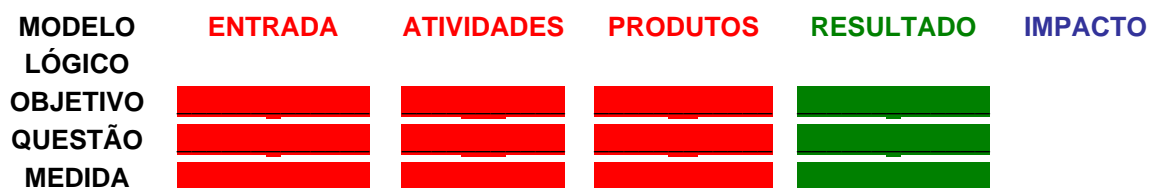
A proposta apresentada na oficina também traz conceitos para serem utilizados no processo de avaliação:

- ✓ Insumos: recursos utilizados no programa, financeiros, humanos e materiais.
- ✓ Atividades: procedimentos do programa que são direcionados à obtenção dos resultados desejados (ex. treinamento RH).
- ✓ Produtos: conseqüências 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 através de seus componentes e, em seguida, são identificados os objetivos de cada componente e seus produtos mensuráveis. As relações entre a intervenção e o alcance dos seus objetivos são investigadas, sendo possível entender a fundamentação lógica daquela intervenção ou programa. Freqüentemente o modelo é apresentado como um fluxograma, mapa ou tabela que explicita a seqüência 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.



Fonte: Relationship Between Logic Model, Components and Objectives

Figura 3. CDC – Center for Disease Control and Prevention.

Comparando as medidas de desempenho para avaliação, citadas por BOZZI *apud* BRASIL (2001), CAYDEN & CAYDEN *apud* BRASIL (2001), Contandriopoulos et al. (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.

Quadro 1. 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(inputs)/Gestão dos processos.	Atividades
Análise da Produtividade/Carga de Trabalho/Produtos-serviços (outputs)	Produtos
Análise do rendimento/Produtividade/Efeitos/Resultados (outcomes)/Eficácia	Resultados
Impacto	Impacto

O Registro Nacional de Preços, pelo que foi descrito nos capítulos anteriores, tratou-se de uma intervenção emergencial realizada pelo gestor federal, como muitas outras levadas a cabo no SUS, na qual 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.

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 que trabalharemos não estará centrado na qualidade técnica da assistência ou na apreciação da clientela, mas sim no desenvolvimento e 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, que serão analisados posteriormente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

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.

3.2 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.

4 MÉTODOS

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:

1) 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;

2) Seleção das unidades gestoras que realizaram aquisições via RNP, analisando o seu perfil populacional, regional e os valores financeiros despendidos com medicamentos;

3) Seleção de treze 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;

4) Levantamento de preços de medicamentos no mercado privado, estatal, processos de licitação de gestores, consórcio e outros;

5) Comparação dos preços obtidos das diversas fontes com os obtidos nas atas do RNP.

O modelo lógico proposto foi baseado 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.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 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 impacto esperado. Também foram definidas as perguntas de monitoramento e avaliação calcadas principalmente nos indicadores (o que medir ?).

5.1.1 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.

Quadro 2. Modelo lógico e objetivos.

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impacto
Financiamento do incentivo com recursos financeiros dos 03 gestores	Treinamento das equipes nos 03 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, independente das quantidades ou localização do gestor.	
Software para mediar/monitorar as aquisições	Repasse financeiros realizados conforme pactuação	Maior número de gestores conseguem adquirir medicamentos com o 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.

5.1.2 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?

5.1.3 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 acima.
- 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 será 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, buscar-se-á responder às perguntas de monitoramento e avaliação. No período que antecedeu a instituição da portaria que criou o RNP – Registro Nacional de Preços, ocorreu o treinamento dos gestores no nível estadual e, este ficou 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. Conforme frisamos, 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. A adesão dos gestores do SUS ao sistema de aquisição de medicamentos através do RNP será abordada posteriormente, mas fica clara a baixa divulgação do sistema, que se deu 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.

5.2 Análise dos processos realizados e aplicação do modelo lógico

Entre os anos de 2001 e 2002 foram realizados dez 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 os mesmos 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 Nacional de DST/AIDS. O Ministério da Saúde organizou-se para realizar os processos e operacionalizar o sistema através dos seus diversos setores, obedecendo os fluxogramas constantes nas figuras 1 e 2.

Seguindo o modelo lógico e as perguntas de monitoramento e avaliação propostos no presente estudo realizou-se a coleta de dados referente 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 3.

Quadro 3. 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 – PN – DST/Aids	28/10/2000	26/09/2001	11 meses
04	Métodos anticoncepcionais (medicamentos e insumos) – Programa Saúde da Mulher	12/01/2001	10/10/2001	09 meses
05	Anticoncepcionais – Programa Saúde da Mulher	04/10/2000	10/08/2001	10 meses
06	Testes de Carga Viral – PN- DST/Aids	23/05/2001	28/12/2001	07 meses
07	Testes de Triagem e confirmatórios – PN- DST/Aids	13/08/2001	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 Saúde da Mulher	18/03/2002	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 traz 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 são muito distintos, variando de 5 meses a 11 meses conforme o processo, num tempo médio de trâmite de mais de 7 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 3 fases: Fase 1 – de trâmite interno no MS, compreende o prazo entre a solicitação de abertura de processo à 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.

A tabela abaixo traz os resultados do tempo em dias, resultante da tramitação dos processos nas fases propostas.

Tabela 9. Tempo de tramitação por fases do processo de licitação, em dias.

Trâmite	Fases do Processo	AFB 1	AFB 2	Serin-gas	Met. Antic.	Saúde Mulher	CV	Testes	AFB 3	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 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.

Na tabela abaixo se realiza 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.

Tabela 10. Projeção utilizando os melhores tempos

Trâmite	Fases do Processo	AFB 1	Projeção A	Projeção B
Interno	Solicitação – Análise Depto Jurídico	12	12	12
Externo	Publicação do Edital – Abertura/Julgamento Propostas	99	46	99*
Interno	Publicação dos Resultados - Homologação	45	18	18
	Meses	5	2,5	4

*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), se poderia 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 estando envolvidas com outras atividades.

5.3 A utilização do Registro Nacional de Preços

5.3.1 Os municípios

Dos 5.397 municípios habilitados no programa IAFB, apenas 435 (7,89%) 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 estes produtos deveriam ser adquiridos pelo gestor estadual.

Para verificar as aquisições do RNP, os municípios foram estratificados e separados em 5 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, porém decidimos inseri-la por acreditarmos que nos permitirá 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.

5.3.1.1 Os municípios da Região Norte

Das 435 cidades que adquiriram medicamentos através do 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, se considerarmos a população desses municípios que é de 2.375.453 habitantes. Os municípios dos estados do Amapá e Roraima não realizaram aquisições. Capitais de estado como Manaus, Porto Velho e Palmas adquiriram, porém a predominância de utilização foi dos pequenos municípios de Tocantins, Rondônia e Acre.

Desses 17 municípios, 06 têm até 10.000 habitantes (35,3%), 02 têm de 10.001 até 20.000 habitantes (11,8%), 04 de 20.001 até 50.000 habitantes (23,5%) e 05 acima de 100.001 habitantes (29,4%), nenhum município na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes fez aquisições através do registro. Os municípios com população de 0 até 20.000 habitantes são quase metade dos que adquiriram produtos do RNP na região (47,1 %).

Os recursos financeiros utilizados na Região Norte foram utilizados principalmente pelos municípios do Amazonas 62,3% e Rondônia 25,8%; os demais, Tocantins 8,0%, Acre 2,3% e Pará apenas 1,6%.

Tabela 11. Aquisições realizadas por municípios da Região Norte através 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

Tabela 12. Aquisições por faixas populacionais na Região Norte.

Faixa Populacional	Municípios	Aquisições US\$	Aquisições R\$
0 até 10.000 habitantes	06	38,90	4.316,64
10.001 a 20.000 habitantes	02	-	7.040,27
20.001 a 50.000 habitantes	04	-	43.787,72
50.001 a 100.000 habitantes	00	-	-
Acima de 100.001 habitantes	05	13.997,84	964.822,61
Total	17	14.036,74	1.019.967,24

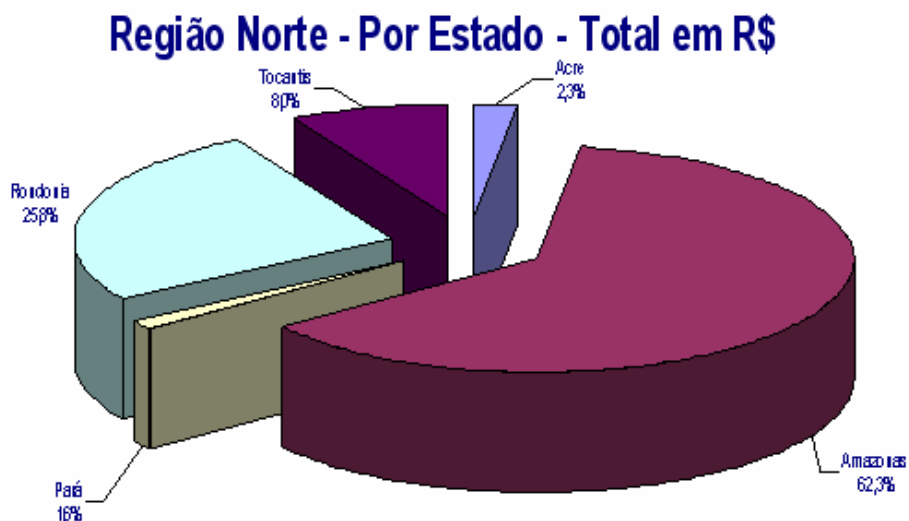


Figura 4. Recursos financeiros utilizados na Região Norte.

5.3.1.2 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, se considerarmos a população desses municípios que é de 10.341.188 habitantes. Municípios de todos os estados da região realizaram aquisições através do 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, 16 têm até 10.000 habitantes (18,6%), 22 têm de 10.001 até 20.000 habitantes (25,6%), 31 de 20.001 até 50.000 habitantes (36,0%), 08 de 50.001 a 100.000 habitantes (9,4%) e 09 acima de 100.001 habitantes (10,4%). Os municípios com população de 0 até 20.000 habitantes são quase metade dos que adquiriram produtos do RNP na região (44,1%).

Dos recursos financeiros utilizados, a Bahia é o estado que tem a principal participação da região com 38%, seguida do Ceará com 30,6%, Alagoas com 19,3%, Pernambuco com 5%, Maranhão com 1,6%, Rio Grande do Norte com 1,6%, Sergipe com 2,8%, Piauí com 0,7% e Paraíba com 0,5%.

Tabela 13. Aquisições realizadas por municípios da Região Nordeste através 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

Tabela 14. Aquisições por faixas populacionais na Região Nordeste.

Faixa Populacional	Municípios	Aquisições US\$	Aquisições R\$
0 até 10.000 habitantes	16	333,11	31.444,43
10.001 a 20.000 habitantes	22	197,95	74.295,90
20.001 a 50.000 habitantes	31	617,58	201.685,24
50.001 a 100.000 habitantes	08	-	82.702,44
Acima de 100.001 habitantes	09	105.927,51	4.618.220,27
Total	86	107.076,15	5.008.348,28

Região Nordeste - Por Estado - Total em R\$

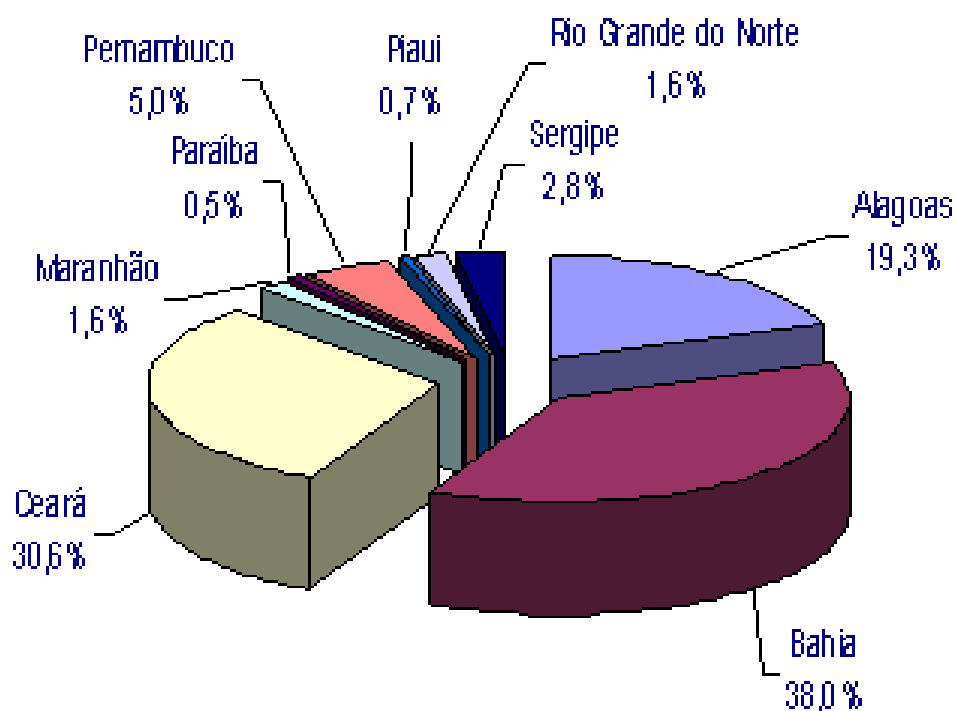


Figura 5. Recursos financeiros utilizados na Região Nordeste.

5.3.1.3 Os municípios da Região Centro-Oeste

No Centro Oeste, 24 municípios (5,5%) adquiriram R\$ 198.089,92 em medicamentos através do RNP, perfazendo um gasto de R\$ 0,205 habitante/ano, se considerarmos a população desses municípios que é de 482.184 habitantes. Municípios de todos os estados da região adquiriram, as capitais não fizeram aquisições, ocorrendo predominância de pequenas cidades. O Distrito Federal será computado adiante quando analisarmos as aquisições das Secretarias Estaduais.

Desses 24 municípios, 06 têm até 10.000 habitantes (25,1%), 09 têm de 10.001 até 20.000 habitantes (37,5%), 08 de 20.001 até 50.000 habitantes (33,3%) e 01 de 50.001 a 100.000 acima de 100.001 habitantes (4,1%) e nenhum município acima de 100.001 habitantes fez aquisições através do registro. Os municípios com até 20.000 habitantes são 62,6% do total de municípios que adquiriram no RNP.

Os recursos financeiros utilizados na Região Centro Oeste foram utilizados principalmente pelos municípios de Mato Grosso do Sul com 66,7%, Mato Grosso com 19,2% e Goiás com 14,1%.

Tabela 15. Aquisições realizadas por municípios da Região Centro-Oeste através do 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

Tabela 16. Aquisições por faixas populacionais na Região Centro-Oeste

Faixa Populacional	Municípios	Aquisições US\$	Aquisições R\$
0 até 10.000 habitantes	06	76,10	16.703,41
10.001 a 20.000 habitantes	09	30,44	52.285,77
20.001 a 50.000 habitantes	08	233,40	42.904,28
50.001 a 100.000 habitantes	01	-	86.196,46
Acima de 100.001 habitantes	-	-	
Total	24	339,94	198.089,92

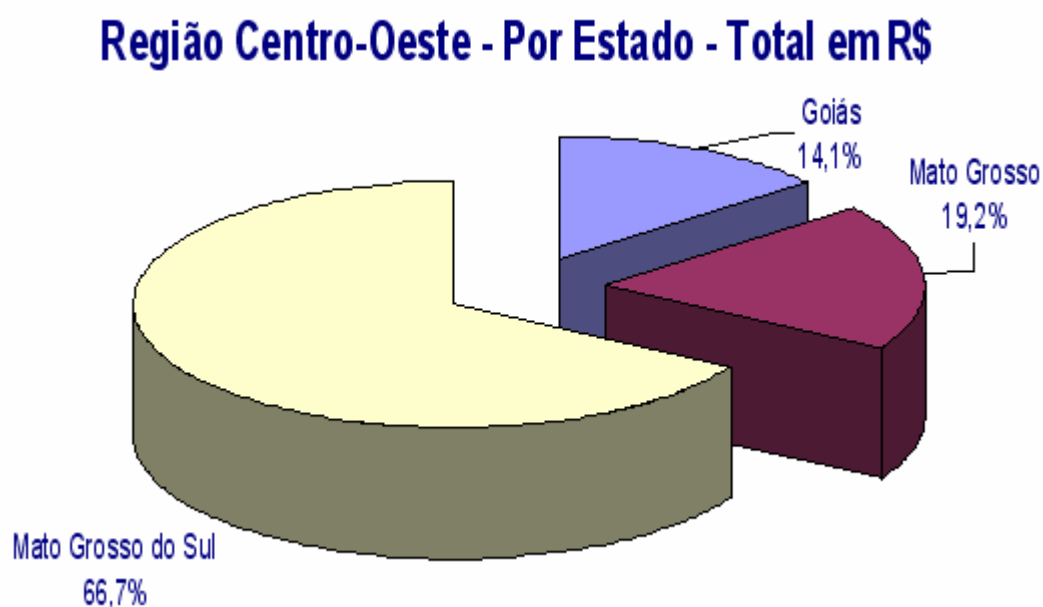


Figura 6. Recursos financeiros utilizados na Região Centro-Oeste.

5.3.1.4 Os municípios da Região Sudeste

Municípios de todos os Estados da Região Sudeste realizaram aquisições na Região Sudeste através do RNP, num total de 181 cidades (41,6%) perfazendo um gasto de R\$ 1.862.249,46 ou R\$ 0,094 habitante/ano, se considerarmos a população

desses municípios que é 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 devido à densidade populacional na região que conforme esta aumenta o dinheiro investido recua. Nos municípios menores o gasto médio é comparável a municípios de mesmo porte de outras regiões.

Dos 181 municípios, 48 têm até 10.000 habitantes (26,6%), 47 têm de 10.001 até 20.000 habitantes (25,9%), 46 de 20.001 até 50.000 habitantes (25,4%), 25 de 50.001 a 100.000 habitantes (13,8%) e 15 (8,3%) acima de 100.001 habitantes. Os municípios com população de 0 até 20.000 habitantes são 52,5% do total de municípios do Sudeste que adquiriram medicamentos pelo RNP.

Os recursos financeiros utilizados na Região Sudeste foram utilizados principalmente pelos municípios de Minas Gerais com 70,6%, São Paulo utilizou 24,4%, Espírito Santo 2,6% e Rio de Janeiro 2,5%.

Tabela 17. Aquisições realizadas por municípios da Região Sudeste através do 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

Tabela 18. Aquisições por faixas populacionais na Região Sudeste.

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

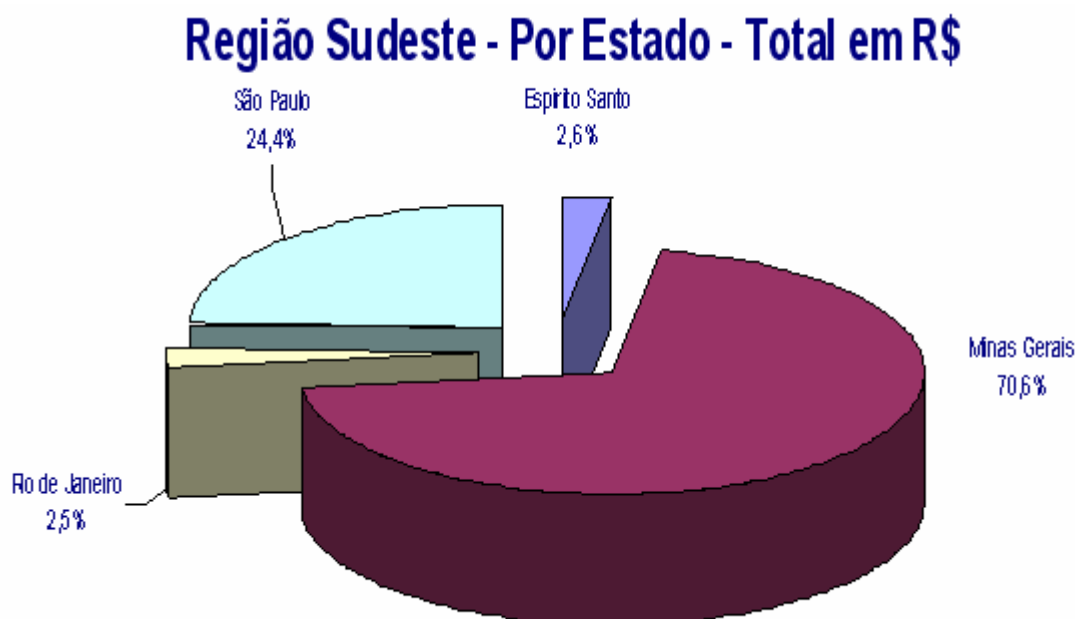


Figura 7. Recursos financeiros utilizados na Região Sudeste.

5.3.1.5 Os municípios da Região Sul

Na Região Sul, 127 municípios (29,2%) gastaram R\$ 1.839.299,54 no RNP, perfazendo um gasto de R\$ 0,127 habitante/ano, se considerarmos a população desses municípios que é de 7.249.930 habitantes. Municípios de todos os estados da região realizaram aquisições através do RNP, Curitiba foi a única capital que também comprou, essa região também é densamente povoada ocorrendo o mesmo que na Região Sudeste com a redução do valor gasto por habitante. Dos 127 municípios, 44 têm até 10.000 habitantes (34,6 %), 29 têm de 10.001 até 20.000 habitantes (22,8 %), 23 de 20.001 até 50.000 habitantes (18,1 %), 17 de 50.001 a 100.000 (13,3%) e 14 acima de 100.001 habitantes (11,2%). Os municípios com população de 0 até 20.000 habitantes são 57,4% dos que adquiriram produtos do RNP na região.

O Rio Grande do Sul, com 65% do total dos recursos financeiros gastos, foi destaque na região seguido do Paraná com 19,7% e Santa Catarina com 15,3%.

Tabela 19. Aquisições realizadas por municípios da Região Sul através do 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

Tabela 20. Aquisições por faixas populacionais na Região Sul.

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

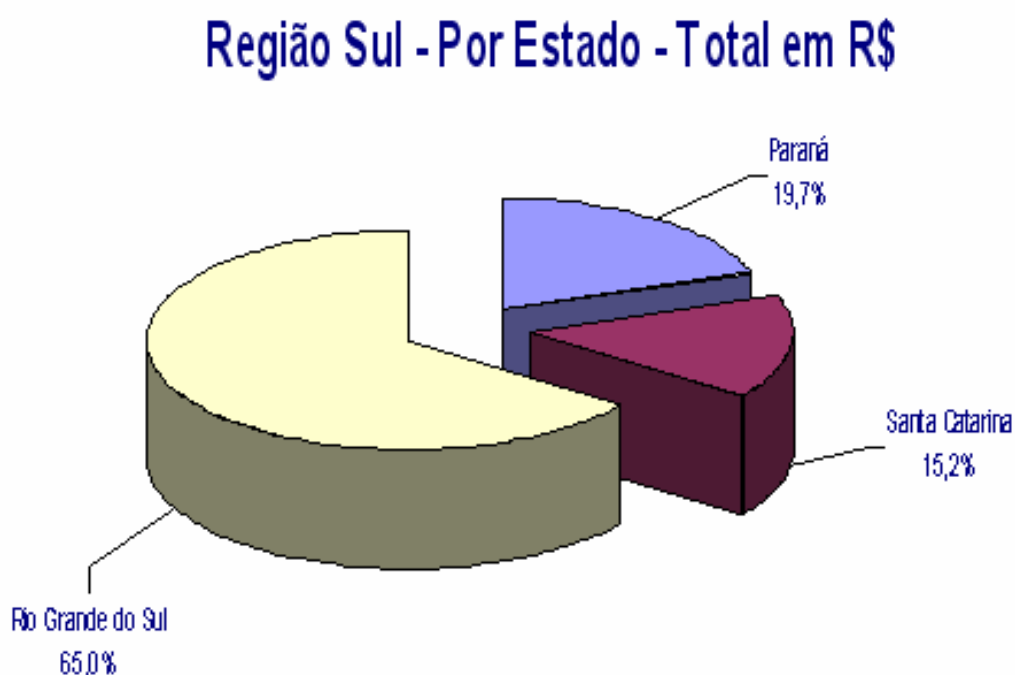


Figura 8. Recursos financeiros utilizados na Região Sul.

5.3.1.6 Gastos municipais - acumulado Brasil

Segundo os dados da tabela 21, os 181 municípios da Região Sudeste representam 41,6% dos municípios que fizeram aquisições de medicamentos pelo RNP, sendo seguidos pelas Regiões: Sul com 127 municípios (29%); Nordeste, 86 municípios (19,7%); Centro Oeste, 24 municípios (5,5%) e Norte com 17 municípios (3,9%). Se agruparmos as regiões Sul e Sudeste, teremos 308 cidades ou 70,6% das que adquiriram medicamentos. Vale lembrar que essa maioria de municípios situa-se 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 que era possibilitar que pequenos municípios das regiões mais distantes do país fizessem suas aquisições utilizando o RNP, com a economia de preços, não foi atingida, pois 70% dos compradores situam-se no eixo sudeste/sul.

Tabela 21. 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%

Analisando o perfil dos municípios que compraram medicamentos pelo Registro Nacional de Preços conforme a sua densidade populacional, podemos verificar que, do total de 435 municípios, 120 (27,6%) têm até 10.000 habitantes, 109 (25,1%) têm de 10.001 até 20.000 habitantes, 112 (25,7%) têm de 20.001 a 50.000

habitantes, 51 (11,7%) têm de 50.001 a 100.000 habitantes e apenas 43 (9,9%) acima de 100.001 habitantes.

A somatória das cidades de até 20.000 habitantes atinge 52,7% das que realizaram aquisições. Se ampliarmos para a faixa seguinte englobando as cidades com até 50.000 habitantes teremos 78,4% dos municípios. Nessas faixas populacionais conforme vimos anteriormente, estão as cidades que têm grande dificuldade de 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 22. Recursos financeiros por faixa populacional dos Municípios.

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
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 22 os municípios maiores nas faixas populacionais acima dos 50.001 habitantes utilizaram a maior parte dos recursos financeiros, 82,6%; os outros municípios com população até 50.000 habitantes utilizaram 17,4% dos recursos. Essa relação era esperada devido aos valores do incentivo serem distribuídos *per capita*, cabendo aos municípios maiores mais recursos, devido ao maior número de habitantes.

A média dos gastos *per capita* no Brasil através do RNP é de R\$ 0,176/ano esse valor é decorrente das médias das Regiões Sul e Sudeste onde, devido à densidade populacional, os gastos são menores. A média habitante/ano da Região

Norte é de R\$ 0,215, da Região Nordeste R\$ 0,242, Centro Oeste R\$ 0,205, Sudeste R\$ 0,094 e Sul R\$ 0,127. Esses são valores reduzidos, se considerarmos que a pactuação do incentivo para a Assistência Farmacêutica Básica prevê valores de no mínimo R\$ 2,00 habitante/ano na somatória 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 que o restante foi adquirido de outras fontes que não o RNP.

Os compradores que predominam no RNP são os municípios de até 50.000 habitantes espalhados pelo interior do país, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, apresentando um número significativo de cidades também na Região Nordeste. Nas Regiões Norte e Centro Oeste o número de municípios que adquiriram medicamentos utilizando o RNP foi menor, pois possuem 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 no Acre, Alta Floresta d'Oeste em Rondônia, Medicilândia no Pará, Barras no Piauí, Campos de Júlio no Mato Grosso e Tapes no Rio Grande do Sul, entre muitos outros, realizaram suas aquisições com sucesso pelo RNP.

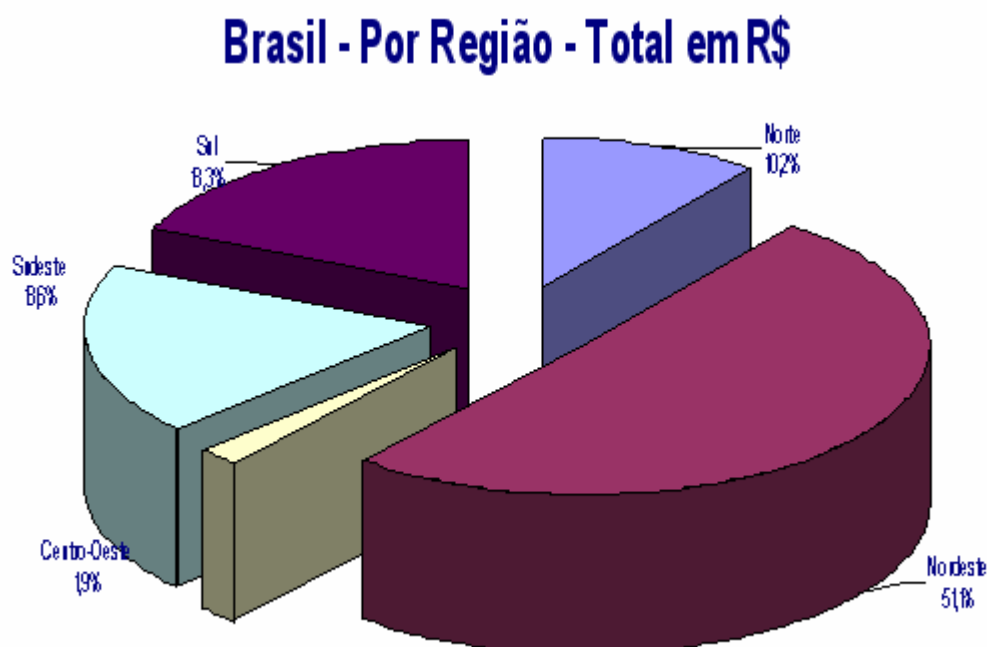


Figura 9. Recursos financeiros utilizados no Brasil, por Região.

Tabela 23. Recursos financeiros por região, 2001/2002.

<i>Região</i>	Recursos (R\$)	%
<i>Norte</i>	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 maiores, acima dos 100.001 habitantes. Em destaque aparece a região nordeste que utilizou recursos da ordem de R\$ 5.008.348,28 (51%). Em seguida aparecem: região Sudeste R\$ 1.862.249,46 (8,6%), região Sul R\$ 1.839.299,54 (8,3%), Norte R\$ 1.019.967,24 (10,2%) e Centro Oeste R\$ 198.089,92 (1,9%).

5.3.2 As secretarias estaduais de saúde

As Secretarias de Saúde de vinte e um 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 6,0 milhões de reais para aquisições no mercado interno.

Apenas nove estados e o DF adquiriram medicamentos através do RNP sendo: 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 abaixo apresenta os gastos dessas Secretarias nas duas fontes.

Tabela 24. SES que realizaram aquisições através do 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
	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 ligados 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.

Verificamos que SES que possuem programas de Assistência Farmacêutica estruturados, apresentam comportamento diferenciado quando se analisa as compras. São Paulo, que realiza o seu programa de medicamentos através dos 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 através do Consórcio Paraná; Minas Gerais, que possui um laboratório estatal e o utiliza para suprir parte dos seus programas também adquiriu expressivos valores através do RNP; outros estados, que não possuem laboratórios estatais nem estão próximos aos centros produtores nacionais, estranhamente adquiriram os insumos para os programas de Aids através das atas, em dólares, contudo não fizeram aquisições de medicamentos pelo registro.

Embora trabalhemos com os valores em dólares e reais separados, vale a pena verificar o conjunto das aquisições estaduais 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 com 51,4% seguidos das regiões Nordeste 15,3%, Norte 14%, Sul 10,9% e região Centro Oeste com 8,5%.

5.3.3 Órgãos da administração direta

Poucos órgãos da administração direta fizeram aquisições através do Registro Nacional de Preços, feito em dólares ou reais ficando Restritos a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde e Hospitais Públicos ligados a Secretaria de Saúde do Ceará. Na tabela abaixo estão discriminados estes gastos.

Tabela 25. 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

5.3.4 Ministério da Saúde

Tabela 26. Aquisições realizadas pelo Governo Federal através do RNP.

Órgão	Valor US\$	Valor R\$
Ministério da Saúde	1.982.997,24	8.017.454,97

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.

5.3.5 O conjunto de gestores

Na tabela 27 encontram-se os gastos dos municípios, estados, órgãos da administração direta e ministério da saúde, com insumos de laboratórios.

Tabela 27. 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 dezenove estados

adquiriam o maior volume com US\$ 10,9 milhões ou 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 teremos 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 através do RNP distribuídos conforme a tabela 28, 2001/2002.

Tabela 28. 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 através do RNP com 40,8 %, seguidos pelo Ministério da Saúde com 32,9 % e Secretarias Estaduais de Saúde com 24,9 %. Novamente, se pensarmos no conjunto de municípios a quem se destinava o RNP, verifica-se que os gestores centrais gastaram R\$ 14.075.114,77 enquanto os municípios executavam R\$ 9.927.954,44 no período. Percentualmente os gestores centrais gastaram 57,8% dos recursos numa inversão de finalidade, se considerarmos que o mesmo destinava-se a otimizar os recursos gastos com medicamentos principalmente no nível municipal.

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 colocados 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.

5.4 Verificação da viabilidade dos preços dos medicamentos obtidos no RNP

Como visto anteriormente 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 para serem adquiridos da iniciativa privada como a indústria, as distribuidoras e farmácias. Para avaliarmos os preços unitários dos medicamentos obtidos nos processos de aquisição do RNP faremos uma comparação com preços oriundos de diversas fontes do mercado. Inicialmente selecionamos 13 medicamentos a partir de uma curva ABC valor no RNP e os mais populares nas aquisições realizadas por estados e municípios.

Na tabela 29, em comparando os preços do RNP dos 13 itens com o preço dos laboratórios estatais, verifica-se a competitividade dos preços do RNP, mesmo frente aos medicamentos subsidiados dos laboratórios oficiais.

Tabela 29. Comparação dos preços do RNP comparados aos Laboratórios Estatais

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

Podemos observar que, na comparação com o preço médio estatal, 11 itens tiveram os seus preços variando para menor com vantagens para o RNP e que essa variação vai de 4,9% a 116% conforme o item. Apenas 2 itens, captopril e metronidazol, estão com preços superiores no registro, 1,6% e 6,4%, respectivamente. Se compararmos com o preço mínimo praticado, melhora a performance dos laboratórios oficiais, que apresentam 7 itens com preços abaixo dos do registro, variando de 2,9 % a 67%. Outros quatro itens continuam mais caros variando de 17,8% a 116,1%.

Abaixo, na tabela 30, comparamos os preços do RNP com outras modalidades de licitação adotadas pelos estados do Paraná e Bahia e dois municípios paulistas em gestão plena do sistema.

Tabela 30. Comparação dos preços do RNP × Outras Modalidades de Licitação

Medicamentos	Vlr. Unit RNP	Consórcio Paraná	(%)	RP Bahia	(%)	RP Ribeirão Preto/SP	(%)	Concorrência Piracicaba/SP	(%)
Amoxicilina 50 mg/ml 120 ml ou mais frasco	1,8190	2,2790	-25,3	3,1800	-74,8	2,0800	-14,3	2,4300	-33,6
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 frasco ampola	0,7950	0,8500	-6,9	0,7900	0,6	0,8440	-6,2		
Cefalexina 500 mg cápsulas	0,1740	0,1700	2,3			0,3074	-76,7	0,1900	-9,2
Metformina 850 mg comprimido	0,0710	0,0569	19,9	0,0600	15,5	0,1100	-54,9	0,0900	-26,8
Glibenclamida 5 mg comprimido	0,0103	0,0098	4,9	0,0100	2,9	0,0170	-65,0		
Captopril 25 mg comprimido	0,0203	0,0190	6,4	0,0200	1,5	0,0200	1,5	0,0200	1,5
Digoxina 0,25 mg comprimido	0,0152	0,0158	-3,9	0,0200	-31,6	0,0157	-3,3		
Propranolol 40 mg comprimido	0,0122	0,0124	-1,6	0,0200	-63,9	0,0104	14,8	0,0110	9,8
Mebendazol 100 mg comprimidos	0,0278	0,0266	4,3	0,0400	-43,9	0,0236	15,1		
Metronidazol 250 mg comprimidos	0,0257	0,0256	0,4	0,0400	-55,6	0,0260	-1,2	0,0290	-12,8
Metronidazol 500 mg/5g bisnaga 40 g.	1,2200	0,8890	27,1	1,1200	8,2	1,3000	-6,6		
Nistatina 25.000 UI/g bisnaga 40 g.	0,8900	1,2698	-42,7					0,9800	-10,1
Salbutamol 0,4 mg/ml frasco 100 ml	0,7300	0,5960	18,4	0,5700	21,9	0,6056	17,0		

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

Registro de Preços

Vantagem

Desvantagem

O Consórcio Paraná, que reúne as aquisições de medicamentos dos municípios paranaenses, adquiriu 8 produtos com preços menores que o RNP numa variação de 0,4% e 19,9%, os outros 7 produtos variaram entre 1,6% a 42% mais caros que o registro. O registro de preços do estado da Bahia adquiriu 6 itens a preços menores que o RNP variando de 0,6% a 21,9% e 5 itens com preços acima dos do registro numa variação de 43,9% a 74,8%. O Município de Ribeirão Preto – SP adquiriu num registro de preços municipal 3 itens em melhores condições que o RNP com uma variação de 1,5% a 17%, os outros 8 itens restantes variaram 1,2% a 76,7% acima. Numa concorrência pública, Piracicaba – SP adquiriu 7 itens, dois com preço menor que o RNP com 1,5% e 9,8% de variação, os 5 demais tiveram uma variação para mais de 9,2% a 32%.

Os números apresentados acima são provenientes de sistema, estado e municípios que têm bem estruturados o seu sistema de aquisição de medicamentos e o gerenciamento do SUS, 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 a Assistência Farmacêutica Básica e, em decorrência disso, ocorreram dificuldades para a coleta de dados na prestação de contas das aquisições municipais. Apesar das dificuldades, obtivemos a prestação de contas de 15 municípios das 5 regiões do país, incluindo duas capitais.

Na tabela 31 apresentamos as variações de preços na prestação de contas desses municípios utilizando o preço médio declarado. Esses preços variaram de 19,7% a 483,7%. Numa outra projeção com os maiores preços, a variação sobe para 81,1% a 3.518,7%.

Tabelas 31. Comparativo entre o RNP × Prestação de Contas - SIFAB

Medicamentos	Vlr. Unit RNP	Maior Preço	(%)	Preço Médio	(%)
Amoxicilina 50 mg/ml 120 ml frasco	1,8190	5,6300	-209,5	2,7800	-52,8
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 frasco ampola	0,7950	-	-	-	-
Cefalexina 500 mg cápsulas	0,1740	0,4200	-141,4	0,3000	-72,4
Metformina 850 mg comprimido	0,0710	0,3300	-364,8	0,2100	-195,8
Glibenclamida 5 mg comprimido	0,0103	0,0600	-482,5	0,0290	-181,6
Captopril 25 mg comprimido	0,0203	0,1200	-491,1	0,0450	-121,7
Digoxina 0,25 mg comprimido	0,0152	0,0600	-294,7	0,0280	-84,2
Propranolol 40 mg comprimido	0,0122	0,0300	-145,9	0,0220	-80,3
Mebendazol 100 mg comprimidos	0,0278	0,0460	-65,5	0,0410	-47,5
Metronidazol 250 mg comprimidos	0,0257	0,9300	-3.518,7	0,1500	-483,7
Metronidazol 500 mg/5g bisnaga 40 g.	1,2200	2,2100	-81,1	1,4600	-19,7
Nistatina 25.000 UI/g bisnaga 40 g.	0,8900	2,9000	-225,8	1,7200	-93,3
Salbutamol 0,4 mg/ml frasco 100 ml	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 podem ser explicadas 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 acima.

Abaixo, na tabela 32 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.

Tabela 32. Comparativo de preços RNP × Mercado Privado Farmacêutico

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

Fonte: ABC Farma - Dezembro 2002

Preço Fábrica com menor alíquota de impostos

Registro de Preços

Vantagem

Desvantagem

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 349,7% a 1.397,5% e similares de 266,2% a 1.427,1% a maior.

Os preços apurados nos processos licitatórios do Registro Nacional de Preços são bastante competitivos conforme demonstrado nas projeções anteriores, principalmente se comparados com os preços da prestação de contas de municípios através 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 pode, como apresentado nas planilhas é um importante mecanismo de regulação de preços de medicamentos básicos no mercado farmacêutico brasileiro, reduzindo as margens de lucro das empresas que são altíssimas como o demonstrado na tabela 32.

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 reduz-se a 2,5 meses. Os processos em modo geral arrastaram-se por muito tempo em decorrência da lentidão, burocracia e fragmentação das atividades nos diversos setores dentro da máquina administrativa federal. Este 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 7,89% dos municípios brasileiros utilizaram o RNP e adquiriram medicamentos através 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 5 estados utilizaram o RNP para suas aquisições. Oito dessas cidades (47,1%) possuem até 20.000 habitantes.
- Na região Nordeste, 86 municípios de 9 estados utilizaram o RNP para as suas aquisições. Trinta e oito dessas cidades (44,1%) possuem até 20.000 habitantes.
- No Centro Oeste, 24 municípios de 3 estados utilizaram o RNP para suas aquisições. Quinze destas cidades (62,6%) possuem até 20.000 habitantes.
- No Sudeste, 181 municípios de 4 estados utilizaram o RNP para suas aquisições. Noventa e cinco destas cidades (52,5%) possuem até 20.000 habitantes.
- No Sul, 127 municípios de 3 estados utilizaram o RNP para as suas aquisições. Setenta e três destas cidades (57,4%) possuem até 20.000 habitantes.

✓ *Os Estados*

As Secretarias Estaduais de Saúde de 21 estados realizaram aquisições de produtos através do RNP, sendo que 9 estados adquiriram medicamentos em licitações nacionais (em reais) e os outros 12 estados adquiriram 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 através do 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 acima, 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 5 milhões de reais, metade dos recursos foram utilizados por municípios da região nordeste. Nas licitações internacionais os municípios gastaram apenas US\$ 168 mil ou 1,3% do montante dos recursos. Os estados gastaram nas atas de registro de preços nacionais R\$ 6.057.659,80 ou 24,9% dos recursos totais. Seus gastos mais consideráveis foram nas licitações internacionais onde adquiriram 10,9 milhões de dólares ou 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 32,9% dos recursos ou R\$ 8.017.454,97 nas atas de registro de preços nacionais. Nas internacionais apenas 15% com valores próximos a dois milhões de dólares.

✓ *Viabilidade econômica*

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 7 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 comparamos os preços do RNP com a prestação de contas municipais obtidas do SIFAB obtemos uma variação de preços de 19,7% a 483,7% utilizando o preço médio declarado. Se utilizarmos 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 desse estudo. A vantagem para os preços do RNP, quando comparado 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 comparado ao preço dos similares é de 266,2% a 1.427,1%.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que o processo licitatório para a modalidade de aquisição *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 que tem 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 nº de aquisições (70%), bons resultados podem ser observados, pois ocorre uma distribuição dessas aquisições em todas as regiões do país, notadamente nas pequenas cidades 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. Através 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 possuem laboratórios estatais de produção. Estes estados citados anteriormente têm programas de distribuição de medicamentos pouco estruturados, localizam-se distantes dos canais de produção e distribuição privados, 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 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 basearmos-nos 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 foram realizadas 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 2 anos é irrisório (3,5%) quando se compara com o valor total que deveria ser disponibilizado pelos 3 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 têm para acessar os laboratórios estatais. Os preços obtidos nas licitações do registro são viáveis para a aquisição dos gestores em todos os níveis, pois apresentam vantagens a todos os tipos de fornecedores, mesmo se comparados com os laboratórios estatais que têm preços subsidiados.

Os resultados esperados ficaram comprometidos, pois 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 devido ao 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 o 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* onde 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 no sentido de facilitar aos estados e municípios a aquisição dos mesmos, implementando algumas medidas:

- Registro de preços dos medicamentos através da modalidade Pregão Eletrônico de Preços considerando a maior rapidez no tempo de tramitação burocrática.
- Articulação regional com a formação de pólos gerenciadores estaduais, inclusive com licitações específicas com fornecedores regionais, se for o caso, permitindo que estados e municípios pertencentes ao pólo regional façam suas aquisições dos quantitativos dos registros de preços de pólo gerenciador.
- Identificação dos produtos necessários e quantitativos mínimos a serem licitados respeitando as diferenças regionais dos pólos, estados e municípios.

7 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'evaluation 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*. nº 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. nº 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.