Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos

Paulo Roberto do Nascimento

**Tese apresentada ao
Departamento de Prática
de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção
do grau de Doutor.**

**Orientadora: Professora
Doutora Fabiola Zioni**

São Paulo

2006

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Fabiola Zioni, pelo apoio constante e por permitir-me o espaço livre à reflexão.

À Professora Sueli Gandolfi Dallari, pela confiança e pelo incentivo, desde os tempos do mestrado.

À Professora Mara Helena D'Andréa Gomes, palavra tranquilizadora nos momentos mais turbulentos dessa caminhada.

À Professora Maria Helena Oliva Augusto, com quem acumulei muitas horas de discussão, desde os bancos da graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Minha professora, já e desde então.

Ao Professor Cláudio Gastão Junqueira de Castro, com quem o convívio é mais recente, ameno e fluente.

RESUMO

NASCIMENTO, PR Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Profundas transformações acometem as sociedades ocidentais modernas. Autores avaliam sinais dessa mudança como evidências de ruptura das bases sobre as quais se assenta contrato social da Modernidade. Dessa perspectiva teórica abrem-se novas possibilidades ao devir social. Evidências dessas novas sociabilidades sugerem a redução de direitos universais; mas, como realidade a ser construída, não pode ser tomada como o devir. Conhecimentos produzidos sobre a construção de direitos universais são necessários para elucidar a estruturação de institucionalidades apropriadas aos novos tempos. O SUS, portador da aspiração da universalidade de cobertura populacional e integralidade da atenção revela-se importante observatório da implementação de direitos universais. Além do mais, apresenta instâncias de deliberação democrática, de caráter de negociação e participativo, no qual a concretização dos direitos é viabilizada. Ao discutir a viabilização da universalidade e integralidade a partir dos debates entre representantes da sociedade nos espaços democráticos de negociação (comissões intergestores) e de participação (conselhos de saúde) encontram-se fortes obstáculos à realização plena desses princípios, remetendo a uma necessária atuação mais abrangente do SUS, extravasando suas fronteiras tradicionais de atuação assistencial. Ao abordar os limites da gestão interna ao SUS para assegurar o acesso universal e integral aos medicamentos, recomenda-se aos segmentos componentes do SUS avançar sobre os setores da produção de conhecimento, da formação de pessoal cientificamente qualificado para o sistema e sobre o sistema produtivo, de modo a romper as barreiras aparentemente intransponíveis colocados hoje pela perspectiva de aumento constante e exponencial dos custos para sustentar o sistema de saúde. Somente com essa ousadia, reconfigurando as tradicionais fronteiras entre público e privado e gerando novas institucionalidades democráticas e de negociações, o SUS tem avançado no sentido de preservar seus princípios de universalidade e integralidade. Uma nova sociabilidade está sendo gerada no país, para a qual as institucionalidades inovadoras do SUS têm contribuído de maneira inusitada.

Descritores: SUS, universalidade, integralidade, direitos, medicamento, assistência farmacêutica

ABSTRACT

NASCIMENTO, PR Brazilian Unified Health System's (SUS') democratic deliberation spaces and discussion about universality of rights. Sao Paulo, Brazil; 2006. [Doctorship dissertation – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Deep transformations are now affecting modern occidental societies. Authors evaluate the signs of that change as an evidence for the disruption of the bases over which Modern Times' social contract settles. Under that theoretical approach, new possibilities for our social future present themselves. Evidences for those new types of sociability suggest cut-off of universal rights; yet, as a reality to be constructed, they cannot be taken as the future. Knowledge produced after the edification of universal rights is necessary to elucidate the structuring of appropriate institutional linkages to the new times. SUS, carrying in itself the aspiration of population universal reach and comprehensive assistance, reveals itself as an important outpost for the implementation of universal rights. Besides, it presents instances of democratic deliberation, with dealing and participatory attributes, where rights can be consolidated. By discussing the actualization of both universality and comprehensiveness after the debates between society's representatives inside both dealing (inter-managerial committees) and participatory (health councils) democratic spaces, one finds solid obstacles ahead in the path to the full accomplishment of those principles, leading back to a more encompassing action of SUS', rushing off of its traditional assistance frontiers. By approaching the internal management limits of SUS' with regard to its guarantee of universal and comprehensive medicine drug access, it is recommended to SUS' members to progress over the sectors of knowledge production, education of scientifically qualified personnel, for and over the productive system, in order to disrupt barriers apparently impossible to overcome, now posed by the perspective of a constant and exponential increase of costs to sustain health system. Only with that audacity, by reconfiguring traditional limits between public and private sectors, as well as by generating new democratic and dealing institutional linkages, SUS has advanced toward preserving its principles of universality and comprehensiveness. A new sociability is being generated in Brazil, for which SUS' innovative institutional linkages have contributed in an unexpected manner.

Key-words: SUS – Brazilian Unified Health System, universal health assistance, comprehensive health assistance, rights, medicament, pharmaceutical assistance.

ÍNDICE

Apresentação	002
1. O SUS como observatório de direitos universais	005
2. Democracia e federalismo	016
3. Procedimentos Metodológicos	027
4. O acesso a medicamentos e o papel das instituições públicas no país	035
5. Intergestores e Participativos: assegurando a universalidade?	064
6. Ampliando a cobertura e batendo no teto	086
7. Negociação versus Custos	118
8. Insuficiência da gestão do SUS: transbordando o sistema	125
BIBLIOGRAFIA	153
ANEXOS	161

APRESENTAÇÃO

Não bastasse o ambiente hostil que as sociedades contemporâneas têm erguido contra os direitos universais, um sistema de saúde público, que se propõe a fornecer cobertura universal e integralidade da atenção, já teria sérias dificuldades para cumprir suas diretrizes.

Seria o bastante realizar uma gestão eficiente da atenção à saúde? Seria suficiente realizar gastos eficientes, fundamentados estritamente nas necessidades? Bastaria que se diminuíssem os custos do sistema por intermédio da redução dos preços pagos no mercado, obtida por mecanismos concorrenciais? Os imensos esforços mobilizados até então para implementar o Sistema Único de Saúde estão ocupando todo o espaço institucional necessário para sua plena realização? Estariam esses esforços criando novos espaços institucionais para enfrentar as dificuldades colocadas pelas sociedades contemporâneas aos direitos universais, às quais se acrescentam as dificuldades ligadas à escassez de recursos, ao uso ineficiente dos recursos e dos interesses que confrontam a racionalidade normativa ditada pela Saúde como o primado da Atenção à Saúde?

É dessa preocupação que trata este texto. Queremos, como todos querem, refletir sobre os caminhos que estamos tomando. Trata-se de perguntar: se a gestão que estamos implementando conseguisse se realizar plenamente, onde chegaríamos então?

No início desse caminho a percorrer estamos munidos de alguma dose de ceticismo. Partimos com a suspeita de que

muita criatividade será necessária para que o sistema cumpra sua tarefa; portanto, que novas institucionalidades deverão ser elaboradas. Suspeitamos também que nem todas elas apontarão claramente na mesma direção.

Tomaremos as ações do SUS voltadas a propiciar adequada assistência farmacêutica e acesso aos medicamentos - justamente pela complexidade inerente - como o objeto a ser observado. Estaremos à procura de o quanto a gestão tem sido eficiente, de o quanto o acesso tem sido ampliado e de quão criativas têm sido as ações institucionais para tornar eficiente a gestão e amplo o acesso. Portanto, o estudo não é sobre medicamentos ou assistência farmacêutica, mas sobre os desafios - e a capacidade de superá-los - que o sistema enfrenta para garantir universalidade e integralidade.

O critério 'complexidade' para escolha da política a ser observada se explica: os interesses envolvidos são tão evidentes, de valores monetários tão elevados que os interesses se tornam rapidamente perceptíveis. Além do mais, torna-se evidente também a presença constante do mercado, da relação entre oferta e procura. Nós, que trabalhamos no setor público, com uma política que deve entregar gratuitamente à população um serviço essencial, podemos com frequência esquecer que os serviços, os produtos, os materiais têm um custo. Mais do que operar orçamentos ou alocar recursos - o que já não é simples -, trata-se de financiar os orçamentos e incorporar custos que nos chegam como preços definidos no jogo do mercado.

Percorreremos o caminho em oito passos. Nos dois primeiros capítulos problematizamos nossa questão inicial. Começamos vislumbrando porque o SUS seria uma institucionalidade inesperada nas complexas sociedades modernas; justamente o que o torna um campo de observação sobre a viabilidade de direitos universais. No capítulo seguinte, identificaremos nossas escolhas do que nesse

campo deve ser observado mais de perto, como possível espaço de construção da gestão e de novas institucionalidades: a comissão intergestora bipartite e o conselho participativo dos representantes dos segmentos constituintes do sistema de saúde.

No Capítulo 3, apresentamos a escolha metodológica e alguns procedimentos adotados para tratar o material coletado. No passo seguinte, apresentamos a base normativa fundamental que orienta a política de medicamentos e de assistência farmacêutica. Na mesma oportunidade, sugerimos a base conceitual que fundamentará a análise do material (atas da comissão intergestora e do conselho participativo) que será apresentado no Capítulo 5. Nesse capítulo, encontramos gestores dedicados a viabilizar as determinações de políticas, programas e ações emanadas de outras instâncias, mas voltadas a garantir os princípios constitucionais.

No Capítulo 6 tratamos dos recursos financeiros dedicados a garantir o acesso aos medicamentos e nos asseguramos de que, da mesma forma que se deu nas instâncias de negociação e participativas, os recursos têm favorecido a ampliação do acesso. No Capítulo 7, confrontamos os achados dos dois anteriores com uma bibliografia especializada que lança dúvidas sobre a suficiência tanto das institucionalidades implementadas quanto dos recursos colocados à disposição. Isso, por que ambas não asseguram influência sobre espaços do mercado e de setores da vida política e social que extrapolam o âmbito da assistência à saúde.

No Capítulo 8 apresentamos uma discussão, já identificada pelas forças sociais que integram o SUS, sobre como poderia o sistema ultrapassar as suas fronteiras em direção à criação das condições que superariam as dificuldades colocadas à universalidade e à integralidade.

CAPÍTULO 1

O SUS COMO OBSERVATÓRIO DE DIREITOS UNIVERSAIS

Nas instâncias intergestoras e participativas do Sistema Único de Saúde os esforços realizados estão favorecendo a universalidade e integralidade da assistência farmacêutica? A universalidade da cobertura populacional e a universalidade da atenção (integralidade) são objetivos viáveis? Para poder responder a essas questões faremos uma incursão pelos debates travados entre representantes da sociedade nos espaços democráticos de negociação (comissões intergestores) e de participação (conselhos de saúde). Também procuraremos dimensionar o comportamento dos gastos públicos para prover a assistência farmacêutica e o acesso a medicamentos, assim como trazer à luz o corpo normativo engendrado para viabilizar a gestão e a atenção à saúde condizentes com as diretrizes do sistema. Antes, porém, contextualizaremos a saga que a sociedade brasileira propõe ao SUS.

A crise da modernidade não é um tema recente. Os pilares contratuais sobre os quais se assentaram as sociedades ocidentais contemporâneas sofrem hoje intenso questionamento advindo das novas formas de sociabilidade impetradas pelo capitalismo financeiro transnacional. São muitos os autores que discutem essa nova sociabilidade, procurando evidências dos seus elementos constitutivos, basicamente, confrontando-as às formas de sustentabilidade que construíram o mundo moderno. SANTOS (1999) identifica a crise da modernidade como um conjunto de profundas

transformações no próprio processo de inclusão/exclusão característico daquele modo crítico de viver em sociedade.

Viver na modernidade é em si um viver crítico, de um equilíbrio precário alcançado por um duplo movimento, o qual, ao mesmo tempo que exclui, dissemina a percepção da possibilidade de inclusão. O contrato social preconizado pelos clássicos da Teoria Política - Hobbes, Locke e Rousseau¹ -, que fundaram a sociabilidade moderna, sedimenta-a sobre a possibilidade de indivíduos, grupos sociais e sociedades inteiras emergirem do "estado de natureza" e inserir-se na modernidade. Essa possibilidade funciona como mecanismo legitimador da modernidade, a qual se assenta prioritariamente em mecanismos contratuais que operam de forma a incluir e excluir. Das lutas sociais travadas em decorrência dessa tensão, emerge todo um conjunto de institucionalidades que conformaram o modo concreto de viver em sociedades modernas. SANTOS identifica três principais grandes grupos de institucionalizações que conformam o viver moderno: instituições que socializam a economia, que politizam o Estado e que nacionalizam (uma determinada configuração interativa de espaço-tempo) a identidade cultural. Todas as formas sociais e históricas da modernidade se enquadram nesse contorno institucional, assim como as mais diversas formas de lutas sociais, de modo que estas últimas, cuja expressão mais paradigmática são as lutas de classes entre os interesses antagônicos fundantes das sociedades capitalistas, não chegaram a questionar ou indicar um caminho que superasse os contornos modernos. Numa expressão: as lutas sociais modernas não apontaram formas de superação da modernidade, na exata medida em que se bastaram em disputar formas alternativas de institucionalidades modernas.

¹ Para uma discussão comparativa sobre o contrato social nos três clássicos, ver SANTOS, 2000, pp. 129 e segs.

Ocorre que, nos últimos 50 anos, o tenso equilíbrio conflitual da modernidade passou a sofrer turbulências cada vez mais intensas, justamente pelo esboroamento das bases operativas de gestão do processo de exclusão/inclusão. Ou seja, a forma contratual que definia o que se incluía e, portanto, o que seria excluído do contrato, sofreu modificações tais que o resultado, atualmente vigente, ampliou as possibilidades de exclusão, ao mesmo tempo que limitou os mecanismos de inclusão. Dito de modo direto: o equilíbrio precário sob o qual as sociedades modernas se acostumaram a viver ampliou sua precariedade e ousa balançar-se desprevenidamente numa corda-bamba, expulsando crescentemente segmentos sociais antes incluídos (pós-contratualismo), impedindo a entrada dos que estavam fora (pré-contratualismo) e procurando uma nova magérrima forma oscilante de equilibrar-se sobre um "estado de natureza" cada vez mais fornido de contingentes humanos e de elementos naturais.

Obviamente, as institucionalidades construídas pelas lutas sociais modernas perdem capacidade de regulação dos conflitos, já que não se legitimam mais como expressão institucional de lutas em torno de um mesmo estatuto contratual. Sendo outros, ainda que incertos, os termos contratuais, pode-se então perguntar: sobre quais institucionalidades se daria o novo viver em sociedade? É, aliás, nesses termos que se indaga sobre a concepção de cidadania que se construiu nos últimos duzentos anos, cuja expressão máxima seria: o direito a ter direitos. Ou, em termos distintos: a universalidade dos direitos é realizável?

Na verdade, o ponto central da discussão reside sobre quais serão os novos termos contratuais. Daí a importância da iniciativa de SANTOS em, às portas do futuro, arriscar uma proposição: já que finalmente estamos diante de uma

possibilidade de discutir o contrato social em termos contra-modernos, ou ao menos não-modernos, participarmos desse momento com um programa em mãos: superarmos a regulação social e buscarmos a emancipação. Buscar sociabilidades alternativas é uma exigência desses novos tempos. "Os riscos que corremos em face da erosão do contrato social são demasiado sérios para que ante eles cruzemos os braços. Há, pois, que buscar alternativas de sociabilidade que neutralizem ou previnam esses riscos e abram o caminho a novas possibilidades democráticas" (SANTOS, 1999; p. 109). [...] "Ante isso, há que definir de modo mais amplo os termos de uma exigência cosmopolita capaz de interromper o círculo vicioso do pré-contratualismo e do pós-contratualismo. A nível muito geral, essa exigência traduz-se na reconstrução ou reinvenção de um espaço-tempo que favoreça e promova a *deliberação democrática*" (p. 109. Grifo nosso). E mais adiante: "... penso ser possível definir algumas das dimensões das exigências cosmopolitas da reconstrução do espaço-tempo da deliberação democrática. O sentido último dessa exigência é a construção de um novo contrato social. Trata-se de um contrato bastante diferente do da modernidade. É antes de mais um contrato mais inclusivo porque deve abranger não apenas o homem e os grupos sociais, mas também a natureza. Em segundo lugar, é mais conflitual porque a inclusão se dá tanto por critérios de igualdade como por critérios de diferença. Em terceiro lugar, sendo certo que o objetivo último do contrato é reconstruir o espaço-tempo da deliberação democrática, este, ao contrário do que sucedeu no contrato social moderno, não pode confinar-se ao espaço-tempo nacional estatal e deve incluir igualmente os espaços-tempos local, regional e global. Por último, o novo contrato não assenta em distinções rígidas entre Estado e sociedade civil, entre

economia, política e cultura, entre público e privado. A deliberação democrática, enquanto exigência cosmopolita, não tem sede própria, nem uma materialidade institucional específica" (p. 112).

Direitos universais

A defesa dos direitos universais, representada pelo SUS, é um tema anacrônico, tanto para os que acreditam que estes são tempos modernos, nos quais estaria ocorrendo apenas um refluxo do 'welfare state', associado às reformas estruturais do Estado², quanto para os que vêm uma contemporaneidade pós-moderna, argumento segundo o qual o contrato social moderno, que pressupunha inclusão, se desfez.

Igualmente, o SUS também não parece se sustentar por muito tempo devido à inserção subordinada dos países em desenvolvimento no mundo globalizado: capacidade financeira reduzida, baixo nível de desenvolvimento científico e tecnológico, reduzida capacidade de gerenciar complexidade.

Por qualquer das três vertentes de pensamento acima o SUS não se viabiliza. O que o tornaria viável? Qual a estratégia possível para que direitos universais sejam assegurados? Os espaços participativos e negociais do SUS têm contribuído para assegurar tais direitos? Ou os têm flexibilizado, restringindo a abrangência dos direitos? Haveria uma necessidade de flexibilizar, ditada pelos novos tempos, entendida como forma de viabilizar diante da escassez? Poderá a equidade ser um conceito referente à

² A esse respeito é interessante a leitura de ALMEIDA (1997), ao situar as justificativas teóricas para as reformas dos sistemas de saúde, nos anos Oitenta, como fundamentadas nas mesmas bases que procuravam "decretar" o fim do 'welfare state' (p. 181). Quanto às reformas de Estado, referimo-nos ao receituário neoliberal de retração da intervenção keynesiana do Estado na economia, promovendo a desregulamentação do sistema e a privatização do setor estatal (UGÁ, 1997).

maior agilidade para alcançar as necessidades mais prementes? ... sem que isso signifique reduzir universalidade e integralidade?

SUS - observatório de direitos universais

Para ir juntando argumentos que favoreçam a nossa própria intenção de demonstrar a relevância deste estudo, é conveniente lembrar que o problema formulado por SANTOS, colocado pela crise da modernidade, atinge de frente o caminho tomado no Brasil, na década de 1980, ao se constituir, finalmente, a estrutura da Seguridade Social, dentro da qual situamos o Sistema Único de Saúde. Vejamos, em termos gerais, a trajetória trilhada até o SUS.

Podemos dizer que se construiu no país uma forte tradição na defesa da saúde da população (BRAGA & PAULA, 1981; DRAIBE et al., 1990; ESCOREL, 1998; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). Políticas públicas, incitadas pelo setor produtivo e orientadas para o controle de doenças, dataram a origem - no final do Século XIX - de nossa preocupação em combater de forma sistêmica os males que acometiam a saúde da população trabalhadora e ameaçavam os ganhos dos setores econômicos - sempre os mais pujantes da economia nacional. Até a década de sessenta do Século XX, o setor saúde foi essencialmente caracterizado pela preponderância de ações públicas de caráter preventivo, orientadas por doenças e incitadas pelos potenciais e reais prejuízos à economia nacional. O perfil de morbidade alterou-se muito naquele período, especialmente devido às mudanças do perfil demográfico da população e ao aprofundamento dos processos de urbanização e industrialização.

As massas de trabalhadores urbanos trouxeram para o Estado uma nova configuração do rol de suas preocupações, gerando todo um conjunto de direitos previdenciários e trabalhistas, reflexo do que acontecia em todo o mundo que

se industrializava e competia no mercado de produtos e serviços. Necessidades ligadas à cura de doenças - não à prevenção - emergiram, inscrevendo-se nos planos de aposentadorias e pensões, regulamentados pelo Estado. Entretanto, o caráter preponderante das ações públicas era o preventivo. O final da Segunda Guerra Mundial transformou definitivamente esse cenário, fazendo aportar no país, como sinônimo de saúde, os atos médicos medicamentosos e terapêuticos associados aos centros hospitalares e orientados pelo mercado.

As primeiras iniciativas de medicina de grupo datam, no país, dos anos sessenta. Esse momento coincide com a tão almejada unificação dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões, reunidos, durante o regime militar, no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (MALLOY, 1985). Sob o legítimo argumento de levar à maior fatia possível da população os direitos previdenciários, que seriam de todos os trabalhadores, atingiu-se também o objetivo de capitalização do Estado, mediante contribuição previdenciária, para o financiamento das obras necessárias ao desenvolvimento econômico. Entretanto, o gigantismo do aparelho público gerado, associado à falta de controle público dos recursos e de sua participação na formulação das políticas e prioridades - possibilitado pela ausência de participação política e cidadania ativa impetrados pelo regime de exceção - cedo produziu uma infundável diversidade de modalidades de fraudes e desvirtuamentos da finalidade pública do sistema previdenciário. Aspecto adicional, nada irrisório para compreendermos a situação, era dado pelo caráter médico-hospitalar da atenção à saúde embutida no rol de direitos e benefícios previdenciários.

Na década de setenta, o segundo maior orçamento brasileiro era o do sistema de previdência social. O cenário era o de uma grande quantidade de recursos,

administrada longe dos olhos da população, direcionada aos projetos nacionais de desenvolvimento econômico fundamentado no mercado e financiadora da atenção médico-hospitalar, num mundo que, encantado com o desenvolvimento tecnológico, aprendia a reverenciar soluções miraculosas para seus problemas de saúde: o medicamento, o aparelho diagnóstico, as práticas terapêuticas em geral, o centro hospitalar. Uma nova consciência, um novo conhecimento tomava conta da população, que depositava cada vez mais a solução dos problemas de saúde a esses pequenos aparatos exógenos, externos a seu corpo ou ambiente.

Os problemas do sistema de saúde, por sua vez, produziram toda uma onda de aparatos programáticos, políticas públicas racionalizadoras dos recursos e sistematizadoras da participação do Estado na defesa da saúde da população. Dos anos Setenta e Oitenta provieram: o Sistema Nacional de Saúde - SNS -, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS -, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-saúde -, as Ações Integradas de Saúde - AIS - e o Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social - SAMHPS - - as duas últimas iniciativas originárias do Programa de Reorganização da Assistência à Saúde elaborado no âmbito do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) - e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (CHIORO, ALMEIDA & ZIONI, 1997; COHN, s/d; NEPP, 1986|). O Sistema Único de Saúde - SUS - é o resultado histórico dessas experiências, onde erraram e onde acertaram. Mas não só: o seu surgimento se deve muito ainda ao processo de redemocratização do país, conquistado pelos movimentos e forças da sociedade, em luta contra a ditadura.

Em 1986, as forças sociais reunidas na VIII Conferência Nacional de Saúde definiram o estado de saúde

de uma população como o resultado do conjunto das diversas políticas setoriais: econômica, salarial, educacional, ambiental, habitacional, de alimentação e nutrição, de transportes, cultural, de saúde e outras. Ou seja, a saúde não é tão somente resultado das realizações do setor saúde.

Os esforços do movimento sanitário, associados aos movimentos de redemocratização do país, dos quais aquele participava, inscreveram os princípios do SUS na Constituição de 1988. A saúde, como direito universal, demandava ações públicas voltadas à prevenção, promoção, cura e reabilitação (TCU, 1999). "À restrita cobertura populacional proporcionada pelo sistema previdenciário, o Movimento da Reforma Sanitária respondeu propondo a universalidade da cobertura, nos moldes de um sistema de seguridade social, inserido no texto constitucional. À tradicional separação entre níveis de atenção - curativo e preventivo - operados respectivamente pelo sistema médico-hospitalar previdenciário e pelas ações de saúde pública do Setor Saúde, o Movimento respondeu com o princípio de integralidade da atenção. À diferença flagrante de atendimento entre segmentos previdenciários distintos e entre a população previdenciária e os excluídos de qualquer atenção emerge o princípio redistributivo da equidade. À exclusão dos trabalhadores e usuários das instâncias decisórias do sistema de saúde, agravada pelo período de regime burocrático-autoritário, fez o Movimento aportar a diretriz de controle do sistema mediante a participação da comunidade. Enfim, como resposta à forte centralização decisória que marcava por inteiro o conjunto de instâncias de atenção à saúde, mas também como princípio doutrinário de crença na sociedade política e civil de onde deveria emanar os determinantes do sistema, vislumbrou-se a diretriz da descentralização como o mais importante dos

instrumentos orientadores da organização do sistema." (NASCIMENTO, 2002: 18)

Note-se que os países centrais discutiam o refluxo do Estado de Bem-Estar Social quando estabelecemos na Constituição de 1988 o conceito de Seguridade Social.

O problema não seria tão relevante se aquele refluxo não estivesse inserido no movimento histórico de crise da modernidade. A quebra do asseguramento de direitos universais, a redução do tamanho e das funções do Estado, a flexibilização do funcionamento das instituições estatais, uma nova forma de relacionamento entre os espaços público e privado e o questionamento das formas democráticas tradicionalmente aceitas de gestão política dos conflitos são algumas das manifestações da crise do contrato moderno. Todas elas estão presentes, na década de 80, nas formulações dos organismos internacionais de gestão de conflitos³.

Assim, colocamos: o que seria mais confrontador da crise do que uma institucionalidade que propugnasse direitos universais a uma atenção estatal integral? O espaço-tempo nacional estatal manifestou, naquele momento, certo grau de independência em relação ao sentido que a crise assumia no plano internacional. Colocado em termos de confronto, intencional ou não, o SUS porta um certo caráter de resistência ao movimento de exclusão, mesmo que tenhamos chegado tarde ao futuro. Resistência que, em todo caso, longe de ser anedótica, pode constituir uma experiência de construção da nova sociabilidade de que SANTOS nos fala; já que o argumento central da sua tese reside num otimismo: se está para ser feito, quem o fará? "Não podemos ficar de braços cruzados..." Assim, melhor que olhemos para as

³ Particularmente informativo sobre o papel dos organismos internacionais na redefinição das agendas sociais dos estados nacionais é o texto de COSTA (1998), especialmente o capítulo 5: O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil".

tentativas universalizantes, menos como forma de resistência, e mais apropriadamente, como projetos de emancipação a serem testados em plena crise da modernidade; já que, como depreendemos, a crise instaura uma era de tentativas, possibilidades, até que se configure a nova sociabilidade, por mais instável e excludente que possa ser.

Como último argumento, queremos lembrar a importância atribuída por SANTOS ao papel a ser desempenhado pelas "deliberações democráticas". Estranhamente, a democracia, tão descaracterizada e desdenhada, quando comparada com a força das institucionalidades econômicas, ou justamente por decorrência da ação dos organismos multilaterais, assume na sua análise um papel central no desenrolar próximo. Trata-se de trazer para o cenário político-econômico-social as populações e os indivíduos, talvez como último estoque de forças a ser revitalizado, para contagiar o novo contrato: enfim, participarão ou não da elaboração dos termos do novo contrato? O fortalecimento dos mecanismos e a ampliação dos espaços de exercício da Democracia são imprescindíveis para o estabelecimento do novo pacto.

CAPÍTULO 2

DEMOCRACIA E FEDERALISMO

Explicitada a importância de se investigar formas institucionais voltadas à garantia de direitos universais, bem como espaços democráticos de deliberação sobre políticas públicas que possam assegurar tais direitos, torna-se evidente a importância de discutir a viabilização do SUS propiciada pelos seus fóruns participativos e negociais.

Há dois fóruns sobre os quais pretendemos conduzir essa investigação: as comissões intergestores e os conselhos de saúde. As primeiras foram introduzidas institucionalmente no SUS em 1991, com a criação da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de haver um espaço de negociação entre os gestores dos três níveis federativos, sendo que cada um deles detém responsabilidade na gestão do sistema e comando único sob sua jurisdição, seja nacional, estadual ou municipal. Pouco tempo depois, a NOB 01/93 (BRASIL, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) suscitou a formação de comissões similares no âmbito dos estados, o que se encontrava inteiramente efetivado ao final de 1995. Nessas comissões, denominadas bipartites, têm assento representações dos gestores de nível municipal e estadual. As intergestores são, portanto, espaços de negociação.

A NOB 01/96 é explícita sobre as funções das comissões:

"O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

"As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - e pelos gestores estadual e municipal - a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

"Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis - dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais - oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O nosso argumento é o de que as comissões, onde têm assento representantes do poder executivo eleito pelo voto direto, na qualidade de espaços democráticos de representação da população, assumem a tarefa de viabilizar soluções técnicas aos problemas demandados pelo sistema no seu âmbito territorial. Apesar de as comissões serem compostas por representantes indicados pelo poder

executivo, internamente ao SUS, isso não faz das comissões o espaço privilegiado de decisão e deliberação, formulador de políticas. Na verdade, seu papel executivo dirige-se a sanar tecnicamente contendas não resolvidas no âmbito dos conselhos de saúde.

Estes, sim, configuram para o SUS, o espaço por excelência de participação da representação política, onde, além dos representantes dos gestores, os mesmos integrantes das comissões, estarão presentes representantes da sociedade, na proporção estabelecida pela Lei 8142/90.

A criação e funcionamento dos atuais conselhos de saúde - nacional, estaduais e municipais - é determinada pela Lei acima referida, na qual se definiram suas finalidades de gestores do sistema (SILVA & ABREU, 2002), como órgãos deliberativos das políticas de implementação e funcionamento do SUS. A mesma Lei determina, como instância máxima de deliberação do SUS, as Conferências de Saúde, de realização periódica, para as quais é conclamada a participação de toda a sociedade: gestores, profissionais de saúde e população usuária (CORREIA, 2000).

Definimos, enfim, os dois fóruns como espaços democráticos que se realizam pela representação da população, aos quais cabem papéis distintos (deliberativo e negocial), conforme foram idealizados pelo SUS.

Vejamos agora sobre que qualidade de acontecimentos devem esses fóruns atuar, deliberar ou negociar.

O SUS expressa uma realidade política que conjuga interesses econômicos de grupos de interesse bem demarcados (hospitalares, assistenciais e de medicamentos, de natureza pública, privada e filantrópica), interesses corporativistas (das categorias profissionais) e valores de cidadania (a saúde, como direitos de todos e dever do Estado). Enquanto tal, pressupõe mais que uma dimensão técnica; antes de tudo, é o resultado do confronto entre

forças divergentes, a serem equacionadas de forma a oferecer à população a atenção preventiva, curativa, recuperativa e de promoção da saúde, direitos constitucionalmente assegurados ao cidadão brasileiro. A organização pública da saúde constitui a viga principal sobre a qual se assentam os esforços para a concretização desses objetivos. A forma como se deve estruturar está legalmente estabelecida, orientando-se pelos princípios éticos e operacionais do SUS, amplamente conhecidos (BRASIL, 1990; TCU, 1999).

A sua efetivação técnica se realizará em conformidade com as instituições vigentes no país, sejam elas de caráter político, econômico, social ou cultural. A forma de financiamento, bem como a existência de fontes de recursos, é condição fundamental para a implementação do sistema de saúde. Não menos importante é o aparato jurídico sobre o qual se sustentam as instituições do sistema. Isso faz da relação entre os gestores públicos uma dimensão privilegiada para o estabelecimento do potencial do SUS. Num país federativo, em que três níveis autônomos de gestão pública se relacionam, e em que, reza a Constituição, deverão esses três gestores exercer comando único em cada nível de gestão, assume papel importante o grau de autonomia desses gestores. O seu grau de autonomia depende dos recursos sob sua gerência, mas também do comportamento autônomo dos gestores e da vontade política de atenderem as necessidades de saúde da população.

Estudo recente demonstrou que, no Estado de São Paulo, em que se pese a real escassez de recursos, os gestores municipais e estadual se portam de maneira autônoma, internamente à Comissão Intergestores Bipartite, assim, como dispõem de recursos financeiros próprios e totais suficientemente expressivos para alimentarem esse comportamento autônomo com um lastro econômico real

(NASCIMENTO, 2002). Demonstrava também que, com respeito ao grau de autonomia dos gestores - entendida a relação entre eles a partir de uma realidade institucional federativa - necessário seria avaliar o grau de participação dos entes subnacionais no momento de elaboração dos instrumentos legais que regem a relação entre eles.

Muitos são os espaços do SUS onde as relações intergestores ocorrem. A negociação original, conhecida no campo da Ciência Política como a "barganha original", é um conceito elaborado a partir da experiência histórica de criação do federalismo norte-americano. Para nós, entretanto, adaptando-a aos federalismos contemporâneos, esse conceito não tem o papel de expressar a origem do federalismo brasileiro. Seu sentido é o de um momento privilegiado de estabelecimento de um entendimento entre jurisdições políticas, cujo processo de negociação expressará o grau de autonomia pretendido ou assumido pelos entes envolvidos⁴.

Como os federalismos hoje existentes, mundo a fora, caminham no sentido de estabelecimento de pactos cooperativos, cada momento de reelaboração desses entendimentos, revela-se um espaço de repactuação, ocasião em que o estatuto de autonomia dos entes se reafirma ou cede espaço aos demais entes.

No caso do SUS, o papel do nível federal tem se caracterizado como de um importante indutor de políticas. Entretanto, não há porque identificarmos isso com um

⁴ O termo é 'bargaining' e expressa o momento original de estabelecimento dos pactos federativos. RIKER (1987) confere a ele uma importância fundamental para a caracterização prática dos sistemas federativos criados. STEPAN (1999) nos ajuda a relativizar sua importância e traz para o centro das atenções as instituições federativas criadas historicamente em cada sociedade. Segundo STEPAN, o papel essencial das instituições seria o de manter unidos os entes participantes, por intermédio de mecanismos que limitem os constrangimentos que possam emanar dos interesses impositivos de uma maioria. Para leitura atual sobre as instituições federativas brasileiras: KUGELMAS & SOLA (1999) e ABRUCIO (2002).

processo centralizador, que produziria o enfraquecimento das autonomias subnacionais. A sua autonomia seria perfeitamente assegurada, a depender de uma efetiva participação na discussão das iniciativas federais e nas formas de sua implementação.

As relações democráticas entre os gestores, internamente às comissões, marcadas pelo peso da autonomia conferida pelo federalismo, serão investigadas para identificação de providências que assegurem a universalidade da integralidade. Isso porque, contrariamente ao mecanismo pós-contratual moderno que se caracteriza pela tendência à exclusão, estamos procurando ações democráticas que concretizem medidas de inclusão. Qual a capacidade do SUS de gerar institucionalidades inclusivas?

No que se refere à atuação dos conselhos de saúde, interessa verificar a existência de mecanismos de participação deliberativos e em que grau se dá a incorporação das decisões tomadas nesses fóruns. Enquanto espaços legalmente constituídos para deliberação - e não tendo como marca característica o federalismo, mas a participação da sociedade - estaremos procurando, da mesma forma, por sinais de deliberações acerca de políticas universalizantes.

Como nosso trabalho se orienta para a discussão dos mecanismos democráticos, internamente ao SUS, de formulação de políticas, de gestão de instituições e desenvolvimento da cidadania, apresentaremos um breve balizamento do tema, elegendo dois autores que estabelecem, a nosso ver, um campo determinado de reflexão. Entre as concepções de um e de outro, procuraremos posteriormente qualificar a experiência brasileira e a experiência do SUS.

De um lado, BOBBIO (1986) define a democracia como o respeito às "regras do jogo", a perduração de regras

estáveis para o desenvolvimento do jogo democrático. Ele estabelece um diálogo conflituoso entre a democracia ideal e a democracia real. Entendendo a democracia como um método que deve ser colocado em ação para que a sociedade evolua, propõe-se também a discutir as promessas não realizadas pela democracia.

Também importante na sua análise é a existência do dissenso, que expresse diferenças de opiniões, que coloque opções alternativas a serem feitas, enfim, que alimentem a competição para a tomada de decisões. Nesse processo, é fundamental que se garanta de qualquer modo o direito das minorias, o que exige tolerância, não-violência, mudanças gradualmente implantadas e mútuo reconhecimento das diferenças e do direito às diferenças. Ou seja, é fundamental à democracia a aceitação do conflito como inerente à vida em sociedade. Quem garante esse funcionamento da sociedade são as regras do jogo. O autor entende que essa definição de democracia é uma definição mínima.

Outra dimensão do pensamento de BOBBIO propõe a superação do problema tradicional de escolha entre democracia direta e democracia representativa. Considera mais apropriado que se pense em termos da necessidade de ampliação das práticas democráticas do plano político para o plano social. Assim, para realizar-se plenamente, a democracia deve transcender a sua definição mínima de respeito às regras do jogo - considerando, entretanto, sua realização uma necessidade fundamental - e avançar na dimensão social: quanto mais espaços houver onde as decisões sejam tomadas no voto, melhor. As regras a que se refere são regras de graduação, que garantiriam as transformações e protegeriam a sociedade das ações dos grandes grupos de interesse, grupos muito fortes, que assim

disputariam suas diferenças e interesses mediante regras comuns.

Importante ressaltar o papel que o dissenso detém nessa concepção. Desde que se aceite o conflito e haja regras para o seu encaminhamento, a negociação talvez se transformasse no procedimento fundamental.

O outro balizador da nossa discussão é Alain TOURAINE (1996). Para esse autor o fundamental são os valores. Nem participação, nem representação, Democracia é uma aposta na capacidade emancipadora do ser humano. Assim, ela não é procedimental, mas deve ser criada na prática, como resultado das diversas forças. O fundamental é uma cultura democrática: o reconhecimento do outro, a alteridade, enxergar as diferenças, aceitá-las, aceitar o direito à diferença. Não se trata de incorporar as diferenças, integrando-as, mas de mantê-las. Para Touraine, a economia de mercado destrói a diversidade, portanto precisa ser regulada. Também sugere que o consumismo das sociedades de massa é o promotor da apatia das massas. A população, então, torna-se consumidora das opções políticas que se apresentam. Então a democracia está ameaçada pela apatia das massas, pelo seu desinteresse em defender a pluralidade. A ênfase na construção de uma cultura democrática, apela ao desenvolvimento da tolerância frente às diferenças, reconhecendo-as, aceitando-as e mantendo-as.

Autores como Santos, Touraine e Bobbio apresentam em comum a preocupação com a construção/preservação da democracia. Para Santos, o pilar da emancipação, frágil na modernidade e ameaçado pela crise do contrato na pós-modernidade, deve ser reforçado pela radicalização democrática, pela criação de novas sociabilidades, o que vai ao encontro da preocupação de Touraine com a criação de uma cultura democrática. A discussão de Bobbio sobre democracia participativa e representativa ilumina nossa

reflexão sobre o SUS enquanto espaço de elaboração da democracia participativa através de seus dispositivos de "controle social".

Parece-nos que ao Brasil faltam elementos das duas concepções. Nem estamos acostumados a uma cultura tolerante, nem temos pautado nossa prática política pela vigência duradoura de regras institucionais.

Com essas considerações, pretendemos ter delineado o problema de investigação formulado a seguir. Compreendendo-se o SUS como o conflito entre forças sociais e políticas em torno da construção, garantida no plano legal, da cobertura universal da atenção integral em saúde, o sistema configura-se como espaço privilegiado para a observação do embate entre a instalação de sociabilidades alternativas, nos termos de SANTOS (2000), no momento em que as sociedades ocidentais se deparam com o desmonte das sociabilidades tradicionalmente identificadas com a modernidade e com o surgimento de novas sociabilidades marcadas, estas, pelo devir pós-moderno. Como é apontado por vários autores, uma das características principais do novo viver em sociedade que se apresenta ao mundo ocidental é justamente a impossibilidade de consolidação de direitos universais. Entretanto, como a nova sociabilidade está em construção, atentar para o seu delineamento num espaço como o SUS parece ser uma oportunidade ímpar de observação da inventividade social em garantir direitos universais. Fundamentando-se mais uma vez em SANTOS, práticas de democracia participativa constituem instrumento fundamental para a construção de institucionalidades capazes de sustentar direitos universais⁵.

Nosso trabalho, então, será o de acompanhar o desenrolar do conflito, em instâncias de negociação

⁵ A esse propósito, ler SANTOS (2002): Democratizar a Democracia. Os caminhos da democracia participativa.

(comissões intergestores) e de participação (conselhos de saúde) presentes no SUS, em torno de propostas de universalidade da cobertura e da atenção, concebendo-as como formas paradigmáticas de inclusão social mediante a garantia de direitos universais.

Ou seja, mecanismos de inclusão social são todos muito necessários numa contemporaneidade que se caracteriza pela expulsão pré-contratual e pós-contratual. Mas, que se tenha claro que incluir pela via de direitos universais constitui uma sociabilidade alternativa, nos moldes de uma inventividade social, que contraria a inércia social da fragmentação dos interesses, das forças e dos direitos e da descaracterização do conflito como elemento estrutural da construção das institucionalidades da modernidade.

Portanto, considerando-se a extrema complexidade das sociedades ocidentais contemporâneas, pretendemos observar o funcionamento de espaços democráticos do SUS para extrair inventividades construídas pelo debate que favoreçam o estabelecimento de universalidades, não apenas no plano normativo, mas principalmente no plano da sua sustentabilidade.

Como observatório do embate em torno de direitos universais, o SUS proporciona ao pesquisador a possibilidade de investigação sobre a construção de novas institucionalidades e novas sociabilidades, engendradas em espaços democráticos de negociação e participação. Partimos então da suposição, por mais remota que nos pareça sua concretização, de que daqueles espaços podem emergir propostas contra-paradigmáticas da nova sociabilidade que se aproxima. Mais apropriadamente, o problema deveria ser formulado em termos de ser o SUS um espaço privilegiado para a observação do desmonte de direitos universais, legalmente estabelecidos, mas cuja sustentabilidade se vê ameaçada, não mais pela preponderância de uma força sobre

as demais, mas pelo devir de uma nova sociabilidade onde direitos universais não mais cabem. Entretanto, até que isso se dê, a deliberação democrática, incitada por práticas participativas e conflituais, constitui uma possibilidade de construção de uma outra sociabilidade e institucionalidade.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O Estudo de Caso, método qualitativo de pesquisa, propicia a realização de uma investigação em profundidade, à busca de manifestações específicas do caso que preservem e revelem a unidade social a que pertence. Não deve ser entendido como apenas a delimitação de um caso único que merece ser investigado, mas principalmente a identificação de um caso cuja investigação em profundidade permitirá fazer emergir as suas características generalizáveis, ou melhor, aquilo que o caso possui que constitui as raízes encontráveis em todos os demais casos possíveis (GOODE & HATT, 1972; YIN, 2001).

O estudo de caso foi utilizado como método de investigação, também, pela flexibilidade que ele permite na escolha das técnicas de investigação. O objeto de estudo - propostas de universalização de direitos - tanto é apreensível em documentos de registro de discussão, como em atos normativos, como no discurso não-escrito dos atores envolvidos. Técnicas específicas são necessárias para cada um desses materiais. Além disso, as propostas enunciadas deverão ser confrontadas com a sua viabilidade (em termos de recursos financeiros e de aparato normativo existente), ou melhor, sua exeqüibilidade. Isso exige conhecimento da existência de instrumentos legais e de recursos.

Como o método permite, a definição da unidade-caso não se caracteriza necessariamente como território geográfico, nem como uma instituição oficial, ou um papel social, ou

uma personalidade. Nossa escolha de unidade-caso deveria ser uma proposta de universalidade da atenção integral. Isso posto, foi necessário selecionar o caso e definir o espaço territorial onde ele seria estudado, a sua contextualização financeira, técnica e normativa. A partir daí, acompanhar a sua discussão nas instâncias negociais e participativas selecionadas como 'locus' principal da investigação.

A unidade-caso - ou, as unidades-caso - poderiam ser, por exemplo, o acesso universal a medicamentos, o acesso universal da população indígena a uma atenção integral, a universalização da urgência-emergência. Enfim, qualquer das práticas e ações do SUS, pelo fato de se orientar por diretrizes universais, poderia se configurar como objeto de investigação (numa unidade-caso) sobre a inventividade social, democraticamente elaborada (nos fóruns em questão), em prover/não prover direitos universais.

O acesso universal aos medicamentos foi, dentre as políticas, programas e ações realizadas no âmbito do SUS, a unidade-caso que selecionamos para este estudo. Nosso objetivo de tomar a atenção à saúde como um espaço de observação da garantia de direitos universais encontra nos mecanismos de acesso universal aos medicamentos um campo ideal de complexidade institucional.

Para trabalhar esse tema teríamos de lançar mão de várias fontes de dados secundários, bem como de situações/políticas específicas e inicialmente fragmentadas para garantir a atenção necessária, seja em função do tipo específico de patologia ou linha de cuidado a que se destina o medicamento (hipertensão e diabetes, endemias focais, DST/aids etc. ou saúde mental, saúde da família, medicamentos de alto custo etc.), seja à dinâmica própria do mercado em que ele se insere (medicamentos de marca, genéricos, 'me too', similares, bonificados etc.), seja em

função do tipo ou tipos de ações públicas necessárias para seu asseguramento (regulação sanitária, regulação econômica ou política assistencial), seja também pelo nível de complexidade da atenção em que o medicamento é empregado (básica, média e alta complexidades e programas estratégicos) ou pela esfera de governo que, segundo a pactuação realizada, irá realizar as ações específicas de custeio, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Essa variedade de determinantes do asseguramento do acesso, atuantes sobre o papel dos gestores, dos prestadores, dos usuários, dos servidores e dos produtores de fármacos e medicamentos e dos produtores de conhecimento científico, recomendou a escolha da unidade-caso dessa pesquisa.

Apreender essa complexidade por meio da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo e do Conselho Estadual de Saúde exigiu a adoção de instrumentos de leitura controlada e sistemática das atas de reunião das respectivas comissões. Como para atingir nosso objetivo deveríamos cuidar de atestar o avanço ou não da universalidade e integralidade do acesso a medicamentos, fez-se necessário estabelecer um procedimento comparativo entre dois períodos distintos de funcionamento da CIB e do CES, além de contextualizar as discussões realizadas nesses 'fori', estabelecendo o cenário nacional em que aquelas discussões foram travadas. Assim, optamos por dois períodos próximos e recentes: o biênio 2000/2001 e o biênio 2004/2005. As discussões realizadas nas duas instâncias, em períodos não muito distanciados cronologicamente permitiriam apreender o desenvolvimento de ações que poderiam apresentar especificidades próprias de cada período (por exemplo, a discussão sobre que profissional deve dispensar medicamentos de saúde mental), significando uma temática abordada conjunturalmente, assim como,

permitir o acompanhamento de uma mesma temática que se estende por um tempo mais extenso, significando uma temática de contornos mais estruturais para o sistema.

A opção metodológica e a decisão de trabalhar com material escrito, facilmente recuperável (as atas das reuniões), determinou a escolha das fontes de dados a serem empregadas: basicamente a coleta de documentos disponíveis em arquivos dos órgãos públicos e nos sítios ("sites") informatizados disponíveis na "World Wild Web". Assim, trabalhamos com atos normativos, atas de reunião, instrumentos de gestão e instruções normativas dos gestores.

A técnica de processamento das informações produzidas a partir dessas fontes é descrita a seguir.

Ao processar os dados emanados das atas de reunião das comissões intergestores não nos preocupamos em estabelecer o caráter negocial ou federativo do fórum, nem o papel desempenhado pelos atores federativos presentes. Partimos de um achado anterior de pesquisa, segundo o qual a autonomia dos entes foi confirmada, tanto política, quanto financeiramente (NASCIMENTO, 2002). Então, sem a preocupação de qualificar os atores sociais presentes na pactuação, concentramo-nos em qualificar a discussão perpetrada sobre medicamentos e assistência farmacêutica.

Não estávamos, como já dissemos, investigando o caráter federativo e negocial dos trabalhos da CIB e da CIT, porque nos fundamentamos na caracterização realizada no trabalho de mestrado anterior. Neste momento o foco da investigação repousa no conteúdo das atas quando se realiza menção a vários termos que utilizamos como traçadores da temática "medicamentos" ou "assistência farmacêutica".

As atas foram lidas por inteiro para conhecimento do teor das discussões. Durante essa leitura, as temáticas relativas ao foco da análise foram sendo destacadas para

facilitar a releitura posterior dos trechos de interesse direto para a pesquisa. O universo de temas tratados nas reuniões da instância intergestora se revelou muito amplo. Em seguida, utilizamos um processador de texto para uma busca informatizada do que chamamos de "descritores" do tema investigado. Esse mecanismo tem a vantagem da rapidez do procedimento de busca, entretanto, deve-se ser cauteloso quanto aos achados, pois a busca é mecânica, automatizada, e é operada a partir de 'palavras' escolhidas pelo pesquisador. Essas 'palavras' são signos para expressar os descritores escolhidos pelo pesquisador para expressar o conteúdo temático procurado. Assim, o pesquisador deve tomar o cuidado de comandar a busca a partir de trechos, ou pequenos pedaços da palavra procurada, muitas vezes próximas do que se chamariam 'radicais' da palavra; deve também estar atento para possíveis erros de grafia no texto original (atas das reuniões) pesquisado. Além do mais, os achados devem passar por uma leitura para apreensão do conteúdo da discussão apontada pela busca, com a finalidade de se certificar de que o achado realizado com o descritor se refere de fato, pelo contexto da discussão, ao conteúdo temático procurado. Finalmente, a busca automática informatizada dos descritores é um complemento ao trabalho principal realizado anteriormente pela busca não automática representada pela leitura completa do documento. Trata-se de um cuidado adicional para se assegurar de que o objeto de investigação está sendo apreendido completamente.

O procedimento de busca automática traz ainda a desvantagem de quantificar fisicamente a ocorrência do descritor, quando o pesquisador está na verdade à busca das ocasiões em que o tema é discutido. Ou seja, a palavra 'medicamento', por exemplo, pode ser mencionada, digamos cinco vezes em uma única ocasião de discussão. E ao pesquisador não interessa quantas vezes se utilizou no

texto escrito Ata aquele descritor, mas sim, quantos usos em discussões distintas o termo empregado teve. Assim, a leitura completa do documento, balizada pelo cuidado adicional da busca automática do descritor, contextualizada pela limpeza do número de ocorrências detectado, é o que dará a real dimensão quantitativa do achado.

O mesmo procedimento foi empregado para as atas do Conselho Estadual de Saúde (CES). Abaixo, apresentamos os quadros quantitativos, já editados, das ocorrências dos descritores nos diversos conjuntos de atas investigadas.

Quadro 1 – Frequência da ocorrência dos descritores nas atas da CIB e CIT pesquisadas, segundo procedimento automático de busca, por período investigado.

Descritor	Comissões Intergestores			
	CIB		CIT	
	2000-2001	2004-2005	2000-2001	2004-2005
Medicamento	90	111	130	181
Farmácia / Farmacêutica	18	31	97	112
Dose Certa	22	30	1	zero
Dispensação	30	27	2	27
DROGA (*)	zero	zero	zero	2
Insumo	3	23	13	24
Parenteral	zero	5	zero	zero
Anti-retroviral	zero	zero	zero	2
Insulina	3	10	2	10
FURP	14	22	3	zero
APAC	4	7	7	5
Quimioterapia / radioterapia	9	5	7	12
Hemoterapia	4	8	zero	1
Vacina / vacinação	56	43	47	11
FARMANET	5	3	zero	zero
Hemocentro	3	zero	zero	2
Hemorrede	4	zero	zero	3
Hemodiálise	7	6	1	3

(*) A maior parte das ocorrências reunida sob esse descritor referia-se à dependência de 'Álcool e Drogas', discussões realizadas sob o tema do Programa de Saúde Mental. Tais ocorrências não estão contabilizadas nesse Quadro.

Quadro 2 – Frequência da ocorrência dos descritores nas atas da CES e CNS pesquisadas, segundo procedimento automático de busca, por período investigado.

Descritor	Conselhos de Saúde			
	CES		CNS	
	2000-2001 (**)	2004-2005	2000-2001	2004-2005
Medicamento		16	175	418
Farmácia / Farmacêutica		5	76	219
Dose Certa		1	zero	1
Dispensação		zero	3	21
Droga (*)		zero	3	zero
Insumo		5	16	41
Parenteral		zero	zero	zero
Anti-retroviral		zero	zero	7
Insulina		zero	zero	2
FURP		zero	zero	zero
APAC		zero	zero	1
Quimioterapia / radioterapia		zero	zero	5
Hemoterapia		3	zero	zero
Vacina / Vacinação		1	27	79
FARMANET		zero	zero	zero
Hemocentro		zero	2	2
Hemorrede		18	zero	3
Hemodiálise		9	8	68

(*) A maior parte das ocorrências reunida sob esse descritor referia-se à dependência de 'Álcool e Drogas', discussões realizadas sob o tema do Programa de Saúde Mental. Tais ocorrências não estão contabilizadas nesse Quadro.

(**) Mantivemos a coluna das atas do Conselho Estadual, do período 2000-2001, como forma de explicitar a ausência da análise das respectivas atas.

As discussões havidas na CIT e no CNS configuram o cenário nacional dentro do qual a CIB e o CES atuam, sem que necessariamente estas últimas se bastem pelos termos balizados naquelas primeiras: note-se pelo Quadro 1 que embora a CIT apresente grande quantidade de vezes o descritor 'medicamento', menção explícita ao Programa Dose Certa é praticamente inexistente, enquanto nenhuma explicitação é feita ao sistema Farmanet. Ao mesmo tempo a CIB e o CES remetem questões a suas correspondentes de maior abrangência, pautando inclusive as discussões daquelas.

Este procedimento foi utilizado para a construção do Capítulo 5, voltado à análise da produção da CIB e CES. Os dados analisados no Capítulo 6 provieram de bancos de dados financeiros do gestor federal sobre os recursos empregados nos três níveis federativos para aquisição de medicamentos. Também foram investigados os atos normativos destinados a viabilizar a aquisição e dispensação dos medicamentos. O campo se mostrou muito complexo, dada a variedade de mecanismos empregados pelos gestores. Isso exigiu triangulação de fontes.

A sistematicidade do trabalho de pesquisa foi assegurado pela busca de evidências de que tivesse/não tivesse havido ampliação do acesso a medicamentos e como isso teria ocorrido.

Antes de apresentarmos os dados de pesquisa vamos nos deter na apresentação da estrutura institucional pública que sustenta hoje a viabilização do acesso a medicamentos no SUS. Ao fazê-lo, estaremos também detalhando a base conceitual que fundamenta a nossa análise qualitativa dos dados.

CAPÍTULO 4

O ACESSO A MEDICAMENTOS E O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS NO PAÍS

Em 1994, uma publicação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1994) apontava duas grandes tendências das providências tomadas pelos governos latino-americanos para ampliar o acesso aos medicamentos. De um lado estão medidas de pressão econômica, dentre as quais se mencionam as alterações da legislação sobre medicamentos. Segundo Marin et al (2003: 117), essas medidas levaram a freqüentes desregulamentações no setor. Outra tendência voltava-se à promoção do uso racional de medicamentos e melhora da qualidade da atenção farmacoterapêutica. Como terá acontecido no Brasil a partir do final dos anos noventa?

Em 1998, a Portaria 3916/GM instituía a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como uma estratégia fundamental para assegurar a cobertura farmacológica no SUS. Acreditava-se que a PNM contribuiria para a consolidação do Sistema Único de Saúde, melhorando as condições de assistência à saúde da população, mas também constituía um instrumento de fortalecimento do desenvolvimento social do país. Para tanto, os governos deveriam atuar em três linhas complementares: regulação sanitária, regulação econômica e assistência farmacêutica.

O campo de atuação da primeira é formado pelas políticas, estratégicas, programas e ações voltados a proteger o usuário de medicamentos estabelecendo e

assegurando os padrões de qualidade, segurança e eficácia dos produtos farmacêuticos, assim como dos métodos de sua fabricação, do seu armazenamento, transporte e finalmente sua dispensação ao usuário do sistema de saúde.

Por sua vez, a regulação econômica é o instrumento público para contrabalançar o poder de mercado das empresas, aprofundando a redução dos custos que determinam os gastos com a aquisição de medicamentos efetuada pelo próprio setor público, pelas operadoras de saúde suplementar ou diretamente pelo usuário final, incidindo sobre os gastos diretos das famílias. Os efeitos da regulação econômica se fazem sentir em ações de proteção e defesa do consumidor e na adoção de práticas competitivas de mercado, dinamizando-o e corrigindo as chamadas falhas de mercado, cujas expressões mais visíveis são a assimetria de informações e a detenção de poder - entenda-se, controle - de mercado, pelo poder econômico concentrado em número reduzido de empresas.

O terceiro eixo de ação governamental mencionado na PNM se assenta sobre as ações e serviços de atenção à saúde que levem ao acesso ao medicamento, ou, de forma sucinta, repousa sobre a assistência farmacêutica, propriamente. As ações e serviços mencionados compõem o conjunto de instituições que se relacionam diretamente, ou mais proximamente, com o usuário, por meio de mecanismos que lhes abram as possibilidades de fazer uso do medicamento adequado ao atendimento de suas necessidades. Assim, as ações e serviços devem ser capazes de mapear as necessidades da população, identificar prioridades, objetivos, estratégias de promoção da atenção adequada, vislumbrar as estratégias de expansão do acesso; bem como incentivar e construir consensos terapêuticos, apontar os medicamentos que atendam as necessidades da população e promover o seu uso, além de monitorar as práticas de

prescrição, de dispensação e as conseqüências de ambas sobre a saúde das pessoas e das populações.

A PNM sugeria que cobrindo esses três grandes campos de atuação a população teria acesso a medicamentos de qualidade, na quantidade adequada e ao menor preço possível. Sinteticamente, tratava-se de vigiar o produto, vigiar o mercado e assistir à população enquanto as conseqüências da própria assistência também são vigiadas.

Recomendava, ainda, que os gestores, nas três esferas do SUS, atuassem concentradamente, e segundo suas respectivas competências e abrangência, na consecução de 8 (oito) diretrizes: adoção de Relação de Medicamentos Essenciais; regulamentação sanitária dos medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Resumidamente, são as seguintes as configurações de cada diretriz estabelecida pela PNM e comentários adicionais sobre os desdobramentos implementados com o decorrer dos anos.

1- A adoção de Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) - uma lista nacional de fármacos consensuados como essenciais (básicos e indispensáveis) capaz de atender ao mais amplo espectro de patologias, segundo as necessidades epidemiológicas da população - representa uma referência a ser utilizada pelos gestores quando da elaboração da lista de medicamentos que será colocada à disposição da população, considerado o perfil epidemiológico e demográfico de cada região ou localidade e as limitações impostas pela finitude de recursos financeiros.

Em 1977, surgiu a primeira lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde, elaborada sob a

percepção de que os interesses da indústria farmacêutica e o emprego inadequado de medicamentos pelos serviços de saúde e pela população geravam o uso de medicamentos não indicados a certas populações, enquanto outros, úteis, não chegavam a ser consumidos (LAING, WANING, GRAY, FORD & HOEN, 2003). Desde então, cerca de 160 países adotaram listas de medicamentos essenciais. A décima quarta lista revisada da OMS foi publicada em março de 2005 e a Rename mais atual, em 2002, contendo 327 fármacos, em 520 apresentações distintas, além de produtos correlatos e imunoterápicos, em número de 45 (MINISTÉRIO DA Saúde, 2002). Estados e municípios podem elaborar suas próprias relações - Resme e Remune -, inclusive tomando como referência a Rename. O próprio mercado farmacêutico utiliza a relação para orientar sua produção de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Fixe-se a importância de tais listas como mecanismo agregador de racionalidade à assistência farmacêutica. Zubioli (2004: 253) faz o seguinte comentário sobre a amplitude do mercado farmacêutico no Brasil: "...o público consumidor é permanentemente agredido por uma enxurrada de cerca de 44.000 apresentações diferentes de medicamentos, licenciados para uso humano, produzidos a partir de aproximadamente 2.200 substâncias ativas, isoladas ou em combinações quase sempre injustificadas."

2- A regulamentação sanitária de medicamentos recomendada pela PNM tem três focos principais: normas e ações que promovam a produção e uso de medicamentos genéricos; a utilização de instrumentos de farmacovigilância como forma de garantir a qualidade, eficácia e segurança de fármacos e medicamentos; e, o aprimoramento dos processos de registro de produtos e de autorização para o funcionamento de estabelecimentos

fabricantes, distribuidores e varejistas de produtos farmacêuticos.

3- Redirecionar políticas e programas de assistência farmacêutica, centrando-as na disseminação do uso de medicamentos essenciais. Os mecanismos, de natureza múltipla - epidemiológica, técnica e administrativa -, recomendados para atender a essa diretriz são: a descentralização da gestão da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o aprimoramento do sistema de distribuição no âmbito do setor público e iniciativas que reduzam os preços dos medicamentos essenciais.

4- Um dos componentes da diretriz anterior é, ele próprio, uma diretriz, a de promover o uso racional de medicamentos, o que deve ser alcançado pelos diversos gestores mediante a adoção de medicamentos genéricos, ações educativas junto aos consumidores e provisão de informações atualizadas aos profissionais prescritores e dispensadores atinentes aos riscos da automedicação, à prática de interrupção e troca da medicação prescrita e à receita como canal de intermediação entre prescritores, usuários e dispensadores, entre outros assuntos.

5- Caberia aos gestores fomentar pesquisas na área farmacêutica, como instrumento de desenvolvimento científico e tecnológico, com vistas a aprofundar a capacitação dos profissionais que prestam atendimento no SUS, ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, ao estímulo ao desenvolvimento de tecnologias de produção de fármacos, de preferência os essenciais, e incentivar a constante atualização da Farmacopéia Brasileira.

6- Deveria também orientar as ações dos gestores o incentivo a uma maior articulação entre os diversos segmentos industriais - público estatal, privado nacional e

privado transnacional - que compõem a capacidade de produção de medicamentos instalada no país, assim como o incentivo, junto a esses produtores, da produção dos medicamentos constituintes da Rename. Com tais medidas se alcançaria uma maior capacitação dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de referências de preços para o mercado, diminuição da dependência nacional da importação de insumos necessários à indústria de medicamentos e o aumento da produção dos medicamentos destinados ao tratamento de "patologias de grande impacto sobre a saúde pública".

7- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos através do desenvolvimento da capacidade administrativa de impor o cumprimento das normas sanitárias, emanadas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

8- Desenvolvimento e capacitação de RH para as diversas ações da PNM.

As ações que implementem essas diretrizes concretizam-se no âmbito de um ou mais dos três eixos apresentados inicialmente neste capítulo.

Regulação econômica

Para aprofundar essa discussão mais tarde, estabeleceremos um marco conceitual extraído de vários textos da área, no entanto, o trecho a seguir se fundamenta no texto oficial da Anvisa "Regulação Econômica do Mercado Farmacêutico", do ano 2000 (Anvisa, 2001).

Do ponto de vista econômico, as regras da regulação pública aplicam-se às entradas e saídas de empresas no mercado, à qualidade e aos preços de seus produtos. Ao governo cabe regular os chamados mercados imperfeitos - os que apresentam baixo grau de competitividade, baixa produção e custos elevados - de bens ou serviços essenciais

para a população. Isso faz, da regulação, uma decisão política.

O parágrafo 4º, art. 173, da Constituição Federal, estabelece que "A lei reprimirá o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros.", com o que ratifica a livre iniciativa e nega o liberalismo econômico absoluto. A Lei de Defesa da Concorrência (Lei 8884/94) regula os mercados e cria as agências reguladoras. Mercados socialmente estratégicos devem então ser regulados com vistas a preservar a livre iniciativa, promovendo a justiça social.

O setor farmacêutico, apesar de apresentar alta competição, atua em um nicho de mercado muito especial, caracterizado pela essencialidade de seus produtos associada à inelasticidade da demanda, já que frequentemente o consumidor não é o usuário final do produto. Isto faz com que o exercício de aumento de preços seja uma prática generalizada, que uma vez realizada não se mostra transitória. Quem aponta o produto a ser consumido é o prescritor (público ou privado), o que gera três atores essenciais na cadeia de consumo, cada um deles apresentando em relação aos demais um forte descompasso quanto às informações de que dispõem para a escolha do produto a ser consumido (assimetria de informações). Além do mais, as fabricantes atuam de forma concentrada na oferta especializada de determinadas classes terapêuticas de medicamentos, disseminando suas marcas, exercendo sobre o mercado forte poder econômico por meio de suas políticas de 'marketing'.

O efeito do aumento continuado de preços limita o acesso de parte da população ao produto essencial, o que deve ser evitado pela ação reguladora do poder público. Isso vinha sendo feito exclusivamente através da Lei de

Concorrência, que em todo caso se mostrou insuficiente, abrindo a necessidade de uma agência específica para regular o mercado farmacêutico: ao coibir o abuso do poder econômico, assegurar o acesso da população ao medicamento.

As ações a serem desempenhadas com essa finalidade dividem-se em ações sobre a demanda e ações sobre a oferta. Sobre a demanda, os autores (ANVISA, 2001) apontam dois caminhos: a criação de sistema público de financiamento e a criação de sistema privado de financiamento.

No primeiro caminho, os governos, como grandes compradores, usam seu poder de barganha para contrabalançar o poder de mercado das empresas protegidas por patentes ou originado por outra falhas de mercado. Devem então operar políticas de fixação de preços lançando mão de argumentos advindos da essencialidade do produto, da sua efetividade clínica, bem como do monitoramento do comportamento internacional de preços (ANVISA, 2001).

A título de exemplo da elaboração de critérios para o ajuste de preços de medicamentos, emanados do governo federal, vejamos o que diz a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. O marco regulatório estabelecido pela Câmara naquela ocasião para o setor farmacêutico baseava-se num modelo de teto de preços calculado a partir dos seguintes fatores: 1) IPCA (índice de preços elaborado pela FIBGE). 2) Um fator de produtividade (com o objetivo de repassar aos consumidores as projeções de ganhos de produtividade das empresas produtoras de medicamentos). 3) Uma parcela proveniente de um "fator de ajuste" de preços relativos intra-setor: o fator de ajuste é calculado com base no poder de mercado determinado pela assimetria de informação, pelas barreiras à entrada e pelo poder de monopólio, entre outros fatores característicos do respectivo setor. 4) Uma parcela proveniente de um "fator de ajuste de preços entre setores": calculado com base na

variação dos custos dos insumos relativos à produção de medicamentos.

Com base nesses parâmetros, o CMED calcula o preço de fábrica que os laboratórios praticam na venda de seus produtos a distribuidoras e redes de farmácias e o Preço Máximo ao consumidor, praticado pelas farmácias e drogarias na venda de medicamentos à população em todo o país.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na linha de conter as práticas de estabelecimento de preços, atua em duas frentes (ANVISA, Boletim Interno): 1- de suas próprias atribuições (Lei de Criação da Anvisa, Lei no. 9782/99); 2- do exercício da Secretaria Executiva da Câmara de Medicamentos (CAMED, criada pela MP no. 2063/00; posterior Lei no. 10213/01). Os principais resultados obtidos nessa linha se devem à atuação da Gerência Geral de Regulação Econômica e Monitoramento de Mercado. Seguem alguns dos resultados alcançados na época de publicação desse boletim: 1- redução de preços de mais de 6.000 apresentações. Cinquenta por cento do mercado é constituído por medicamentos de uso continuado e anti-infecciosos (inclusive antibióticos). Foram desonerados do PIS/COFINS, a partir de maio de 2001, pela Lei no. 10.147. Resultou na queda de mais de 10% nos preços. 2- evitar "maquiagens", pela análise de preços de novas apresentações, obtidas por meio da Resolução CAMED no. 4, de janeiro de 2001. Essa resolução regulamentou a Lei 10.213, art. 8º, segundo o qual os preços iniciais de novas apresentações não podiam exceder a média dos preços unitários das apresentações já existentes. A Anvisa atua identificando os produtos novos das empresas, quanto a serem efetivamente inovadores ou apenas alterações nas apresentações, não raro meramente "cosméticas", com o objetivo de burlar a Lei 10.213. A Resolução 4 vigorou até dezembro de 2001, sendo substituída pela Resolução no. 13, "que trouxe como novidade o

estabelecimento de critérios de preços para o lançamento de produtos inovadores". 3- Bancos de dados com cerca de 14 mil apresentações de medicamentos. As empresas enviaram, durante o ano de 2001, seus relatórios de comercialização à Anvisa. Ao fazerem, cumpriam as Resoluções 1, 6, 8 e 11 da CAMED. Os relatórios contêm informações sobre os preços e faturamento de todas as apresentações, comercializados pelos laboratórios, bem como dados do DCB⁶ e do código EAN (código de barras) de cada produto. A Resolução 8 determina ainda a informação sobre matérias-primas utilizadas na fabricação dos medicamentos. 4- Punição dos laboratórios pelo descumprimento à Lei 10.213 com base na apuração de aumentos irregulares de preços, a Anvisa instaurou 39 processos administrativos e 27 investigações preliminares. Concluiu 16 processos administrativos, condenou 5 laboratórios, com multas entre R\$ 14 mil e R\$ 310 mil.

Em cumprimento à Lei 9872, a GCREM vinha desenvolvendo as seguintes ações estritamente ligadas a seu papel de reguladora do mercado: 1- política de preço dos medicamentos genéricos, negociando com as empresas redução de pelo menos 35% em relação ao preço do medicamento de referência; 2- convênios com os Procons estaduais e municipais para o monitoramento dos mercados, para identificar práticas comerciais abusivas e unificar a disponibilidade dos genéricos nas farmácias; 3- disseminar informações sobre os direitos do consumidor, mediante ações educativas com os Procons, em conjunto com organizações da sociedade civil; 4- criação do serviço 0800 "Disque Medicamentos" com o Procon/SP; 5- ações de disciplinamento do mercado comercial. Por exemplo, o combate à propaganda em revista de preços de medicamentos acima dos praticados. Essa prática eleva os preços obtidos em licitações.

⁶ DCB - Denominação Comum Brasileira. Código utilizado para expressar a nomenclatura oficial de medicamentos no Brasil. Ver: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/historico.htm>

Ainda na estratégia de ação sobre a demanda, usando o poder de barganha dos governos como grandes compradores, o texto ANVISA (2001) traça interessantes considerações sobre modelos de co-pagamento (financiamento parcial pelo sistema público) ou de financiamento total. Como a "maior parte da população não tem acesso aos medicamentos", consideram que "os gastos públicos anuais para cobrir este déficit seriam significativos". Depreende-se que a regulação econômica do mercado farmacêutico, por meio do controle dos preços praticados, prevê a continuidade da compra direta pelo usuário final ou por administradoras de planos de saúde intermediárias. Além do empecilho colocado pelo enorme contingente de pessoas sem acesso, o texto ainda argumenta sobre a possível ineficiência e desvios de recursos que ocorreriam através dessa estratégia.

A leitura desse texto torna flagrante a renúncia ao princípio constitucional da universalidade da cobertura: a população sem acesso ao medicamento não poderá ser coberta, devido à escassez de recursos financeiros, pelo risco de ineficiência e corrupção da máquina pública, bem como pela indução ao uso desnecessário de medicamentos, já que, segundo os autores, ocorre uma "sobre-utilização de produtos observada em todos os países que mantêm sistemas públicos de financiamento" (ANVISA, 2001).

Assim, o estabelecimento de política de preços tanto serve quando é o Estado que compra o medicamento, quanto quando é comprado por sistema privado ou pelo usuário final.

Por sua vez, a criação de sistemas privados de financiamento, nos quais a cobertura de medicamentos seria operada pelos Planos de Saúde, apresenta as seguintes dificuldades: a saúde financeira das empresas poderia ser seriamente afetada caso se vissem diante da obrigatoriedade de arcar com os custos dos produtos farmacêuticos; além do

mais, como os usuários de planos de saúde já constituem fração da população com algum acesso à saúde, essa estratégia poderia não atingir a parcela da população sem acesso a medicamentos; por fim, eventuais reduções na lucratividade de parte das vendas do laboratório poderiam ser compensadas por estes pelas elevações de preços nas vendas sem cobertura (ANVISA, 2001).

Conclui-se que agir sobre a demanda mediante sistema público de financiamento, total ou parcial, exige controle de preços. Entretanto, esse controle é também útil em outras formas de financiamento. Não se crê, contudo, que o controle de preços possa torná-los adequados à obrigatoriedade constitucional de cobertura universal, já que a população a ser coberta é muito grande, a máquina pública apresenta ineficiência e corrupção inerentes, além de a gratuidade induzir o consumo terapêutico inadequado dos produtos farmacêuticos. Por sua vez, agir sobre a demanda por meio de sistema privado de financiamento, poderia tornar inviável esse tipo de empreendimento privado, não atingir a população sem acesso e pressionar os laboratórios a práticas de aumento abusivo nos preços de produtos farmacêuticos não cobertos pelo sistema privado de assistência.

O texto apresenta preconceitos contra o Estado, contra a visão liberal do mercado, contra os preceitos constitucionais do SUS, contra as diretrizes internacionais de uso racional de medicamentos. Tudo por uma boa causa: a do papel regulador do Estado; cuja principal finalidade é ter garantido esse papel. Estado no qual, diga-se rapidamente, não se acredita que seja capaz nem de regular preços, nem de regular mercados, nem de regular concorrência, nem de que seja eficiente, nem de que realize os princípios constitucionais, ou seja os princípios que o constituem, assim como à sociedade e ao mercado.

Como seriam então as estratégias regulatórias dos governos pelo lado da oferta? Seriam devotadas a diminuir as falhas de mercado, adotando mecanismos para compensar, diminuir ou suprimi-las, introduzindo aumento da concorrência. As falhas seriam: a assimetria de informações; a separação existente entre as decisões de prescrição, consumo e financiamento; as barreiras à entrada de novos concorrentes; e a baixa elasticidade da demanda.

Entender as barreiras existentes à entrada no mercado de novos concorrentes exige a compreensão da estrutura produtiva desse mercado. Ele se compõe de quatro estágios: 1) pesquisa e desenvolvimento; 2) produção industrial de fármacos; 3) produção dos medicamentos; 4) 'marketing', comercialização do produto (QUEIROZ & GONZÁLEZ, 2003: 129). As indústrias do setor no Brasil operam quase exclusivamente no terceiro e quarto estágios, o que as leva a uma situação de dependência das oscilações internacionais do comércio de fármacos. Isto coloca restrições muito severas a sua permanência no mercado, além de impor condições elevadas para sua entrada, quais sejam: investimento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), controle de patentes ou a expiração destas e gastos elevados com propaganda. Estudos demonstram que os custos de atividades em P&D numa indústria farmacêutica giram em torno de 10% a 15% do faturamento e os custos com marketing, de 25% a 30%.

Esse montante de recursos não produz esclarecimento dos profissionais médicos, responsáveis pelo consumo do medicamento, já que são eles quem o prescreve. Pelo contrário, ao representar gastos massivos com a geração de conhecimento na produção de um princípio ativo, exige investimento ainda maior no convencimento do prescritor quanto às vantagens de prescrever uma determinada marca. Exatamente, é disso que se fala: da marca do produto. De maneira que o prescritor não tem acesso continuado ao

conhecimento científico sobre a molécula e é pesadamente assediado pelo setor de propaganda. Se a assimetria de informações é grande entre esses dois atores do processo de consumo, é ainda maior entre o médico e o paciente, que paga diretamente pelo produto ou indiretamente por intermédio de sistemas públicos ou privados.

Os autores sugerem duas estratégias para diminuir o descompasso entre os conhecimentos detidos pelos três elos da cadeia: investir na produção de conhecimento científico e incentivar a adoção de medicamentos genéricos, ambas acompanhadas de medidas que diminuam a assimetria de informações.

O investimento público para a produção de conhecimento que leve à geração de patentes poderia, no longo prazo, diminuir a dependência do mercado em relação aos grandes produtores farmacêuticos, que detêm o controle quase absoluto das fases 1 e 2 do processo de produção: Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e processos tecnológicos para a produção de fármacos. O controle mencionado significa amplos segmentos monopolizados pela proteção patentária, portanto definição unilateral dos preços e administração do mercado, como um todo, de determinada classe terapêutica. O incentivo público deveria ser massivo e os resultados dessa política seriam sentidos no longo prazo, se alcançasse sucesso, pois teria de enfrentar o poder de marketing das marcas. Como dizem os autores, "o acúmulo no estoque de conhecimento ocorre em função da atividade desenvolvida na indústria dos países onde ocorre pesadamente o P&D, com uma formação de 'clusters' de conhecimento. Esse processo cria uma situação de fechamento progressivo das oportunidades de desenvolvimento e acesso ao conhecimento por parte de países econômica e tecnologicamente mais atrasados, acentuando esse atraso".

Outra estratégia é o incentivo que os governos vêm realizando para que o prescritor do SUS recomende o uso de medicamentos genéricos. A experiência recente tem demonstrado ampliação do acesso a medicamentos por parte da população de menor renda, já que a prescrição do princípio ativo obrigou a redução de preço dos produtos de marca, pressionados pelos menores preços dos genéricos. Entretanto, a experiência internacional demonstra que os resultados mais amplos desse procedimento vêm somente a longo prazo e que seu sucesso depende de medidas adicionais que reduzam a assimetria de informações, mediante campanhas de esclarecimento ao consumidor; campanhas junto aos conselhos de medicina e melhorias na vigilância sanitária ampla e de qualidade dos produtos.

Mais uma vez reafirma-se a necessidade de políticas públicas ativas para a regulação ou o controle sobre os preços e margens de lucro. Lembram os autores que em nenhum país central os produtores de medicamentos vendem diretamente para os consumidores sem algum tipo de intervenção estatal. Conclui-se ser inevitável alguma política de intervenção estatal direta na formação dos preços do setor: mecanismos de monitoramento ou acompanhamento de preços, fixação de preços baseada em custos, fixação baseada na rentabilidade, fixação de preços de referência por categoria terapêutica, fixação de preços menores para a entrada de medicamentos repetidos, preços por comparação internacional, preços considerando variações nas quantidades comercializadas e congelamento de preços reais. Esses mecanismos vêm sendo utilizados em praticamente todos os países centrais em geral associados ao financiamento público da aquisição. (Anvisa, 2001)

Regulação sanitária

Agora, como não trataremos detalhadamente das ações de Regulação Sanitária⁷, apresentamos uma breve exposição da relação entre ela e a Regulação Econômica. Vejamos como se pronuncia a Anvisa, por intermédio de um de seus técnicos (COSTA, Boletim Anvisa no. 3). A regulação para o mercado farmacêutico exige tanto a regulação sanitária (garantia de qualidade e segurança) quanto a regulação econômica. Ambas as regulações devem ser tratadas num contexto de integração, de complementariedade. O andamento de uma regulação pode interferir no andamento da outra. Por exemplo, se a regulação sanitária demora na autorização de financiamento de uma fábrica ou no registro de um produto, o efeito pode ser a constituição de uma barreira à entrada da fábrica ou do produto no mercado. No sentido inverso, a elevação do ICMS de um grupo de medicamentos num estado pode incentivar a venda deste produto para outro estado com imposto mais baixo, para em seguida retornar ao estado de origem. Isso pode dificultar o controle sanitário do produto. Assim, o monitoramento do mercado de medicamentos permite o conhecimento detalhado do mercado para que seja possível operar sobre ele, permite que seja feito o tratamento de dados da produção, das vendas, da importação de produtos finais e de insumos para melhor integração entre as duas regulações, identificadas as vendas por produto e por região geográfica, evidenciando consumos excessivos e identificando as fontes de matérias-primas, locais e importadas, para garantir qualidade e segurança do medicamento comercializado.

⁷ Este assunto vem sendo intensamente implementado nos últimos anos no país, tendo sido objeto recente de uma ampla discussão, havida na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), ocasião em que se aprimoraram as bases políticas e científicas para a consolidação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Assistência Farmacêutica

Para uma melhor qualificação do campo de atuação do SUS definido na PNM como assistência farmacêutica, esboçamos abaixo algumas de suas características. Perini (PERINI, s/d), refletindo sobre as possibilidades presentes para construir a reorientação da assistência farmacêutica, de modo a que se adote maior racionalização no consumo de medicamentos, aponta a existência de quatro aspectos fundamentais para que a realidade do consumo de medicamentos seja compreendida. Segundo o autor, deve-se levar em consideração que o mercado farmacêutico está sobrecarregado de especialidades farmacêuticas, muitas de qualidade técnica e terapêutica insatisfatória ou duvidosa, mesmo dispondo os poderes públicos de mecanismos legais suficientes para realizar a sua regulação. Não se deve esquecer também o papel que as instituições públicas podem desempenhar na reconfiguração desse mercado, promovendo a ampliação do acesso aos medicamentos ou alterando o padrão de consumo. O desenho epidemiológico do consumo estabelecido provém de práticas de prescrição, dispensação e de medicalização da saúde enraizadas sócio-culturalmente. Por fim, há que se considerar também que o mercado e o sistema de saúde portam "mecanismos eficientes que têm garantido condições de acesso às diferentes classes" sociais.

BONFIM (1997) adapta recomendações da OMS às condições dos municípios e instituições brasileiras de saúde e sugere passos essenciais para a implantação de uma política de medicamentos e reorganização da Assistência Farmacêutica. São eles:

"1. Análise da necessidade e seleção de medicamentos por parâmetros epidemiológicos, terapêuticos e econômicos associados, e não pela demanda do mercado ou dos profissionais isoladamente;

"2. saneamento do mercado, ou da relação de medicamentos da instituição, eliminando produtos perigosos ou desnecessários, adotando similares ou, preferencialmente, os genéricos, e revendo sistematicamente os procedimentos de programação e aquisição;

"3. produção/aquisição, armazenamento e distribuição eficazes dos medicamentos considerados essenciais;

"4. uso da nomenclatura genérica em todas as atividades;

"5. controle de qualidade independente dos interesses dos produtores e fornecedores;

"6. divulgação de informações produzidas com base em literatura atualizada e idônea, adotando estratégias de informação passiva (atendimento pronto a demandas) e ativa (rotineiras) como processos de atualização permanente e contra-propaganda junto aos profissionais e consumidores ou clientes;

"7. mercadização segundo critérios éticos e garantia de preços justos, buscando formas de garantir relações competitivas entre produtores ou fornecedores;

"8. promoção do desenvolvimento das três esferas de governo naquilo que lhes compete, da pesquisa necessária a esse desenvolvimento e à definição de prioridades, bem como ao acompanhamento e avaliação em todos os ambientes de trabalho;

"9. eliminação das brechas que permitem contornar as leis."

Em 1997 o Conselho Federal de Farmácia (CFF) definiu a assistência farmacêutica como "o conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle

de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos" (Marín, 1999).

PERINI (s/d), orientado pela perspectiva da assistência farmacêutica integral prefere conceitua-la como um sistema de tecnologias que, no interior do sistema de atenção à saúde, se destina a garantir a atenção farmacêutica aos indivíduos e às coletividades. Com isso pretende dar destaque ao momento do não uso do medicamento como inerente à Assistência Farmacêutica, considerado como prática racionalizadora do consumo. Ou seja, "destaca-se no interior do sistema de atenção à saúde um conjunto de tecnologias que têm por objetivo garantir práticas de prevenção, recuperação e alívio de doenças com base no uso ou em formas de evitar o uso de medicamentos".

Trilhando a perspectiva sistêmica que orienta Perini, Marin et al (2003: 130) asseveram que o "tecnicismo da prática e da formação acadêmica contribuíram, junto com toda uma conjuntura política [...], para a desarticulação dos serviços de saúde quanto à questão do medicamento. Considerado como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, o medicamento passa a ser um objeto desvirtuado no Sistema de Saúde." Cumpre reintegrá-lo ao sistema de saúde, de modo a constituir um sub-sistema em que cada um dos seus componentes influencia e é influenciado pelos demais. São componentes de uma assistência farmacêutica integral: seleção de medicamentos, produção farmacêutica, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação.

Continua Marin:

"Apesar da sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais e, assim, boas condições para que a

dispensação de medicamentos e a atenção farmacêutica individual e coletiva aconteçam de maneira qualificada."

"Uma seleção adequada de medicamentos requer poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros. Pode, porém, proporcionar muitos ganhos terapêuticos e otimização de recursos. Da mesma maneira, o aprimoramento das atividades de programação e aquisição requerem poucos gastos e proporcionam melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos. As atividades de armazenamento e distribuição, ainda que necessitem de algum investimento adicional, apresentam uma relação custo-benefício e custo-efetividade muito favorável em função da redução de perdas, da garantia da integridade e qualidade dos medicamentos. Em relação à dispensação, o investimento e o custeio não são elevados e contribuem sobremaneira para que os pacientes recebam uma atenção farmacêutica adequada, proporcionando melhoria na resolutividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a satisfação dos seus usuários." (MARIN, 2003)

Façamos uma breve apresentação de cada um desses componentes, utilizando o manual de PERINI. O primeiro passo a ser dado para a construção da assistência farmacêutica eficaz é justamente a SELEÇÃO dos medicamentos: escolha, dentre medicamentos seguros e eficazes, daqueles que serão utilizados na assistência à saúde numa determinada região ou instituição. Essa escolha é feita a partir de critérios epidemiológicos e econômicos, depende de acurado conhecimento técnico multiprofissional e ocorre em ambiente de forte pressão dos interesses sociais e econômicos. Geralmente, chega-se a uma relação de medicamentos voltada ao tratamento ou prevenção das principais patologias prevalentes na região ou atendidas na instituição, assim como a estratégias de divulgação de informações sobre os medicamentos selecionados.

A PRODUÇÃO FARMACÊUTICA é a busca da garantia de que os medicamentos selecionados estarão disponíveis na qualidade e quantidade necessárias. Trata-se de aplicação do conhecimento, inclusive científico, para a sua produção. Evidente que o sistema produtivo deve estar apto a produzi-los, o que será feito no âmbito de instituições estatais ou privadas. A produção adequada dos medicamentos, que deverá estar sob controle da regulação sanitária, e que incide sobre a qualidade da assistência farmacêutica prestada, depende da elaboração e criação de condições para a adoção de normas de produção e controle de qualidade (BPFC - Boas Práticas de Fabricação e Controle) para todas as etapas: da seleção e aquisição da matéria-prima ao armazenamento e distribuição do produto acabado. Depende também do cumprimento das normas oficiais de adequação e manutenção dos equipamentos e espaço físico de cada etapa produtiva. Os profissionais envolvidos na produção devem ser treinados periodicamente e atualizados. Em todas as etapas e setores do processo de produção devem ser adotadas normas para registro dos procedimentos executados e seus resultados técnicos.

Se essa etapa visa assegurar que os medicamentos selecionados estejam disponíveis, a PROGRAMAÇÃO objetiva garantir que a população tenha acesso aos medicamentos, buscando a compatibilização entre os recursos disponíveis na região ou instituição e as necessidades nosológicas. O resultado da programação é o planejamento "das quantidades de todos os produtos necessários à terapêutica medicamentosa de uma região ou instituição" segundo as prioridades impostas pelas limitações de recursos.

São diretrizes gerais para a programação:

"- definição de necessidades com base na nosologia prevalente, no consumo histórico, no estoque disponível e na demanda não atendida;

"- quantificação de produtos com base na Relação de Medicamentos Essenciais, em necessidades que a transcendem e nas padronizações terapêuticas adotadas;

"- balizamento dessas definições em função das disponibilidades do mercado (garantia de oferta dos produtos em termos de quantidade, qualidade e periodicidade), da capacidade de utilização instalada (em termos de armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação) e dos recursos disponíveis." (PERINI, s/d)

A etapa da Assistência Farmacêutica da AQUISIÇÃO assegura a oferta dos medicamentos programados na quantidade e qualidade estipulados. Sua execução envolve várias atividades:

"- cadastramento de produtos e de fornecedores idôneos, e monitoração de preços praticados no mercado;

"- transparência e democratização das informações internamente à instituição e junto aos fornecedores;

"- domínio técnico dos métodos e procedimentos legais de controle da aquisição de bens, e acompanhamento rigoroso de todo o processo;

"- controle rigoroso da documentação envolvida em cada fase e clareza no detalhamento minucioso dos contratos de fornecimento;

"- busca constante de formas de obtenção de menores preços, dentro do princípio de garantia de qualidade." (PERINI, S/d)

Além da compra, a aquisição trata das doações, permutas e repasses entre entidades. O uso racional de medicamentos é uma diretriz importante a nortear essa etapa, para que vantagens advindas de transações econômicas não obliterem a finalidade da assistência farmacêutica de fazer chegar ao consumidor o medicamento adequado, na quantidade e qualidade exigidas.

Possíveis modificações do produto farmacêutico devem ser evitadas na etapa do ARMAZENAMENTO, até que a dispensação seja realizada. Esta etapa se divide em três momentos fundamentais - recepção, instalação e despacho - durante os quais as qualidades terapêuticas do medicamento devem ser preservadas. Suas diretrizes são:

"- as áreas físicas do almoxarifado destinadas aos setores administrativos, de recepção e despacho e de estocagem devem ser separadas, tendo garantidas as condições de trânsito de pessoas, maquinário e veículos, limpeza e segurança contra animais, roubos e incêndios;

"- condições de iluminação, ventilação, temperatura e umidade adequadas à manutenção da integridade dos produtos estocados, disposição ordenada respeitando condições de labilidade, segregação de produtos sujeitos a controle especial e separação adequada de matérias-primas e substâncias com riscos de contaminação cruzada;

"- adoção de normas escritas para o controle sanitário, organização do estoque e processos de recepção e despacho, bem como para procedimentos de inventários periódicos;

"- adoção de documentação administrativa para o controle adequado de cada etapa e procedimento, permitindo a qualquer momento a recuperação de informações sobre recepção, estoque e despacho, controle de qualidade, inspeções, perdas, etc." (PERINI, S/d)

O objetivo a ser alcançado com a etapa da DISTRIBUIÇÃO é o atendimento de prazos e qualidade do produto para a dispensação, garantindo-se transporte seguro e eficiente. O carregamento, o traslado e o descarregamento dos produtos farmacêuticos podem acarretar perda de suas qualidades terapêuticas, o que exige planejamento e controle eficazes.

A PRESCRIÇÃO do medicamento é a indicação da terapêutica adequada ao paciente. Esta etapa depende de

profissionais capacitados ao estabelecimento do diagnóstico, conhecedores das características dos medicamentos. A prescrição é atribuição de profissionais específicos e muita discussão é dedicada a esse termo, frequentemente capitaneada pelos órgãos representativos das categorias profissionais. Muito tempo se dedicou, por exemplo, na Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, como veremos adiante, sobre a quem é assegurada a prerrogativa de prescrever medicamentos para tratamento de transtornos mentais. Além do mais, pela velocidade com que se colocam no mercado novos produtos, a atualização dos prescritores fica quase exclusivamente, em nosso país, a cargo da própria indústria farmacêutica, que frequentemente os "atualiza" por intermédio de seus departamentos de 'marketing'⁸. O assunto foi tratado recentemente em documento oficial do Estado de São Paulo, a título de contribuição à iniciativa da Anvisa de propor uma regulamentação à prática de propaganda farmacêutica no país. A citação do documento é a seguinte:

"No que respeita, por exemplo, à redução, eliminação ou controle dos efeitos da assimetria de informações, tema-objeto por excelência da regulação de mercado, em que o prescritor se encontra numa posição inferiorizada, portanto, vulnerável frente aos produtores de medicamentos, carecemos de mecanismos que propiciem aos profissionais da saúde fontes fidedignas de informações e instrumentos de capacitação que os instruem frente à ação obviamente intencional dos corretores propagandísticos de atingir, antes de tudo, a suas metas de venda e de controle do mercado consumidor. Aliás, essa realidade é tão notória que

⁸ Jornal do CREMESP, no. 222, Fevereiro de 2006, pp. 10 e 11. "Propaganda de medicamentos terá novas regras". A citação é: "O presidente executivo da Interfarma, Gabriel Tannus, também defende a atualização das normas, mas ressalta que 'a visita de propagandistas e os materiais dos laboratórios são, hoje, o único meio que o médico tem para receber informações sobre os medicamentos'". Pag. 11.

é apresentada de modo claro e natural pela indústria, para cujos representantes o único meio, atualmente existente no país, de informar os profissionais de saúde sobre as qualidades dos produtos farmacêuticos é aquele operado pelos propagandistas das indústrias." (SES, 2006)

Isso traz seriíssimas conseqüências para a efetividade do tratamento medicamentoso, seja de instituição pública, seja privada, como fica evidente após as considerações apresentadas por BONFIM (2006: 56 E 57):

"Em 2002, segundo Marcia Angell, ex-editor chefe do New England Journal of Medicine, a FDA considerou que, de 78 novos fármacos aprovados, apenas 17 eram novas entidades moleculares.

"E destas, só uma fração foi inteiramente desenvolvida pelas próprias empresas farmacêuticas. A maioria foi simplesmente resultado de licença ou adquirida de outro modo de laboratórios do governo ou universitários ou empresas de biotecnologia" (Angell, 2004, pág. 43, APUD BONFIM, 2006).

"Entre 1998 e 2002, nos EUA, 415 novos fármacos foram aprovados - média de 83 produtos por ano; do total, 133 (32%) foram classificados como novas entidades moleculares, e as outras eram meras variantes de fármacos antigos. E dos 133 fármacos, somente 58 tinham sido enquadrados como de revisão prioritária, ou seja, representavam melhoria significativa comparada a produtos comercializados, para o tratamento, diagnóstico ou prevenção de uma doença "(critério da FDA). A média de fármacos considerados inovadores pela agência de regulação estadunidense, para o período de 1998-2001, foi de 12 produtos por ano, ou 14% do total, mas com um resultado desalentador, encoberto pela média, para a poderosa indústria: em 2001 e 2002, somente 7 em cada ano, foram assinalados inovadores, em comparação

com 9 em 2000 , 19 em 1999 e 16 em 1998. (Angell, 2004, págs. 53-55, APUD BONFIM,2006).

"O National Institute for Health Care Management (NIHCM), organização americana de análise de políticas de saúde, financiada pelas seguradoras de planos Blue Cross e Blue Shields, duramente golpeadas pelos gastos crescentes com produtos farmacêuticos, realizou um estudo sobre a inovação na indústria farmacêutica, para examinar a alegação das empresas farmacêuticas de que os custos elevados de remédios conduziriam diretamente a mais descobertas.

"Foram revistos todos os 1.035 registros concedidos, pela FDA, do período 1989-2000, e adotando-se o critério da FDA para nova entidade molecular, que tinham recebido a classificação de revisão prioritária, encontrou-se 361 fármacos, e nos 674 restantes a maioria apresentava modificações de fármacos existentes. Os pesquisadores do NIHCM identificaram 15% de produtos que representavam melhoria significativa, e entre os fármacos modificados, outros 9%; assim, apenas um quarto de todos os novos fármacos analisados pela FDA durante este período foram considerados pela agência ter importantes vantagens sobre produtos existentes, e três quartos não" (AVORN, 2004, pág. 204, APUD BONFIM, 2006).

O papel de formador dos profissionais a respeito de novos fármacos e novas terapias, sua eficácia e segurança, é ocupado inteiramente pelo setor de propaganda da indústria farmacêutica, o que dá origem a sérios conflitos de interesse. Isso afeta sobremaneira a efetividade do trabalho de prescrição.

Se trouxéssemos para o debate um dado ceticismo⁹ que permeia o ideário de parte da categoria médica, quanto à

⁹ Ver entrevista de NUCCI (2004) à Revista Fapesp, para quem "ao menos dois terços dos medicamentos não produzem o efeito desejado", ou ainda

eficácia dos medicamentos, se acentuaria ainda mais a importância de uma seleção adequada, acrescida de controle estrito e programado da atualização dos prescritores, sem a atual exclusiva participação da indústria farmacêutica.

Finalmente, a DISPENSAÇÃO é o momento da recepção do medicamento, insumo farmacêutico ou correlato pelo usuário, fornecido por profissional habilitado a analisar condições anteriores de erro, fornecer informações para o uso correto e estabelecer condições para o acompanhamento dos resultados da terapêutica adotada.

Constituem diretrizes da boa prática da dispensação:

"- criação de condições ambientais adequadas (físicas e de recursos humanos) e garantia de um sistema ágil de informações sobre medicamentos, com livros e publicações especializadas e idôneas;

"- adequação das orientações técnicas à linguagem do paciente, facilitando a compreensão e estabelecendo uma relação de confiança;

"- análise crítica da prescrição e controle do medicamento a ser dispensado, criando condições que impeçam a ocorrência de erros;

"- registro adequado do procedimento, quando for o caso (por exemplo, medicamentos controlados, pacientes participantes de grupos especiais sob controle da farmácia);

"- estabelecimento de condições para o seguimento do tratamento farmacológico adotado, orientando o paciente em casos de falência terapêutica ou eventos adversos e criando instrumentos de comunicação eficiente com os prescritores."

(PERINI, S/d)

Ambiente em que operam as instituições públicas

Os mercados farmacêuticos de vendas no varejo norte-americano, europeu¹⁰, japonês, latino-americano¹¹ e brasileiro representaram, em 2004¹² recursos da ordem de US\$ 180 bilhões, US\$ 83 bilhões, US\$ 56 bilhões, US\$ 12,8 bilhões e US\$ 4,8 bilhões (ALFOB, 2004: 11). Segundo GADELHA, QUENTAL E FIALHO (2003), os 11 maiores grupos farmacêuticos (Glaxo Smithkline, Pfizer, Merk & Co., Astra Zeneca, Aventis, Bristol-Meyers Squibb, Novartis, Roche, Johnson & Johnson, Eli Lilly e Pharmacia), em 1999, detinham quase 50 % do mercado mundial. Em 1996, as 11 maiores detinham 36% do mercado. As empresas nacionais farmacêuticas, embora representem 80% do número total atuante no país, detêm menos de 20% do mercado (PINTO, 2004). Trata-se de um imenso controle sobre o mercado, induzindo perfis de consumo - geralmente, fundamentado na confiança que o usuário dedica à marca do produto. As empresas asseguram seu poder sobre o mercado mediante duas estratégias: fortes investimentos em P&D e gastos com 'marketing'.

A estrutura institucional pública que detalhamos há pouco deve regular a concorrência de modo a assegurar preços acessíveis e vigiar a produção, a distribuição, o consumo e o registro dos produtos farmacêuticos para assegurar a segurança e eficácia destes. Objetiva também gerenciar adequadamente as etapas de oferta (seleção, programação, produção farmacêutica, prescrição, distribuição, dispensação, armazenamento) pública para garantir o uso eficiente dos recursos e o consumo racional dos medicamentos.

¹⁰ Cinco principais países: Alemanha, Espanha, França, Itália e Reino Unido.

¹¹ Três principais países: Argentina, Brasil e México.

¹² Dados do IMS Health, para o período entre setembro de 2003 e agosto de 2004. < www.imshealth.org >

A força desse mercado e as estratégias utilizadas pelos interesses econômicos colocam em dúvida, como vimos há pouco, a capacidade estatal de influenciar o mercado, de modo a atingir interesses públicos de saúde para todos. Seria plausível esperar que o mercado se oriente pelo objetivo exclusivo do uso racional de medicamentos? Ou que o Estado tenha inventividade suficiente para direcionar o mercado a esse objetivo?

O ambiente da produção e comercialização de medicamentos impõe criatividade ao gestor público. Vejamos agora a produção de institucionalidades das instâncias negociais e participativas do SUS.

CAPÍTULO 5

INTERGESTORES E PARTICIPATIVOS: ASSEGURANDO A UNIVERSALIDADE?

Para abordar a produção da instância intergestora resolvemos fazer um estudo comparativo entre dois períodos: o que abrange as reuniões ocorridas entre dezembro de 1999 (Reunião no. 75 da CIB-SP) e dezembro de 2001 (Reunião no. 96) e o período que se estende de Dezembro de 2003 (Reunião no. 118) a Outubro de 2005 (Reunião no. 138). Para facilitar a redação, denominamos os períodos respectivamente de 2000/2001 e 2004/2005. O mesmo procedimento foi adotado para a produção da CES-SP. De maneira que abaixo apresentamos nada mais que um enredo, cronologicamente organizado, reunindo, sempre que convier, os assuntos tratados por temas da saúde e interrelacionando os temas quando também convier.

Veremos que os esforços dessas instâncias se orientam sempre pela viabilização dos princípios do SUS, em uma palavra, procurando os meios, diante de recursos escassos e disputadíssimos, para viabilizar a universalidade e a integralidade da atenção por intermédio de mecanismos de gestão. Ao final, argumentaremos que, apesar de importantes, esses esforços talvez sejam insuficientes em relação ao imenso desafio que o sistema afronta.

Tomaremos para instrumental de análise desse material a configuração conceitual estabelecida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), detalhada no Capítulo anterior. Então: quando se discutiu medicamentos nas

instâncias negociais e participativas do SUS, tratou-se de regulação sanitária, regulação econômica, assistência farmacêutica ou de quais outros temas?

Na grande maioria das vezes os gestores reunidos na CIB estiveram às voltas com os temas da Assistência Farmacêutica. Em menor medida, trataram também dos outros dois grandes campos da PNM.

Assistência Farmacêutica

Em ambos os períodos, 2000/2001 e 2004/2005, os assuntos discutidos na CIB, em sua maioria, apontaram para a preocupação da **Programação** adequada de medicamentos. Essa etapa da Assistência Farmacêutica esteve presente sob vários argumentos: informatização do Dose Certa (DC) - Farmanet - e do fornecimento federal - Farmasus e SIFAB) - relacionamento do Dose Certa com a FURP, descontinuidade de fornecimento de medicamentos pela FURP, lista de medicamentos a integrarem o Dose Certa e disponibilidade específica de certos medicamentos (captopril, glibenclamida, rifampicina, ciclosporina, metformina, hidroclorotiazida, metildopa etc.), integrantes ou não dos diversos programas assistenciais: Saúde da Família, da Mulher, Mental, de Tuberculose e Hanseníase, de Hipertensão e Diabetes, Excepcionais, ou de Alto Custo, e assim por diante.

A primeira vez que a CIB-SP discutiu explicitamente a programação de medicamentos foi na reunião de número 86 (Fevereiro de 2001), quando se expressa a preocupação com o aumento do consumo de medicamentos para hipertensão, pressionados pelas campanhas. A preocupação de que não venha a faltar o remédio leva os presentes a questionarem o comportamento do prescritor médico, de outros profissionais e mesmo do usuário.

Na reunião seguinte, há um informe sobre a deliberação recente da Comissão Intergestores Tripartite de que se deveria realizar a reprogramação de medicamentos para Tuberculose e Hanseníase. Nesta mesma ocasião, a CIB discute, pela primeira vez no período o que se chamava "Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica". Tratava-se de encaminhamentos para o programa estadual que, desde 1995, vinha sendo estruturado e denominado Dose Certa (SES, 1999). O plano havia sido aprovado 'ad referendum' da CIB em sua Câmara Técnica. O plano previa 41 itens, incluindo-se Nistatina, inserido nesta recente atualização. Na reunião 93, os representantes da SES solicitam que os municípios comuniquem sua necessidade de insulina, já adquirida pelo MS, aguardando comunicação de necessidades. Três reuniões mais tarde, informa-se a publicação do Manual de Normas e Recomendação para tratamento do Diabetes (Lei 10.872, de 10 de março de 2001). O preenchimento do cadastro de pacientes é condição necessária para o recebimento dos medicamentos correspondentes. Os presentes estão preocupados com a complexidade que a assistência farmacêutica vem tomando, expressa na proliferação de cadastros e rubricas. Fica evidente uma certa exasperação dos presentes, especialmente dos representantes estaduais. Segundo eles, a partir do momento que se procurou incorporar a participação ministerial na programação farmacêutica básica do Estado, perdeu-se controle do processo. A lógica vigente até então, pautada sobre o atendimento das necessidades no Estado e fundamentada, portanto, numa programação técnica dos medicamentos, para posterior atendimento do consumo, havia cedido espaço à lógica de reposição de estoque complementada com a contrapartida municipal de 20%.

É bastante interessante essa preocupação com a lógica técnica de identificação de necessidades para o

planejamento adequado e posterior atendimento do consumo. Parece que o planejamento fora negativamente afetado pela agilidade do cotidiano do gestor em cumprir suas atribuições, garantindo aquisição e distribuição, aquisição e distribuição, e assim por diante, num mecanismo contínuo que toma vida própria e faz do atendimento das necessidades um estorvo a seu funcionamento, quando deveria ser a razão da sua existência. Inclusive porque, como afirma um dos presentes, repor estoque passado o momento de administração do medicamento ao paciente não tem efetividade para o tratamento.

Ocorre então um apelo a que se restabeleçam os termos de um pacto que se teria firmado entre os presentes há algum tempo, o de que se trabalhasse a partir do dimensionamento das necessidades. O referido pacto é sucintamente explicitado: "até 1998, como não tínhamos [os gestores no Estado de São Paulo]¹³ série histórica de consumo, a informação para reposição era superestimada. Combinou-se naquela ocasião que o município "ia colocar o estoque e o gasto" e assim foi feito."

Continuam: quando o MS entrou, perdemos o controle da informação. Agora se usará o Farmanet¹⁴ para ver o consumo total do município: deve-se informar tudo, inclusive o que o município compra, para ser viável a determinação da produção da FURP, afinal é impossível atender 100% [dos municípios] a partir dos dados de consumo, não temos dados de estoque [os municípios estariam estocando? E informando além da necessidade?]. "Precisamos rever o Dose Certa para não termos [apenas] cinco pontos de entrega de medicamentos."

¹³ Neste capítulo, os trechos entre colchetes são comentários ou acréscimos nossos para ampliar a compreensão do texto, já que estamos apresentando ao mesmo tempo os argumentos dos participantes das reuniões e as nossas análises sobre seus posicionamentos.

¹⁴ Programa informatizado desenvolvido pela SES-SP.

Essa discussão vai se estendendo até que se revela uma contenda muito maior do que o risco de um abastecimento não orientado pela programação: os presentes dão vazão a uma discussão sobre a complexidade da assistência farmacêutica que o SUS vinha pouco-a-pouco incorporando.

Quando o MS estendeu a idéia do Dose Certa a todo o território nacional disponibilizou R\$ 1 por hab/ano. No Estado de São Paulo, o Programa passou a funcionar mal: "o medicamento não chegava ou não era declarada a quantidade correta". Isso acarretou a insatisfação do MS. Segundo o representante da SES, o MS apresentou então a proposta de um 'kit' de medicamentos encaminhado à casa do paciente através do Programa de Saúde da Família. Isto em si, representou uma certa confusão nos procedimentos. Além disso, lembram a criação do cadastramento de pacientes para a entrega de medicamentos para Diabetes e Hipertensão, para entrega também na moradia do paciente. Tudo isso vai criando maior complexidade para o controle dos estoques: Dose Certa, PSF e os "extras", que são as campanhas específicas. Acrescente-se a isso a proposta na ocasião de que se fizesse compra centralizada de anticoncepcionais. Isto tudo, asseveram, demonstra a importância de um sistema de informações adequado.

Representantes do COSEMS reagem defensivamente, argumentando que as secretarias municipais comprem medicamentos para que possam suprir necessidades não atendidas pelo Dose Certa, sugerindo que a falta de informações precisas não seriam uma consequência da não prestação deliberada de informações pelos municípios, agravada pela complexidade assistencial decorrente de tantos programas concomitantes. A SES retoma a proposta de pacto pelo abastecimento, segundo o critério de necessidade: os municípios precisam informar.

Esta discussão, ocorrida no final do ano de 2001, sedimentou uma extensa argumentação prévia, nas reuniões anteriores, através da qual uma série de interesses vinham sendo disputados. Para a nossa linha de argumentação, o destaque a ser dado é para o caráter negocial dessa contenda, pautada em argumentos técnicos absolutamente desejados para o funcionamento do SUS: interesses que devem se reconfigurar e reposicionar em torno do objetivo técnico da programação de medicamentos a partir de critérios de necessidade.

Passados dois anos, o primeiro ponto de discussão identificado no período 2004/2005 é a realização próxima de um seminário, organizado por FURP, Cosems e SES, para estabelecer mecanismos de exclusão/inclusão de medicamentos no DC. Esse assunto é tratado na reunião número 119 da CIB. Nesta ocasião se informa que o MS iria aumentar de R\$ 1,00 para R\$ 1,50 o montante financeiro per capita para medicamentos. Essa oportunidade recoloca o tema da necessidade de parâmetros epidemiológicos para a alocação adequada dos recursos.

O Seminário "Repactuação do Programa Dose Certa" finalmente se realiza em março de 2004 e, após a revisão do seu relatório pela Câmara Técnica de abril, acorda-se a lista de seus itens componentes e os prazos para notificação à FURP, diante do que se passa a esperar o posicionamento desta quanto a sua possibilidade de produção da quantidade necessária. Nesta mesma reunião (121ª, de abril de 2004) decide-se por se reiterar o ofício ao MS, enviado em setembro de 2003, "sobre a necessidade de um posicionamento com relação aos medicamentos encaminhados para compor os Programas Hipertensão, PSF e Saúde da Mulher".

A Programação de medicamentos da assistência farmacêutica no Estado volta a ser discutida na reunião 23, revigorando-se a lógica de definição de itens a partir

da necessidade, razão pela qual se pactuaram 30 itens, já que os demais não vinham sendo demandados pelos municípios. Esta revisão fora realizada numa recente oficina na FURP, com a participação dos municípios com mais de 250 mil habitantes. Combinou-se também que a lista seria revista a cada seis meses. Uma inesperada contenda se estabelece entre os representantes do Cosems, a cerca da aludida sub-representação de municípios de pequeno porte nessa oficina. Solicita-se que tanto a lista, incorporando as demandas dos pequenos, quanto a lista de Saúde Mental, sejam rediscutidas.

A preocupação com a disponibilidade de listas cada vez mais complexas de medicamentos, na quantidade necessária, estabelecidas a partir de dois mecanismos - a existência de programas específicos e a detecção da necessidade a partir da informação dos gestores - vai tomando um volume cada vez maior do tempo das reuniões da CIB. É com essa compreensão que explicamos a inserção da temática do Hiperdia e dos Pólos de Dispensação de Saúde Mental nas discussões. Na reunião número 124 (de Julho de 2004) o Cosems reclama que desde o final de 2003 os municípios não recebem os medicamentos do Hiperdia, alegando que são impedidos de adquirir os medicamentos pelas limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, apesar do quê haviam cadastrado todos os seus pacientes. Isto coloca a exigência de que o Estado forneça tais medicamentos. O assunto não volta a ser discutido até que na reunião número 132 (Abril de 2005) se menciona o fornecimento de insumos para Diabetes, a depender do levantamento dos pacientes a ser feito pelos municípios. E na de número 137 (Setembro de 2005), quando se critica a imposição do fornecedor em que os municípios adquiram fitas de reagentes acima de suas necessidades como condição da aquisição dos medicamentos na quantidade suficiente.

Por sua vez, a programação de medicamentos para Saúde Mental é discutida ao longo de ambos os períodos. Na 78ª Reunião, a lista de medicamentos de Saúde Mental do Dose Certa chega a 21 itens, dos quais 18 já apresentam ata de registro de preços, mecanismo que facilita a padronização da aquisição. Na mesma ocasião apresenta-se a relação com 148 pontos de distribuição (Pólos de Dispensação de Saúde Mental) no estado e se assevera a preocupação de que os laboratórios não pareciam assegurar o fornecimento no volume de compras dimensionado. Na 88ª, novos medicamentos são sugeridos para integrar a lista do Dose Certa de Saúde Mental.

Outro aspecto da programação que mereceu atenção dos gestores em várias ocasiões foram os medicamentos excepcionais, também chamados de alto custo. A influência que esses medicamentos exercem sobre o sistema já era preocupação dos gestores em Março de 2000, quando na 78ª Reunião da CIB a representação estadual da CIB sugeriu que tais produtos farmacêuticos têm que ter um protocolo de utilização: "Nenhum país do mundo oferece medicamento para todos de acordo com o que o médico prescreve". Além disso menciona o crescimento recente do número de ações judiciais para acesso a tais produtos através do SUS. Considera-se também que tais ações acabam por favorecer os segmentos sociais mais endinheirados, já que os menos não têm o costume de recorrer a esses instrumentos legais.

Outra percepção do gestor sobre o assunto é o quanto ele é tratado na CIT. Naquela instância se trata muito frequentemente dos excepcionais, provavelmente porque a definição de lista é de atribuição federal, a quem cabe também o repasse dos recursos para aquisição no estado e dispensação municipal. A ação judicial não se preocupa com essa lógica: como o acesso deve ser imediato para consumo,

costuma-se acionar o gestor mais próximo, frequentemente os municípios, mas também os gestores estaduais.

Houve uma situação particularmente importante durante a 90ª Reunião (Junho de 2001), em que o Estado pleiteia integralmente um recurso financeiro de R\$ 68 milhões proveniente do governo federal destinado a ser distribuído de forma per capita entre municípios de gestão plena e o Estado. Argumento: recentemente havia ocorrido um estouro de teto financeiro, da ordem de R\$ 11 milhões a R\$ 14 milhões. Para que os prestadores pudessem receber sua parte, o Estado não recebeu cerca de R\$ 6 milhões que seriam destinados a medicamentos de alto custo. Agora, o Estado pleiteava a totalidade dos R\$ 68 milhões para cobrir este e outros gastos, além do fato de não ser possível fracioná-lo.

Questões dessa natureza - custo elevado -, sejam concretizadas através de ordens judiciais para provimento, sejam pela disputa por recursos insuficientes, ameaçam grandemente o objetivo da programação. Como essas ameaças repercutem sobre todo o sistema de saúde, os gestores são levados a negociar e buscar formas eficientes para ao menos justificar a partilha adotada.

Os gestores se vêm às voltas, nos dois períodos abordados, com entendimentos sobre a aplicação adequada dos recursos que vão sendo disponibilizados pelos gestores estadual e federal, segundo suas responsabilidades, e as dos gestores municipais, definida a contrapartida destes e segundo suas necessidades indicadas. Ou seja, o esforço de todos está voltado para a pactuação da alocação eficiente dos recursos disponibilizados, procurando-se sempre realizar o objetivo de alocar segundo necessidades epidemiológicas. Nota-se, enfim, entre o primeiro e o segundo período uma evidente sistematização institucional das demandas e contendas. Por exemplo, a programação dos

medicamentos do Dose Certa, que marcou ambos os períodos, saltou de uma prática exclusivamente conflitiva no primeiro período, para uma institucionalização de espaços para pactuação (as oficinas periódicas) das divergências de necessidades, pautadas por programas específicos de assistência e identificação de características distintas dos atores entre si (tamanho dos municípios, por exemplo) que definem necessidades distintas.

Essa reconfiguração institucional é encontrada também em outros campos de discussão para adequação da assistência farmacêutica. Por exemplo, no campo da **Prescrição e Dispensação** dos medicamentos de Saúde Mental. Já na segunda reunião (76ª.) do período 2000/2001 esse tema vem à tona. Há uma dificuldade evidente em se fazer a dispensação em municípios pequenos, pela ausência de farmacêuticos. Um pacto imediato é firmado, segundo o qual essa incumbência cabe aos municípios pólo, até que em breve se construam propostas regionais de atenção à Saúde Mental. Ou seja, desde o início dessa discussão, os aspectos técnicos da dispensação são associados a um planejamento mais abrangente da Saúde Mental. Na ausência de farmacêuticos, argumenta-se que a questão não pode ser tratada sob a ótica das profissões, mas de uma perspectiva sistêmica. Um efeito negativo da inexistência do profissional dispensador, e diante da dificuldade de que o farmacêutico das Direções Regionais de Saúde ou dos municípios-polo se responsabilizem por áreas de abrangência muito amplas ou com muitos municípios, é o fato de o paciente ter que se deslocar; um incômodo, segundo o entendimento de todos, desnecessário. Surge uma proposta, cujo registro é importante que se faça: desde que não se incentive a medicação desnecessária, um Protocolo poderia orientar a dispensação onde não há farmacêuticos, incorporando ao processo as farmácias locais. Essa proposta não é levada à

frente, pelo menos não como solução adotada para essa finalidade até o final do segundo período abordado por nós.

Quatro reuniões à frente (80ª, de fim de Maio de 2000), volta o tema quando os presentes se lembram que a dispensação através dos Pólos era provisória e que não se receberam no período sugestões alternativas. Na 88ª Reunião, o Cosems volta a lembrar os presentes que o município que dispensa medicamento deve ter farmacêutico responsável pela atividade. A discussão não avança, mantendo-se inalteradas as posições durante todo o primeiro período.

Na segunda reunião (119ª.) do período 2004/2005 apresenta-se uma possível solução: é "necessário acabar com a lógica da dispensação dos medicamentos de saúde mental somente onde há farmacêutico e que não deve haver diferença entre as demais dispensações". Pondera-se que "não se pode deixar o paciente andar a cidade toda para conseguir o medicamento e que é necessário mudar a legislação sanitária." Lembra-se que "no município de São Paulo a dispensação é feita em todo lugar em que há psiquiatra". Esses argumentos recolocam em outras bases o impasse. Na Reunião 125 (Agosto de 2004), por exemplo, os ânimos se exaltam e os presentes têm que ser lembrados que "não se pode confundir Saúde Mental com medicamentos", assim como, que "assistência farmacêutica não é responsabilidade exclusiva do farmacêutico".

Na 126ª Reunião o tema volta a ser discutido, desta feita sob o pretexto do uso desmedido de tranqüilizantes e os altos custos que tais medicamentos representam para o orçamento. São necessários protocolo e racionalidade, possibilitadas por uma clara definição de política de saúde mental, o que também não temos. Medidas transitórias devem ser adotadas, como permitir ao clínico a dispensação, mas que sejam transitórias. Uma Política de Saúde Mental é

necessária; desenvolver ações de saúde mental numa perspectiva de integralidade faria da dispensação de medicamentos uma parte do programa (128ª. Reunião). A discussão só se acomoda quando se determina que, pelo favorecimento da integralidade em saúde mental, se reconheça como dispensador o município pleiteante que demonstre formação de equipe prescritora multiprofissional, mas que mantendo-se o atual teto financeiro, se proceda o remanejamento de teto entre os municípios, de modo que se garanta ao dispensador o correspondente recurso financeiro, reduzindo-se por esse mecanismo o deslocamento dos pacientes à procura de medicamento.

Pela capacidade negociadora demonstrada nesse episódio, exemplo do esforço que os gestores mobilizam para a pactuação de modo a acomodar a divergência de posicionamentos que o SUS encerra, transcrevemos no Anexo 1 o trecho da ata da 128ª. Reunião, na qual se chegou ao consenso.

A Prescrição e a habilitação dos pólos de **Dispensação** de Saúde Mental foram o segundo tema quantitativamente mais recorrente em ambos os períodos. Em praticamente todas as reuniões se aprovavam ou revisavam as habilitações de pólos dispensadores. Marcou intensamente ambos os períodos a discussão sobre a pertinência profissional da dispensação.

Em seguida, e em menos ocasiões, mas com carga enfática, trataram-se também de outros aspectos da Assistência Farmacêutica. A composição da lista de medicamentos do DC permitiu a construção de um processo de **Seleção**, assim como abordar aspectos da importância da **Produção Farmacêutica** para a garantia da continuidade de fornecimento dos medicamentos acordados. Como exemplo da primeira, citamos a definição de medicamentos de contrapartida dos municípios. Da segunda: os diversos momentos em que a FURP procurou manifestar-se acerca da sua

capacidade em atender as apresentações solicitadas e em quê quantidade. Na 93ª. Reunião (de Agosto de 2001) os presentes perguntavam-se sobre a garantia de que a FURP asseguraria o fornecimento da glibenclamida, já que o MS só o faria para os próximos dois meses. Ou ainda, na mesma reunião, quando mais amplamente se discute uma eventual "inadimplência da contrapartida estadual" no fornecimento de medicamentos: sendo o Programa Dose Certa a disponibilização de um volume de apresentações farmacêuticas propiciada por recursos municipais e estaduais, estaria o gestor estadual, através da produção da FURP, em condições de cumprir a sua parte? Ou ainda, o comunicado aos gestores da decisão de ampliação da FURP, pela construção de uma segunda unidade fabril. O objetivo, entretanto, era de que a FURP não fosse um simples produtor de medicamentos, mas que tivesse compromisso "com o remédio na prateleira" (Reunião 77ª, em Fevereiro de 2000). Isto foi posto quando de atrasos no fornecimento, devido a problemas com a qualidade e disponibilidade de matéria-prima necessária à produção do medicamento.

Os mecanismos e responsabilidades para **Aquisição** de medicamentos estiveram presentes na discussão da continuidade do recebimento de recursos financeiros, nos mecanismos de prestação de contas, estabelecimento de preços e dimensionamento de custos dos medicamentos. Evidente que dificilmente se discute cada etapa da assistência farmacêutica sem que isso tenha repercussões sobre as suas demais etapas: assim, a aquisição de medicamentos era implicada toda vez que se discutia programação, já que esta pressupõe a existência de recursos financeiros, além da definição de necessidades.

Em várias ocasiões se discutiram os preços dos medicamentos e a utilização das atas de registro de preços do Estado pelos municípios, ou mesmo de um município pelos

demaís, foi considerada (77ª. Reunião). A falta de costume dos municípios paulistas em utilizar atas de registros de preços, associada aos valores repassados por pactuação do nível federal ao estadual para compra de medicamentos, dificultava a aquisição, inclusive por que os valores repassados se fundamentavam em padronização de preços obtidos pelo Ministério da Saúde, em valores muito abaixo dos acessíveis na região Sudeste do país. Isso ocorre com o preço estabelecido pelo MS para a metformina, conforme ata da 94ª. Reunião.

O **Armazenamento** e a **Distribuição** foram tratados explicitamente pelos gestores em três situações: quando se discutiu a entrega de medicamentos na residência, o risco de corte do abastecimento da rede elétrica, o controle de estoque prejudicado devido ao cadastramento apenas dos almoxarifados municipais centrais. Na primeira vez (Reunião 89ª, em Maio de 2001) os gestores externaram sua preocupação com a preservação da qualidade e eficácia de vacinas e medicamentos diante do risco do chamado Apagão, que levaria ao colapso do sistema de refrigeração pela interrupção no fornecimento de eletricidade. Em outras ocasiões, os gestores discutiram a proposta ministerial de entrega de medicamentos na residência dos pacientes. Em Julho de 2001 (92ª Reunião), perguntavam-se sobre a legalidade de tal procedimento. Seja como for, a estratégia estava em curso e passaria por avaliação. Além do mais, movia o MS, entre outras, a desconcertante situação de que anticoncepcionais distribuídos aos municípios encontravam-se estocados, sem condições adequadas de armazenamento alguns e outros expirando prazo de validade. Além do mais, um possível resultado a ser alcançado com a entrega nas residências seria a maior adesão ao tratamento. Tanto Estado quanto municípios não se diziam satisfeitos com a medida. A terceira situação em que se discutiu a

distribuição já foi tratada anteriormente: a aludida prática municipal de cadastrarem como unidades dispensadoras apenas os seus almoxarifados centrais. Na verdade, essas são unidades armazenadoras e distribuidoras. O controle de estoque dos almoxarifados tem uma complexidade muito diferente do controle de prateleiras de dispensação. Nestas, o atendimento do usuário pressupõe apresentação do documento de prescrição. O consumo adequado de medicamentos pelo usuário depende da prescrição correta e da orientação que receberá do dispensador. A saída do medicamento da farmácia deveria então expressar a necessidade epidemiológica. Esta deveria ser o motivador central do funcionamento do almoxarifado, entreposto entre a aquisição e o consumo, garantindo armazenamento, distribuição e transporte adequados. Ou seja, o mero controle de estoque do almoxarifado não assegura o consumo de medicamentos segundo a necessidade.

Regulação Sanitária e Regulação Econômica

Esses dois instrumentais de análise das atas, tomados a partir da configuração conceitual estabelecida pela PNM, estão sendo apresentados conjuntamente porque tomaram pouco tempo das discussões dos gestores no Estado de São Paulo, em ambos os períodos abordados. Esta ausência tem uma importância ímpar para os achados feitos com a análise.

A título de regulamentação sanitária é que entendemos a discussão travada nas reuniões 77 e 78 (Fevereiro e Março de 2000). O representante do Centro de Vigilância Sanitária questionava a determinação federal de que as farmácias passassem a ter registro de funcionamento efetuado no âmbito ministerial. Alegou-se inconstitucionalidade da medida; argumentou-se com o que ocorre no âmbito subnacional: "quando o Estado cobra uma taxa, o Município se retira"; argumentou-se que quem fiscaliza é que deve

cobrar a taxa de serviço. Na reunião seguinte, a representação do CVS informou que a taxa de farmácia não seria regulamentada agora, devido à polêmica em torno do assunto. Assunto que jamais voltou a ser tratado nos dois períodos abordados.

Em outra ocasião (Reunião 123ª, de Junho de 2004) discutiu-se a inspeção sanitária da Indústria Farmacêutica, que deveria ser descentralizada aos municípios. Asseverou-se que os municípios devem ter claro que tais ações têm repercussão mais abrangente que municipal, ou seja, não podem fazê-lo sem considerar que se faz necessário um "olhar regional", próprio do gestor estadual.

Estas são as duas ocasiões em que o papel de regulação sanitária foi discutido na CIB, com inequívoca relação ao tema dos medicamentos. Nas outras ocasiões em que se discutiu a vigilância sanitária, por exemplo, não era de medicamentos que se tratava.

Há um momento muito especial dos trabalhos da CIB, de Fevereiro do ano 2000, que nos remete ao tema da Regulação Econômica. Após tratarem das taxas de farmácia - assunto que classificamos como de Regulação Sanitária -, os gestores entraram na discussão do sistema informatizado para controle adequado do Dose Certa - assunto que classificamos, no âmbito da Assistência Farmacêutica, como específico da etapa de Programação. Como consequência, surge o tema do atraso da FURP em abastecer os municípios; a produção de medicamentos prejudicada pela qualidade da matéria-prima adquirida; o uso da Internet como meio para acesso às atas de registro de preço do Estado; a substituição gradativa, no Dose Certa, do metildopa pelo captopril. A discussão se fixa então na utilização das atas de registro de preços, quando um representante municipal menciona a prática em seu município de utilizar a ata de preços de um outro município do Estado para efetuar suas

compras. E argumenta: "O conjunto de municípios e o Estado são os maiores compradores de medicamentos. Isto dá um poder maior de negociação". Um representante do Estado prontamente segue nessa direção e concorda que este é um exemplo importante de como podemos agir conjuntamente no fortalecimento do SUS.

Nossa consideração sobre esse episódio é de que se trata de um momento raro em todo o material pesquisado, em que veio explicitamente para o debate o tema do uso conjunto do poder de compra do Estado, como forma de pressionar preços. É um tema da regulação econômica. É evidente que todo o debate até aqui tratado visava o aprimoramento dos mecanismos de gestão para provisão da assistência farmacêutica eficiente. Mas nesta ocasião, de ocorrência rara, se trata de uma ação capaz de gerar efeitos sobre a assistência farmacêutica agindo-se fora do campo estrito da própria assistência ou da regulação sanitária.

Conselho Estadual de Saúde

Sobre a discussão havida nos espaços participativos, lembre-se (Capítulo 3) que encontramos pouquíssimas referências explícitas a termos ligados à política de medicamentos nas atas de reuniões da CES no período 2004/2005.

Durante a 122ª. Reunião da CES (Dezembro de 2004), duas questões foram apresentadas. Foi levado ao conhecimento do Plenário que 112 pacientes portadores da Doença de Gaucher, em sua maioria crianças, não estariam recebendo os medicamentos desde que o MS assumiu a compra dos mesmos. A SES já havia encaminhando ofício ao MS e foi reiterada a necessidade de reincidir. A Ata informa que os pacientes têm procurado acesso ao medicamento através de "artifícios judiciais".

Na mesma reunião deliberou-se sobre o pronto restabelecimento, por parte da Secretaria Estadual da Saúde, do fornecimento de medicamentos para pacientes com esclerose múltipla de uma unidade hospitalar do estado.

Na Reunião no. 126 (Maio de 2005) houve uma referência à Política de Medicamentos do estado. Para um dos conselheiros presentes, após acompanhar a explanação feita por um representante da SES sob a Reforma Administrativa recentemente realizada, foram insuficientes os esclarecimentos sobre seus efeitos sobre a Política de Medicamentos, solicitando "que a SES esclareça com a maior brevidade essa questão".

Na reunião seguinte (Junho de 2005), representante da SES expõe detidamente a Reforma Administrativa. Ao tratar da recém-criada Coordenadoria de Insumos Estratégicos, considera que esta tem um papel complementar ao do Ministério da Saúde. Depois informa que os produtos de interesse para a saúde, como medicamentos, vacinas e sangue ocuparão um espaço cada vez maior nas preocupações do gestor do Estado de São Paulo, já que este estado "quer deixar de ser consumidor para ser produtor para a América Latina". Acrescenta que a Reforma alocou o Programa Dose Certa na Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS) e os Medicamentos e Insumos de Alta Complexidade ficam sob a responsabilidade da Coordenação de Insumos Estratégicos.

Embora sejam poucas as referências, os trechos acima são bem esclarecedores. A natureza deliberativa da CES, com composição representativa dos segmentos sociais, suscita o esclarecimento das políticas. Obviamente, não identificamos no período abordado a construção pormenorizada de qualquer política de medicamentos. Nos temas analisados acima, o espaço participativo se mostrou um espaço de cobrança sobre o cumprimento das determinações do SUS e de monitoramento das ações do Poder Executivo.

Reunindo as instâncias

Nossa expectativa de encontrar discussões que produzissem institucionalidades inclusivas não se realizou. Mas as instâncias investigadas cumpriram o papel de viabilizar a implementação de políticas, programas e ações voltados a ampliar a cobertura populacional, removendo empecilhos práticos para o acesso da população aos medicamentos. Nisso, foram capazes de tornar acessível a um número cada vez maior de pessoas uma relação cada vez mais ampla de produtos farmacêuticos. A criatividade dos participantes pautou-se pela sua maturidade em negociar recursos escassos. Isto se aplica especialmente aos gestores reunidos na CIB.

Quanto ao CES, observamos um comportamento de monitoramento das propostas trazidas pelos representantes do executivo, bem como da implementação das políticas, apontando, quando ocorria, o não cumprimento das mesmas.

Não poderíamos expandir essas observações a outras temáticas abordadas nas instâncias. Aplicam-se apenas às referentes a acesso a medicamentos.

O comportamento dos participantes, apresentando suas posições, confrontando-as com as dos demais, aceitando as divergências, buscando soluções e formulando instrumentos para implementar as decisões consensuadas, expressa a institucionalização da negociação como forma de equacionamento do conflito. Como essa institucionalização é procedimental e o conflito não é negligenciado, pelo contrário, é incorporado ao debate e resolvido, aos menos provisoriamente, em soluções negociadas, entendemos essas instâncias como espaços de desenvolvimento da tolerância democrática e fortalecimento dos procedimentos. O exemplo mais evidente desse comportamento foi o encaminhamento negociado da contenda em torno da prescrição de

medicamentos de saúde mental, que envolvia interesses corporativos e alocação de recursos financeiros. Todos cederam em suas posições originais, em nome de uma proposta mais abrangente - uma Política de Saúde Mental - e do acesso da população aos medicamentos.

Entretanto, quando a discussão apontava para uma solução que aparentemente extrapolava o campo habitual de pactuação entre os gestores, quando exigia decisões criativas, o assunto simplesmente não evoluía. É o caso da proposta de que se incorporasse a rede privada de distribuidores como pontos de dispensação pública dos medicamentos, por terem farmacêuticos, e desde que houvesse um protocolo que assegurasse o não incentivo à medicação desnecessária. Tal proposta de relação entre espaços públicos e privados poderia constituir uma inventividade - sem que nos pronunciemos sobre sua adequabilidade aos preceitos constitucionais -, potencialmente viabilizadora da ampliação do acesso. Entretanto, não encontrou na CIB espaço para negociação.

O que se viu neste capítulo foi a recorrência da busca negociada de mecanismos de implementação da assistência farmacêutica. Ao longo de todo o período abrangido pelo estudo (dois períodos cobertos pela pesquisa e o período entre eles) houve ampliação da cobertura. Os gestores paulistas quase que se restringiram a buscar formas de implementar as políticas de fornecimento de medicamentos elaboradas em outras instâncias. Basta lembrarmos dos diversos programas assistenciais fornecedores de medicamentos (PSF, Saúde Mulher, Hiperdia, Saúde Mental, Tuberculose e Hanseníase) para percebermos o quanto se expandiu a cobertura populacional com correspondente acesso a maior espectro de produtos farmacêuticos.

Não obstante, devemos também perceber que as ampliações não foram definidas no espaço negocial da

Comissão Intergestores Bipartite. Seu papel foi o de implementá-las. Tampouco foram estabelecidas no espaço participativo do Conselho Estadual de Saúde. Embora este nos dê menos informação sobre as políticas e programas específicos que vínhamos acompanhando, nos esclarece sobre o teor das políticas. Por exemplo, tornar o Estado de São Paulo um produtor de medicamento para consumo na América Latina.

Ambas as contribuições - aprimoramento dos instrumentos de gestão e monitoramento da construção e da implementação e cumprimento das políticas, programas e estratégias do SUS - não conflitaram com o incremento da universalidade do acesso a medicamentos. São ferramentas para se atingir esse objetivo, para cumprir esse preceito do SUS. Mas como nossa questão é sobre a suficiência dos instrumentos de gestão para o atendimento desse preceito, consideramos que mais deveria estar sendo feito nessas instâncias. Os desafios colocados pelas limitações orçamentárias parecem exigir delas maior atuação, aprimorando, por exemplo, os instrumentos de regulação econômica, tangencialmente tratados por elas. Mais: seria desejável, que ao aprimorar os instrumentos de regulação econômica, os gestores orientassem seu poder de compra para induzir a produção de conhecimento, o incentivo à inovação nos laboratórios oficiais e o financiamento de pesquisa que barateasse o custo da produção dos insumos e medicamentos, não apenas a possível redução dos gastos na aquisição concertada de medicamentos pelos gestores.

Antes de entrarmos nessa argumentação, reconheçamos os resultados alcançados pelos gestores no aprimoramento dos instrumentos que agem sobre o tradicional espaço da gestão da saúde. E nos perguntemos sobre o que essa ampliação de cobertura populacional e de cobertura do espectro

nosológico (universalidade e integralidade) representou em termos financeiros.

CAPÍTULO 6

AMPLIANDO A COBERTURA E BATENDO NO TETO

Transferências SUS: componentes da transferência

No sítio eletrônico do Ministério da Saúde encontram-se os dados referentes às transferências SUS do gestor federal aos entes subnacionais para a execução de ações e serviços de saúde. As rubricas ou componentes de transferências são reunidas em três grupos, amplamente conhecidos: Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, Atenção Básica e Ações Estratégicas. O Quadro 34, do Anexo 3, apresenta a relação de componentes de cada um desses três grandes grupos de repasse. A lista de componentes foi elaborada a partir da consulta aos dados do Fundo Nacional de Saúde, com base nos registros referentes ao ano de 2004, das transferências consolidadas no território geográfico Brasil aos territórios geográficos Região Sudeste (SE), Estado de São Paulo (municípios e estado) e ao gestor estadual paulista de saúde.

Assim, totalizam 101 componentes (respectivamente: 22 de Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, 34 para Atenção Básica e 45 referentes a Ações Estratégicas) repassados pelo gestor federal a municípios e estados. A lista completa de componentes se altera ano-a-ano em função da dinâmica de necessidades a serem atendidas pelo SUS, ou de território para território, devido à existência de necessidades distintas entre eles. Em 2004, enquanto a lista completa de componentes de transferências totalizava 101 itens, os recebidos pelo

conjunto de municípios e estados da Região Sudeste do país totalizavam 93. As 8 (oito) rubricas **não** recebidas por municípios e estados da Região Sudeste foram: de Incentivo ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU; Ações de Eliminação da Doença de Chagas, Incentivo para o Desenvolvimento de Ações Contingenciais da Malária, Incentivo ao Desenvolvimento de Atividades do Inquérito Nacional de Prevenção do Tracoma, Incentivo à Intensificação das Ações de Controle da Filariose, Componente Estadual do Programa de Saúde da Família, e as ações estratégicas relacionadas à Leishmaniose Visceral e Vistoria do Pnash. Os acionados pelo conjunto de gestores municipais e estadual paulistas foram 86 componentes, sendo que os 7 recebidos pelos gestores da Região Sudeste e **não** repassados a gestores paulistas foram: Farmácia Básica - Municipal; Inc. Descentr.Unidades Saúde FUNASA - PAB; Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário; Programa Agentes Comunitários de Saúde - Municipal; Projeto Similar ao PSF; Vacinação Contra o Tétano Neonatal; e, Campanha de Oftalmologia.

A título de ilustração, acrescentamos ao Quadro 34 a lista de componentes recebidos pelo gestor estadual paulista: naquele ano, como vimos, o gestor federal transferiu recursos financeiros através de 101 componentes; os gestores municipais e estaduais da região Sudeste executaram ações e serviços referentes a 93 desses componentes; os gestores paulistas (estado e municípios), 86. O gestor estadual paulista recebeu recursos referentes a 58 componentes, assim contabilizados: **não** receberam 13 dos componentes existentes para Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, 24 dos de Atenção Básica e 6 das Ações Estratégicas. Ou seja, dos 101 componentes existentes, o gestor estadual **não** recebeu os 15 componentes listados há pouco e os 28 seguintes

componentes, acionados pelo conjunto de municípios paulistas: os 5 componentes referentes aos Centros de Apoio Psicossocial, Formação de Recursos Humanos, Componente municipal referente à Gestão Plena em Média Complexidade, Incentivo ao Financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos, Incentivo Samu, Incentivo Adicional ao CEO, Programa de Especialidade Odontológica, Apoio à População Indígena, Cadastro Nacional de Usuários do SUS, Farmácia Básica Estadual, Financiamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Incentivo à Farmácia Popular do Brasil, Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Incentivo Adicional ao PACS, Incentivo à Saúde Bucal, o componente fixo do Piso da Atenção Básica, o componente estadual do PACS, o Programa de Expansão do PSF, o componente municipal do PSF, o Programa Farmácia Popular do Brasil, Mutirão de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, as Ações Estratégicas de Terapia e Psicoterapia (SIA) e o componente Transplantes-SIA (Quadro 6).

Resta, por fim, listar os 58 componentes acionados pelo gestor estadual paulista no ano de 2004: Apoio Mudança Graduação na Área da Saúde; Campanha de Cirurgia de Catarata; Campanha de Vacinação Anti-rábica; Campanha de Vacinação do Idoso; Co-financiamento Carga Viral HIV e TCD4/CD8; Gestão Plena Sistema Estadual - NOAS; Incentivo ao Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST; MAC Vigilância Sanitária; Medicamentos Excepcionais Pacientes Crônicos; ANVISA - Taxa de Fiscalização; Campanha de Vacinação - Tríplice Viral; Epidemiologia e Controle de Doenças; Incentivo à Intensificação Ações Vigilância Controle Hanseníase; Incentivo à Realização de Levantamento Índice Rápido - AEDES AEGYPTI; Incentivo à Implantação dos Sistemas SIM e SINASC; Intensificação Vigilância e Controle da Tuberculose; Medicamentos Saúde Mental; TFECD -

Adicional; Vacinação Poliomielite; Acompanhamento ao Paciente Saúde Mental - Ações Estratégicas - SIA; Acompanhamento a Def. Auditivo; Acompanhamento de Paciente - SIA; Acompanhamentos Pós Transplante; AIDS; AIDS - Ações Estratégicas - AIH; Angioplastia Endovascular; Assistência Domiciliar - Ações Estratégicas - SIA; Assistência Pré-Natal - AIH; Câncer de Colo Uterino; Central de Regulação - Ações Estratégicas - AIH; Central de Regulação - Ações Estratégicas - SIA; Deformidade Crânio-Facial; Epilepsia - AIH; Fisioterapia - Ações Estratégicas - SIA; Gastroplastia - AIH; Geriatria - Ações Estratégicas - AIH; HIV/AIDS - Fórmula Infantil Adicional; Incentivo CNRAC - Ações Estratégicas - SIA; Leptospirose - Ações Estratégicas - AIH; Leucemia Mielóide - SIA; Neonatal - SIA; Neurocirurgia - AIH; Ortodontia; Patologia Clínica - Ações Estratégicas - SIA; Pré-Natal; Próstata; Próstata - Ações Estratégicas - AIH; Psicodiagnóstico - Ações Estratégicas - SIA; Queimados; Reabilitação; Registro Civil e Nascimento - AIH; Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - AIH; Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - SIA; Tabagismo - Ações Estratégicas - SIA; Terapia Renal Substitutiva - SIA; Transplantes; Tuberculose; e, Varizes.

O montante de recursos financeiros assim repassados naquele ano encontra-se no Quadro 4.

Segundo os Quadros 4, 5 e 6 os gestores paulistas (municípios e estado) foram o destino de 24,5% dos recursos repassados pelo gestor federal, a título de transferência SUS, ao conjunto de entes subnacionais, no ano de 2004. Dos R\$ 4,6 bilhões repassados aos gestores paulistas, cerca de 45% (R\$ 2,1 bilhões) foram repassados ao gestor estadual.

Quadro 4 – Montante em R\$ e frequência dos componentes transferidos da União aos entes subnacionais, por abrangência territorial e grande componente do repasse fundo a fundo, 2004.

Abrangência dos Gestores Subnacionais	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)		Atenção Básica		Ações Estratégicas		TOTAL	
	1.000 R\$	*	1.000 R\$	*	1.000 R\$	*	1.000 R\$	*
BRASIL	11.563.969	22	5.337.252	34	1.951.446	45	18.852.667	101
Região Sudeste	5.482.209	21	1.862.082	29	1.068.864	43	8.413.156	93
Estado de S.Paulo	3.105.940	21	841.859	23	663.834	42	4.611.633	86
Gestor Estadual	1.749.884	9	30.369	10	328.052	39	2.108.305	58

(*) Número de componentes de transferência

Fonte: Siops, 2004.

Quadro 5 - Montante em R\$ e frequência relativa dos recursos transferidos da União aos entes subnacionais, por abrangência territorial e grande componente do repasse fundo a fundo, 2004.

Abrangência dos Gestores Subnacionais	Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)		Atenção Básica		Ações Estratégicas		TOTAL	
	1.000 R\$	%	1.000 R\$	%	1.000 R\$	%	1.000 R\$	%
BRASIL	11.563.969	100,0	5.337.252	100,0	1.951.446	100,0	18.852.667	100,0
Região Sudeste	5.482.209	47,4	1.862.082	34,9	1.068.864	54,8	8.413.156	44,6
Estado de S.Paulo	3.105.940	26,9	841.859	15,8	663.834	34,0	4.611.633	24,5
Gestor Estadual	1.749.884	15,1	30.369	0,6	328.052	16,8	2.108.305	11,2

Fonte: Siops, 2004.

Quadro 6 – Frequência dos componentes e frequência relativa da participação da abrangência territorial transferidos da União aos entes subnacionais, por abrangência territorial e grande componente do repasse fundo a fundo, 2004.

Abrangência dos Gestores Subnacionais	Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)		Atenção Básica		Ações Estratégicas		TOTAL	
	No. Comp.	%	No. Comp.	%	No. Comp.	%	No. Comp.	%
BRASIL	22	100,0	34	100,0	45	100,0	101	100,0
Região Sudeste	21	95,5	29	85,3	43	95,6	93	92,1
Estado de S.Paulo	21	95,5	23	67,6	42	93,3	86	85,1
Gestor Estadual	9	40,9	10	29,4	39	86,7	58	57,4

Fonte: Siops, 2004.

Muito interessante também é que as três abrangências territoriais acima destacadas (Região Sudeste do país, Estado de São Paulo e Gestor estadual paulista) se caracterizam igualmente por apresentarem maior participação

nos recursos destinados a MAC e Ações Estratégicas. Pelo Quadro 5, a participação dessas três abrangências territoriais no total de recursos repassados é respectivamente de 44,6%, 24,5% e 11,2%. A sua participação no repasse dos recursos de Atenção Básica é sempre inferior a esses percentuais, enquanto a participação nos repasses de MAC e Ações Estratégicas é sempre superior aos mesmos percentuais. Isso denota maior capacidade instalada de equipamentos de saúde na Região Sudeste do que no restante do país, demonstrando que as demais regiões do país concentram sua atuação precipuamente em Atenção Básica.

Transferências SUS: estruturando as atribuições

Ao acompanharmos o comportamento histórico dos repasses financeiros entre 2001 e 2004 vai ficando claro que as rubricas de repasse foram sendo engendradas à medida que os gestores iam identificando áreas estratégicas e problemáticas para sua atuação, passando então a negociar incentivos específicos, ao mesmo tempo que iam identificando atribuições próprias e compartilhadas entre níveis distintos de gestão. As responsabilidades federativas de cada nível de gestão, à medida que se tornavam consensuadas, consolidavam-se em torno da chamada Atenção Básica ou da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade. As responsabilidades que se iam mostrando inadiáveis, transformaram-se em rubricas estratégicas, talvez um eufemismo para "à espera de definição mais clara de responsabilidade".

Segundo os dados do Ministério da Saúde sobre as transferências SUS feitas a municípios e Estado de São Paulo, no período entre 2001 e 2004, houve um crescimento permanente ano-a-ano (Quadro 7) nos três grandes grupos de transferências: Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, Atenção Básica e Ações

Estratégicas. Entre 2001 e 2004 o acréscimo foi de 171% (Quadro 13)¹⁵. Dos três grupos de componentes, o que teve menor acréscimo no período foi o de Atenção Básica (46,2%), aparentemente porque tais transferências já estavam estruturadas em 2001: passou de R\$ 575 milhões para R\$ 841 milhões. O acréscimo do grande componente de Média e Alta Complexidade foi de 181% e concentrou-se no período entre 2002 e 2004 (aproximadamente 70% ao ano): de R\$ 1,1 bi para R\$ 3,1 bi. As Ações Estratégicas apresentaram um crescimento espetacular: quase 3.900 %. Isto se deveu ao patamar ínfimo do qual partiu em 2001; significa que tais ações foram a grande novidade da estruturação da gestão no período: cada vez mais recursos foram transferidos sob essa caracterização, vindo a atingir em 2004 o montante de R\$ 663 milhões, valor inferior, contudo, ao repassado a título de Atenção Básica no mesmo ano (Quadro 7)

Quadro 7 – Montante (R\$ 1.000) de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao Estado de São Paulo (estado e municípios), segundo grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004	3.105.940,18	841.859,43	663.833,88	4.611.633,49
2003	1.861.870,01	754.746,06	291.383,83	2.907.999,90
2002	1.120.099,60	651.221,57	67.882,66	1.839.203,82
2001	1.106.866,39	575.832,45	16.596,43	1.699.295,27

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 8 - Montante (R\$ 1.000) de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao gestor estadual paulista, segundo grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004	1.749.884,01	30.368,93	328.052,19	2.108.305,13
2003	838.583,38	36.666,46	142.024,08	1.017.273,92
2002	310.889,58	34.193,90	0,00	345.083,48
2001	256.256,46	31.493,88	413,85	288.164,18

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

¹⁵ Os valores do Quadro 13 foram calculados a partir dos Quadros 7 e 10.

Quadro 9 - Montante (R\$ 1.000) de recursos financeiros repassados pelo gestor federal aos gestores municipais paulistas, segundo grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004	1.356.056,17	811.490,50	335.781,69	2.503.328,36
2003	1.023.286,64	718.079,60	149.359,74	1.890.725,98
2002	809.210,02	617.027,67	67.882,67	1.494.120,34
2001	850.609,93	544.338,58	16.182,59	1.411.131,09

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 10 – Variação do montante (R\$ 1.000), entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao Estado de São Paulo (estado e municípios) em cada grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Anos de comparação	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	1.244.070,17	87.113,37	372.450,05	1.703.633,60
2003/2002	741.770,42	103.524,49	223.501,16	1.068.796,07
2002/2001	13.233,21	75.389,11	51.286,23	139.908,55
2004/2001	1.999.073,79	266.026,98	647.237,45	2.912.338,22

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 11 – Variação do montante (R\$ 1.000), entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao gestor estadual paulista em cada grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Anos de comparação	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	911.300,63	- 6.297,53	186.028,11	1.091.031,21
2003/2002	527.693,80	2.472,56	142.024,08	672.190,44
2002/2001	54.633,12	2.700,03	- 413,85	56.919,30
2004/2001	1.493.627,55	- 1.124,95	327.638,35	1.820.140,95

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 12 – Variação do montante (R\$ 1.000), entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, de recursos financeiros repassados pelo gestor federal aos gestores municipais paulistas em cada grande componente de transferência SUS, em anos

Anos de comparação	Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	332.769,54	93.410,91	186.421,94	612.602,39
2003/2002	214.076,62	101.051,93	81.477,08	396.605,63
2002/2001	- 41.399,91	72.689,09	51.700,08	82.989,26
2004/2001	505.446,25	267.151,93	319.599,10	1.092.197,27

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 13 – Variação percentual, entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, do montante de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao Estado de São Paulo (estado e municípios) em cada grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Anos de comparação	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	66,82	11,54	127,82	58,58
2003/2002	66,22	15,90	329,25	58,11
2002/2001	1,20	13,09	309,02	8,23
2004/2001	180,61	46,20	3.899,86	171,39

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Os Quadros 14 e 15¹⁶ detalham esse crescimento por ente federativo. O maior crescimento de recursos transferidos entre 2001 e 2004 deu-se para o Estado (631,6%). Contra 77% de crescimento de repasse aos municípios.

Quadro 14 – Variação percentual, entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, do montante de recursos financeiros repassados pelo gestor federal ao gestor estadual paulista em cada grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Anos de comparação	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	108,67	-17,18	130,98	107,25
2003/2002	169,74	7,23	---	194,79
2002/2001	21,32	8,57	---	19,75
2004/2001	582,86	-3,57	79.168,85	631,63

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 15 – Variação percentual, entre anos consecutivos e entre 2001 e 2004, do montante de recursos financeiros repassados pelo gestor federal aos gestores municipais paulistas em cada grande componente de transferência SUS, em anos selecionados.

Anos de comparação	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004/2003	32,52	13,01	124,81	32,40
2003/2002	26,46	16,38	120,03	26,54
2002/2001	-4,87	13,35	319,48	5,88
2004/2001	59,42	49,08	1.974,96	77,40

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

O Quadro 16 mostra a participação relativa das transferências ao Estado no montante total (estado mais

¹⁶ Os valores do Quadro 14 foram calculados a partir dos Quadros 8 e 11. Os Valores do Quadro 15 foram calculados a partir dos Quadros 9 e 12.

municípios) transferido, por ano. De 2001 a 2004 a participação das transferências ao Estado cresceu ano-a-ano, partindo de 17% até atingir quase metade (45,7%) dos recursos transferidos aos gestores no estado. O Quadro 17 traz os valores complementares a estes dados. Os municípios partiram, em 2001, de um montante equivalente a 87% dos recursos repassados, para chegar em 2004 com recebimento de 54,3% dos repasses. Como o volume total de recursos transferidos cresceu muito no período (Quadro 7), essa recomposição da participação dos entes subnacionais pode ser feita sem que os municípios perdessem em valores absolutos.

Entretanto, quando observamos esse movimento, considerando cada um dos três grupos de componentes, nota-se que a participação de cada ente no grupo de Atenção Básica manteve-se praticamente a mesma em todos os anos do período: o Estado recebeu sempre algo em torno de 4% do valor transferido, contra os 96% transferidos aos municípios. Já no que concerne às Ações Estratégicas, cujos valores não eram significativos no início do período, partiu-se de uma situação em que os municípios recebiam a quase totalidade dos recursos para se chegar a uma situação em que Estado e Municípios retém meio-a-meio o montante transferido. É no grupo de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade que se deu uma fundamental alteração da participação. No início do período, os municípios eram os destinatários de 77% dos recursos, ou, R\$ 0,85 bi dos R\$ 1,1 bi; em 2004 o Estado recebia 56% deles, ou seja, R\$ 1,7 bi dos R\$ 3,1 bi transferidos.

Quadro 16 – Participação percentual do montante de recursos transferidos ao gestor estadual paulista em relação ao total repassado ao Estado de São Paulo (estado e municípios), segundo grande componente de repasse e total de componentes repassados, em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	T O T A L
2004	56,3	3,6	49,4	45,7
2003	45,0	4,9	48,7	35,0
2002	27,8	5,3	0,0	18,8
2001	23,2	5,5	2,5	17,0

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 17 – Participação percentual do montante de recursos transferidos aos gestores municipais paulistas em relação ao total repassado ao Estado de São Paulo (estado e municípios), segundo grande componente de repasse e total de componentes repassados, em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	T O T A L
2004	43,7	96,4	50,6	54,3
2003	55,0	95,1	51,3	65,0
2002	72,2	94,7	100,0	81,2
2001	76,8	94,5	97,5	83,0

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Com relação à participação de cada grupo de componentes no total de recursos transferidos a cada nível de gestão (Quadro 18 e Quadro 19), observa-se que em todos os anos do período, a Atenção Básica foi responsável por algo entre 30 e 40% dos repasses feitos aos municípios e as MAC, entre 50 e 60%. O grupamento que mais variou para os municípios foi das Ações Estratégicas: apenas 1,1% das transferências aos municípios eram desta natureza em 2001; em 2004 atingiu 13,4%. O grupo cuja participação nas transferências ao Estado se mostrou mais estável foi o de MAC: entre 80 e 90% do que é anualmente transferido. Houve para eles uma redução significativa da participação do grupo de Atenção Básica: sai de 11% em 2001 e chega em 2004 com 1,4% das transferências; e um crescimento substancial no grupo de Ações Estratégicas: sai de 0,1% das

transferências ao Estado em 2001, para atingir 15,6% em 2004.

Quadro 18 – Participação percentual do montante financeiro de grande componente de repasse transferido em relação ao total transferido, por ano, ao gestor estadual paulista. Em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004	83,0	1,4	15,6	100,0
2003	82,4	3,6	14,0	100,0
2002	90,1	9,9	0,0	100,0
2001	88,9	10,9	0,1	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Quadro 19 – Participação percentual do montante financeiro de grande componente de repasse transferido em relação ao total transferido, por ano, aos gestores municipais paulistas. Em anos selecionados.

Ano de Competência	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2004	54,2	32,4	13,4	100,0
2003	54,1	38,0	7,9	100,0
2002	54,2	41,3	4,5	100,0
2001	60,3	38,6	1,1	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Transferências.

Em 2004, de cada R\$ 4 (quatro reais) de transferências SUS saídas do orçamento do Ministério da Saúde, R\$ 1 (um real) tomou o destino do Estado de São Paulo. Deste R\$ 1 (um real), R\$ 0,45 (quarenta e cinco centavos) foi executado pelo gestor estadual paulista (Quadro 5).

O comportamento das transferências SUS ao Estado de São Paulo entre os anos de 2001 e 2004 aponta para a natureza indutora de descentralização dessas transferências. As responsabilidades dos entes subnacionais foram avolumando com o passar dos anos, à medida que foram crescendo os valores monetários repassados.

O ente subnacional estadual, que em 2001 recebia 17% do recurso repassado, chegou a 2004 executando 45,7% dos recursos (Quadro 16). Mesmo tendo decrescido de 87% para 54,3% a participação dos municípios paulistas nos repasses,

não houve perda monetária absoluta (Quadro 17). Significa que enquanto se operava esse deslocamento percentual, os valores monetários cresceram muito (171%): de R\$ 1,7 bilhões para R\$ 4,6 bilhões (Quadro 7 e Quadro 13).

Ao final do período (2004) fica clara a tendência a se financiar o Estado em responsabilidades de assistenciais de Média e Alta Complexidade, a se financiar os municípios em responsabilidades de Atenção Básica e a se repassar montantes percentuais iguais - próximos de 50% - a municípios e estado para financiar as Ações Estratégicas (Quadro 16 e Quadro 17).

Por sua vez, estas, que não representam montantes significativos (Quadro 18 e Quadro 19) - apesar do crescimento espetacular no período -, desempenham o papel de estruturação provisória de atribuições de responsabilidade aos entes subnacionais, primeiramente descentralizando o recurso, para em seguida fixar-se neste ou naquele ente subnacional.

Mas, como se comportam as transferências SUS quando implicam a questão de medicamentos e ações de assistência farmacêutica? Trataremos disso a seguir, começando pelos gastos federais e pelo conjunto de rubricas e programas.

Gastos com medicamentos: transferências e recursos próprios

A publicação do Fundo Nacional de Saúde, do ano de 2003, denominada "Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Manual Básico" (BRASIL, 2003-A) faz menção ao programa de Assistência Farmacêutica Básica, integrante do Piso de Atenção Básica (parte variável), ao Programa de Aquisição de Medicamentos Excepcionais e ao Programa de Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental. Entretanto, é evidente que o caráter didático da publicação supera sua precisão: naquela ocasião, já estava em curso uma bateria

de rubricas para custeio das ações terapêuticas medicamentosas que não são explicitadas pelo manual.

Texto posterior, de GUERRA, PERINI & ACURCIO (2005), com dados referentes ao ano de 2002, apresenta como montante gasto pelo Ministério da Saúde, com fármacos, o valor de R\$ 1.442.232,3 mil, e com medicamentos, R\$ 1.820.904,5 mil. Os medicamentos eram fornecidos por intermédio dos seguintes programas: Medicamentos Excepcionais e os programas estratégicos de Vacinas e toxóides, Programa de Saúde da Família, Aids, Farmácia penitenciária, Endemias focais, Hemoderivados, Pneumologia sanitária, Hanseníase, Projeto nascer-maternidades, além de outros. Os dados dos autores, referentes aos gastos com medicamentos, são os que seguem.

Em apresentação feita por CÁRDENAS em outubro de 2002, durante o Seminário Internacional "Os Desafios para uma assistência farmacêutica integral", apresentaram-se os seguintes dados elucidativos dos gastos estimados do Ministério da Saúde com medicamentos no ano de 2002:

Os três primeiros itens totalizam R\$ 1.819.502,2: aproximadamente os mesmos valores apresentados por GUERRA, PERINI & ACURCIO (2005) no Quadro 20. A diferença para o valor totalizado na tabela provém do valor estimado dos gastos com medicamentos hospitalares. Ou seja, todos os componentes de gastos com medicamentos abordados no trabalho de GUERRA são enquadrados por Cárdenas em três categorias fundamentais de gastos: medicamentos excepcionais, de programas estratégicos e medicamentos integrantes da Assistência Farmacêutica Básica. Cárdenas, ao estimar os gastos com medicamentos associados à atenção hospitalar, vai além, concluindo que a destinação do MS a medicamentos ultrapassa os R\$ 3 bilhões anuais.

Quadro 20 - Gastos com medicamentos segundo programas do Ministério da Saúde, 2002.

Programas do Ministério da Saúde	Valor R\$ 1.000
Aids	487.786,3
Medicamentos excepcionais SIA-FAEC	462.734,6
Hemoderivados	273.140,5
Diabetes	91.954,7
Saúde da Família	57.606,4
Hiperdia	30.063,2
Endemias focais	21.992,7
Pneumologia Sanitária	13.461,0
Farmácia Mulher	5.633,0
Hanseníase	2.490,1
Alimentação e Nutrição	965,8
Projeto Nascer-Maternidades	930,8
Farmácia Penitenciária	432,7
Lúpus	136,3
Subtotal	1.449.532,0
Outros programas e incentivos	
Vacinas e toxóides	177.206,9
Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - municipal	93.751,8
Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – estadual	78.332,0
Incentivo à Assistência Farmacêutica – Saúde Mental	22.081,8
Total Geral	1.820.904,5

Fonte: Guerra, Perini & Acurcio, 2005.

Obs: dados reproduzidos do original dos autores, com valores arredondados para apresentação em R\$ 1.000.

Quadro 21- Gastos estimados com medicamentos, do Ministério da Saúde, 2002.

Categorias e gestão dos programas	Valores estimados para 2002 (R\$ 1.000)
Medicamentos para atender os Programas Estratégicos (*)	997.179,4
Medicamentos para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica (**)	332.789,8
Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo) (***)	489.533,0
Medicamentos cobertos na atenção hospitalar (****)	1.182.017,2
Total anual	3.002.017,2

Fonte: CÁRDENAS, 2002.

* Sob gestão da Secretaria Executiva-MS.

** Sob a gestão da Secretaria de Políticas de Saúde, correspondente a R\$ 2,00/hab/ano, com a metade custeada com recursos descentralizados pelo MS e a outra metade compartilhada pelo gestor estadual e municipal, pactuado nas respectivas CIB.

*** Normatizados pela Secretaria de Assistência à Saúde, mediante repasse de teto financeiro aos estados.

**** Estimativa dos gastos com MAT/MED.

Obs: dados reproduzidos do original dos autores, com valores arredondados para apresentação em R\$ 1.000.

A título de nos ajudar a compreender o emaranhado de rubricas sob o qual se desenvolvem os gastos estatais brasileiros com medicamentos, seja mediante transferências SUS, seja pela execução direta dos diferentes níveis de gestão, vamos recorrer agora a uma recente normatização do MS e posteriormente aos dados do SIOPS.

A Portaria GM 698, de 30 de março de 2006, ao reunir o custeio da Assistência Farmacêutica sob um único "bloco de financiamento", oferece a seguinte sistematização para as ações até então financiadas sob diversas rubricas: "Art. 16. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica."

Segundo a Portaria, o componente básico tem uma parte financeira fixa e uma parte financeira variável. A parte fixa, atualmente chamada "Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - componente descentralizado", é um valor per capita transferido a estados e municípios, conforme pactuação nas respectivas CIBs, onde se define a contrapartida dos entes subnacionais. Parcelas mensais são transferidas aos municípios, exceto quando este pactuou sua transferência ao Fundo Estadual ou a outro município em situação de consórcio. Quando essa pactuação previr a contrapartida estadual em medicamentos, a relação destes deve estar explicitada.

A parte variável reúne programas que hoje são contemplados no Componente Estratégico e consiste de "valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos programas de

Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo." Tais recursos poderão ser executados descentralizadamente a estados e municípios ou permanecer, em situações excepcionais pactuadas na CIT, com execução centralizada no MS (Ministério da Saúde, 2006).

Pela regra atual, o que se chama Assistência Farmacêutica Básica reúne recursos destinados exclusivamente à aquisição de medicamentos básicos. O valor total empregado com esse fim é de pelo menos R\$ 2 hab/ano, sendo R\$ 1 proveniente de repasse federal e, pelo menos R\$ 1 oriundo dos tesouros municipal e estadual.

No Art. 18, a Portaria estabelece que o chamado "Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica" objetiva o custeio dos seguintes programas de saúde estratégicos: Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Anti-retrovirais do programa DST/AIDS; Sangue e Hemoderivados; e Imunobiológicos. Os recursos correspondentes são executados pelo MS, cabendo a estados e municípios o armazenamento e distribuição (Ministério da Saúde, 2006).

O terceiro componente do Bloco de Financiamento criado pela Portaria, o de Medicamentos de Dispensação Excepcional, destina-se ao custeio da aquisição e distribuição de medicamentos que integram o Grupo 36 da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SIA/SUS, cabendo seu financiamento e aquisição ao MS e aos estados, conforme pactuação, e sua dispensação, aos estados.

Os medicamentos excepcionais consomem extensos recursos do SUS. O Programa foi criado em 1993 destina-se a custear medicamentos de custo elevado e freqüentemente de uso contínuo. Segundo o "sítio eletrônico" do Ministério da

Saúde são em número de 87 os medicamentos arrolados como excepcionais e são comprados pelas secretarias estaduais de saúde, com recursos repassados pelo Ministério da Saúde por intermédio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. O Manual de Aquisição de Medicamentos do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) informa que são 104 os medicamentos constantes do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, reunidos em 242 apresentações farmacêuticas.

Assim, a Portaria oferece uma nova sistematização para os gastos com assistência farmacêutica e reconhece a segmentação da área nos seguintes componentes: Medicamentos de Dispensação Excepcional; Programa de Hipertensão e Diabetes; Programa de Asma e Rinite; Programa de Saúde Mental; Programa de Saúde da Mulher; Programa de Alimentação e Nutrição; Combate ao Tabagismo; Programas de Controle de endemias - Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional -; Anti-retrovirais do programa DST/AIDS; Sangue e Hemoderivados; e, Imunobiológicos.

Quanto aos Programas de Alimentação e Nutrição, mencione-se o de Combate às Carências Nutricionais, onde se prevê a aquisição de complementos vitamínicos e minerais.

O Programa de medicamentos essenciais para saúde mental oferece recursos para aquisição de medicamentos em toda a rede pública.

Também encontramos recursos destinados a medicamentos e insumos nos atuais componentes do Piso da Atenção Básica, no qual estão previstos os gastos com vacinação. Como se vê é complexa a teia de mecanismos públicos destinados a suprir o acesso da população a medicamentos e insumos.

Segundo o manual do Ministério da Saúde (2006), a assistência farmacêutica não tem inserção na programação e

organização das ações e serviços de saúde, sendo vista como um suprimento de tais ações. Isso tem mudado nos últimos anos, quando o gestor percebeu o custo crescente desse componente e o efeito que apresenta na qualidade dos serviços oferecidos (p. 33).

As três esferas de gestão têm responsabilidade no financiamento da assistência farmacêutica. Segundo o manual, um remodelamento do financiamento está em curso e pode ser vislumbrado nas alterações previstas pelas portarias 1105/2005 (MS/GM, 07/07/2005) e 2084/2005 (MS/GM, 23/10/2005), além da Portaria 399/2006 (MS/GM, 22/02/2006)¹⁷.

A Portaria 1105 expressa as diversas possibilidades de pactuação entre os entes federativos, no que se refere ao asseguramento dos medicamentos.

"Art. 27. As formas de execução do financiamento e operacionalização da Assistência Farmacêutica Básica a serem pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, podem ser orientados conforme segue:

"a) Os recursos dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde e os processos de aquisição e distribuição dos medicamentos são realizados pelo Estado.

"b) Os recursos financeiros dos níveis federal e estadual são depositados no Fundo Estadual de Saúde, cabendo ao Estado a aquisição e a distribuição dos medicamentos, nos termos pactuados. Os municípios ficam responsáveis pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida, respeitando o mínimo definido na pactuação da Comissão Intergestores Tripartite.

¹⁷ Essas portarias, além de darem informações sobre o movimento mais recente de sistematização do financiamento da assistência farmacêutica, ajudam a compreender os diversos componentes desse bloco de financiamento.

"c) Os recursos dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde, e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos correlatos definidos na pactuação da Comissão Intergestores Bipartite, observando-se o mínimo definido pela Comissão Intergestores Bipartite.

"d) Os recursos dos níveis federal e municipais são depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos. O estado faz aquisição e distribuição dos medicamentos. Nesse caso, devem ser definidos os elencos de responsabilidade de cada gestor.

"Art. 28. Em um mesmo estado poderão existir quantas formas de pactuações forem necessárias ao atendimento das necessidades e especificidades regionais ou dos municípios."

Este trecho, confrontado com Manual SIFAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: 28 e segs.) permite identificar a designação de cada um dessas quatro possibilidades, como se segue, respectivamente: TCE - Recursos Totalmente Centralizados no Estado; PDM - Recursos Parcialmente Descentralizados no Município; PCE - Recursos Parcialmente Centralizados no Estado; e, TDM - Recursos Totalmente Descentralizados no Município.

Gastos com medicamentos nas transferências SUS para São Paulo

Convém agora voltarmos às transferências SUS ao Estado de São Paulo e detalharmos os componentes de cada um dos grupamentos que encerram gastos com medicamentos e com organização da Assistência Farmacêutica, com a finalidade de quantificarmos, dos recursos transferidos, quanto foi executado com essa finalidade.

Como se viu é bastante confusa a classificação dos repasses em cada um dos grupamentos, o que, no nosso entendimento, explicita a construção concreta de uma política, ou seja, dos procedimentos de algo que se pretende seja uma política. Então, partindo-se dos componentes listados no levantamento que fizemos para o ano de 2004, no Estado de São Paulo, os de Média e Alta Complexidade foram os apresentados no Quadro 22.

Quadro 22 – Relação dos componentes do Grupo de transferências de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade a municípios e estado paulistas, segundo repasses do ano de 2004 (Excerto do Quadro 34, Anexo 3)

Componente	TOTAL	%
Gestão Plena Sistema Estadual - NOAS	1.361.074.177,86	43,8
Gestão Plena Sist. Municipal - Média Complexidade	1.300.934.363,70	41,9
Medicamentos Excepcionais Pacientes Crônicos	353.847.544,81	11,4
Incent. Prog. Nacional de HIV/AIDS e outras DST	29.615.470,29	1,0
Campanha de Cirurgia de Catarata	28.196.825,51	0,9
MAC Vigilância Sanitária	10.509.042,60	0,3
Serviços Atendimento Móvel de Urgências - SAMU	7.102.500,00	0,2
Co-financ. Carga Viral HIV e TCD4/CD8	3.831.393,96	0,1
Apoio Mudança Graduação na Área da Saúde	3.076.351,91	0,1
Formação de Recursos Humanos	1.940.974,76	0,1
Campanha de Vacinação Anti-rábica	1.642.750,00	0,1
Incentivo - SAMU	1.550.000,00	0,0
Campanha de Vacinação do Idoso	524.183,25	0,0
CAPS AD - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	480.000,00	0,0
Inc. Financ. Serviços Residenciais Terapêuticos	430.000,00	0,0
Incentivo Adicional ao CEO	390.000,00	0,0
CAPS II - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	270.000,00	0,0
CAPS I - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	240.000,00	0,0
Programa de Especialidade Odontológica	204.600,00	0,0
CAPS III - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	50.000,00	0,0
CAPS IN - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	30.000,00	0,0
T O T A L	3.105.940.178,65	

Fonte: Ministério da Saúde, DES, Transferências.

As transferências efetuadas para Atenção Básica e para Ações Estratégicas foram, em 2004, as apresentadas nos dois Quadros seguintes.

Quadro 23 – Relação dos componentes do Grupo de transferências de Atenção Básica a municípios e estado paulistas, segundo repasses do ano de 2004 (excerto do Quadro 34, Anexo 3).

Componente	TOTAL	%
Piso da Atenção Básica - Fixo	475.012.755,88	56,4
Programa de Saúde da Família - Municipal	126.825.739,50	15,1
Epidemiologia e Controle de Doenças	88.278.777,01	10,5
Programa Agentes Comunitários de Saúde - Municipal	47.363.920,00	5,6
Farmácia Básica - Estadual	38.177.741,88	4,5
Incentivo Saúde Bucal	11.605.800,00	1,4
Programa de Expansão do PSF - PROESF	9.637.845,50	1,1
Incentivo Ações Básicas Vig. Sanitária	9.615.028,26	1,1
TFECD - Adicional	9.473.235,82	1,1
Financ. Centros Referência Saúde do Trabalhador	6.456.000,00	0,8
ANVISA - Taxa de Fiscalização	5.454.777,90	0,6
Medicamentos Saúde Mental	4.839.141,48	0,6
Incentivo Adic. Prog. Agentes Comunit. de Saúde	4.463.160,00	0,5
Programa Farmácia Popular do Brasil	1.120.000,00	0,1
Vacinação Poliomielite	990.184,20	0,1
Intensificação Vigilância e Contr. da Tuberculose	818.156,27	0,1
Cadastro Nacional de Usuários do SUS	477.119,90	0,1
Campanha de Vacinação - Tríplice Viral	401.669,55	0,0
Incentivo à Farmácia Popular do Brasil	400.000,00	0,0
Inc. Realiz. Levant. Índice Rápido - AEDES AEGYPTI	204.699,99	0,0
Incent. Implantação dos Sistemas SIM e SINASC	197.120,00	0,0
Inc. Intens. Ações Vigilância Controle Hanseníase	27.000,00	0,0
Apoio à População Indígena	19.560,00	0,0
T O T A L	841.859.433,14	100,00

Fonte: Ministério da Saúde, DES, Transferências.

Quadro 24 – Relação dos componentes do Grupo de transferências de Ações Estratégicas a municípios e estado paulistas, segundo repasses do ano de 2004 (Excerto do Quadro 34, Anexo 3).

Componente	TOTAL	%
Terapia Renal Substitutiva - SIA	280.610.836,16	42,3
Acompanhamento de Paciente - SIA	89.474.766,39	13,5
Transplantes	79.629.107,75	12,0
Leucemia Mielóide - SIA	36.738.754,50	5,5
Acompanhamentos Pós Transplante	28.807.068,83	4,3
Acomp. Pac. Saúde Mental - Ações Estrat. - SIA	17.806.137,10	2,7
Câncer de Colo Uterino	15.796.506,14	2,4
Deformidade Crânio-Facial	13.071.132,47	2,0

Reabilitação	12.619.838,77	1,9
Neonatal - SIA	10.113.265,50	1,5
Central de Regulação - Ações Estratégicas - AIH	8.790.236,56	1,3
Angioplastia Endovascular	8.130.895,69	1,2
Terapia e Psicoterapia - Ações Estratégicas - SIA	7.943.925,38	1,2
Varizes	6.195.710,02	0,9
Queimados	4.244.914,85	0,6
AIDS	4.136.163,00	0,6
Ortodontia	4.108.658,76	0,6
Neurocirurgia - AIH	4.024.643,11	0,6
Assistência Pré-Natal - AIH	3.612.960,00	0,5
Epilepsia - AIH	3.570.363,22	0,5
Pré-Natal	3.437.630,00	0,5
Patologia Clínica - Ações Estratégicas - SIA	3.126.336,50	0,5
Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - SIA	2.744.178,37	0,4
Gastroplastia - AIH	2.470.024,34	0,4
Próstata	2.100.551,88	0,3
Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - AIH	1.993.753,23	0,3
Fisioterapia - Ações Estratégicas - SIA	1.732.393,04	0,3
Tuberculose	1.233.837,60	0,2
HIV/AIDS - Fórmula Infantil Adicional	1.135.174,02	0,2
Geriatria - Ações Estratégicas - AIH	1.084.879,58	0,2
Transplantes - SIA	651.740,00	0,1
AIDS - Ações Estratégicas - AIH	428.530,00	0,1
Registro Civil e Nascimento - AIH	420.725,00	0,1
Próstata - Ações Estratégicas - AIH	391.773,55	0,1
Assistência Domiciliar - Ações Estrat. - SIA	376.906,80	0,1
Psicodiagnóstico - Ações Estratégicas - SIA	332.320,90	0,1
Acompanhamento a Def. Auditivo	269.378,75	0,0
Central de Regulação - Ações Estratégicas - SIA	228.685,81	0,0
Mutirão de Cirurgias Eletivas Média Complexidade	110.760,41	0,0
Leptospirose - Ações Estratégicas - AIH	102.957,67	0,0
Incentivo CNRAC - Ações Estratégicas - SIA	34.558,82	0,0
Tabagismo - Ações Estratégicas - SAI	900	0,0
T O T A L	663.833.880,47	100

Fonte: Ministério da Saúde, DES, Transferências.

Os componentes realçados nos três Quadros acima são aqueles que comportam gastos com medicamentos e organização da respectiva assistência farmacêutica, totalizando R\$ 480.813,50 mil reais, ou 10,4% do valor total transferido a

municípios e estado paulistas. Internamente a cada grande componente, os montantes transferidos para aquela finalidade foram R\$ 387.294,40 mil, R\$ 44.536,88 mil e R\$ 48.982,22 mil, representando respectivamente 12,5%, 5,3% e 7,4% do total transferido para Média e Alta Complexidade, Atenção Básica e Ações Estratégicas.

Vimos que os gestores, ao longo dos anos, foram criando institucionalidades (programas, rubricas, componentes de repasse, definição de atribuições, sistemas informatizados) orientados para a sistematização de ações de atenção à saúde, usando para isso a ampliação de recursos de transferências - tanto pelo maior volume monetário, quanto pelo maior número de ações de saúde.

Em seguida, vimos que se tornou extremamente complexo o conjunto de mecanismos para assegurar o acesso a medicamentos e prestação de assistência farmacêutica à população.

Agora podemos dimensionar, aproximadamente, o volume de recursos transferidos pelo gestor federal segundo os grandes componentes de transferências.

Em 2004, 83% dos recursos repassados ao gestor estadual (Quadro 18) e 54% do repassado aos gestores municipais paulistas (Quadro 19) eram destinados a MAC. No mesmo ano, 12,5% do que foi repassado a ambos, a título de MAC, comportava rubrica destinada ao acesso a medicamentos e assistência farmacêutica.

No mesmo ano, enquanto 32,4% do que foi repassado aos municípios (Quadro 19) destinava-se a Atenção Básica, apenas 1,4% do repassado ao estado (Quadro 18) tinha a mesma finalidade. Mas, 5,3% dos recursos de Atenção Básica repassados a ambos deviam ser executados para promover acesso a medicamentos e assistência farmacêutica.

Do montante repassado aos dois níveis subnacionais, como "Ações Estratégicas", 7,4% estava associado a

medicamentos. Em termos monetários, esses recursos foram superiores aos correspondentes de Atenção Básica.

Decorre que, do repassado pelo governo federal para ser executado com medicamentos e assistência farmacêutica, a maior parte é transferida sob a designação de MAC, que é a forma preponderante de transferência ao governo estadual. A segunda maior parcela é repassada a título de "Ações Estratégicas", que, segundo nosso entendimento, expressa uma classificação transitória de descentralização até que se defina mais precisamente o ente subnacional sobre o qual recairá no futuro a respectiva atribuição.

Por fim, note-se que dos R\$ 480 milhões transferidos, em 2004, para execução com medicamentos, R\$ 353 milhões, ou 74%, foram enviados ao gestor estadual, sob a designação de "medicamentos excepcionais para pacientes crônicos", rubrica do grande componente MAC.

Chega-se a que pouco mais de 10% do total transferido ao Estado de São Paulo teve como destino a compra de medicamentos. Sabemos também que o montante dos recursos da União gastos com medicamentos para o SUS foi, em 2002, equivalente a 65% (R\$ 3 bi / R\$ 4,6 bi) do total de recursos que foi transferido em 2004 ao Estado de São Paulo (estado e municípios) e, também, que representa uma cifra 6,2 vezes (R\$ 2 bi / R\$ 0,48 bi) superior ao que transferiu em 2004 ao Estado de São Paulo para gastos com medicamentos.

Gastos totais com medicamentos

Deste ponto em diante, o texto não trata mais apenas de gastos executados com recursos provenientes do governo federal (as transferências SUS e os gastos do Ministério da Saúde), mas dos gastos totais em saúde, incluindo-se os recursos próprios de cada ente federativo subnacional: estado e municípios.

O Quadro 25 apresenta em cada estado do país qual tem sido o percentual do orçamento previsto para despesa com medicamentos no total de seus municípios, entre os anos de 2002 e 2005.

Quadro 25 – Participação percentual dos gastos municipais com medicamentos em relação à despesa total em Saúde, por Unidade da Federação e ano. Dotação orçamentária atualizada, 2002 a 2005 e total.

UF	2002	2003	2004	2005	Total
Rio de Janeiro	1,94	12,91	6,29	8,66	7,54
Amapá	6,75	5,52	7,74	11,47	7,06
Acre	7,72	7,13	6,01	7,25	6,98
Maranhão	8,11	6,89	6,65	4,65	6,7
Rio Grande do Norte	4,9	6,63	6,16	10,02	6,41
Pará	6,22	6,05	5,69	7,38	6,18
Bahia	5,36	7,12	6,42	4,45	5,82
Mato Grosso do Sul	5,38	5,37	6,18	6,09	5,81
Amazonas	2,81	6,93	7,29	4,77	5,52
Rio Grande do Sul	4,76	5,63	5,88	5,36	5,45
Alagoas	4,36	6,18	5,77	5,05	5,38
Santa Catarina	4,6	5,13	5,31	5,56	5,2
Rondônia	3,82	4,86	4,74	5,08	4,61
Paraíba	5,2	4,45	4,5	3,88	4,48
Tocantins	3,7	4,61	4,78	4,29	4,39
Mato Grosso	4,05	4,71	4,18	3,96	4,23
Paraná	3,94	4,7	4,79	3,17	4,21
Pernambuco	5,06	4,11	3,57	3,45	4,01
Sergipe	5,29	3,01	3,47	3,74	3,79
Minas Gerais	3,05	4,2	3,6	3,36	3,56
São Paulo	2,99	3,07	3,84	4,07	3,52
Roraima	2,45	4,44	2,56	7,41	3,37
Ceará	3,52	3,69	3,1	3,25	3,36
Piauí	4,56	3,01	3,17	2,58	3,3
Espírito Santo	2,46	3,52	2,67	3,19	2,97
Goiás	2,5	2,82	3,14	2,96	2,88
Total	3,71	5,39	4,65	4,62	4,62

Fonte: Siops

Vê-se que os municípios do Estado de São Paulo apresentaram no período um percentual, referente a gasto com medicamentos, não muito expressivo (3,52%) da sua despesa total em saúde, comparativamente aos municípios da maioria dos estados. Encontra-se inclusive abaixo da média nacional (4,26%). Certamente, esse comportamento relativo explica-se pelos elevados volumes de gastos com assistência

de média e alta complexidade e demais gastos do SUS, sabidamente superiores ao do restante do país, como vimos há pouco ao tratarmos das transferências SUS a esse Estado.

O mesmo Siops informa que os municípios paulistas aumentaram seus gastos com medicamentos, entre 2002 e 2004, em 87,7%: passaram de R\$ 168.604,1 mil a R\$ 316.481,4 mil. Esse valor foi calculado a partir de uma tabela, tornada acessível pelo Siops, com os percentuais do gasto municipal com medicamentos em relação à despesa total municipal em saúde, para os anos entre 2002 e 2005 (Quadro 35, Anexo 4). Neste aumento estão contabilizados 74 municípios paulistas que no Siops 2002 informaram não ter realizado qualquer gasto com medicamento. E não estão contabilizados 22 municípios, sobre os quais o Siops não informou o percentual do gasto com medicamento em relação à despesa total em saúde no município.

Quadro 26 – Gasto municipal paulista com medicamentos, recursos próprios, em 2002 e 2004 e variação absoluta e percentual no período.

Gasto com Medicamentos (R\$ 1.000)		Variação 2004/2002	
2002	2004	(R\$ 1.000)	(%)
168.604,07	316.481,38	147.877,31	87,7

Fonte: Siops

Sobre os gastos estaduais com medicamentos, os dados do Siops são ainda mais surpreendentes (Quadro 27 e Quadro 28). O crescimento entre 2002 e 2004 foi de 90,7% (Quadro 29), saindo de R\$ 940.897 mil e chegando a R\$ 1.793.930,4 mil; portanto um acréscimo de R\$ 853.033,4 mil. O Estado de São Paulo revela um aumento ainda maior, saltando de R\$ 357.358,9 mil para R\$ 797.377,9 mil, o equivalente a 123%.

Quadro 27 – População dos estados, gasto percentual com medicamentos em relação à despesa total, despesa total estadual com saúde (R\$) e gasto com medicamentos (R\$), no ano de 2002.

ESTADO	População	Medicamento / DESPESA TOTAL (%)	Despesa Total Saúde (R\$)	Gasto Estadual com Medicamentos (R\$)
Rio de Janeiro	14.724.479	11,96	871.060.372	104.178.820,49
Goiás	5.210.366	9,69	448.023.730	43.413.499,44
Minas Gerais	18.343.518	9,11	1.111.455.093	101.253.558,97
Pará	6.453.699	8,53	437.048.606	37.280.246,09
Amapá	516.514	8,2	127.344.057	10.442.212,67
São Paulo	38.177.734	7,95	4.495.080.868,00	357.358.929,01
Amazonas	2.961.804	7,61	668.929.288	50.905.518,82
Bahia	13.323.150	7,1	758.685.737	53.866.687,33
Ceará	7.654.540	7,05	529.269.265	37.313.483,18
Alagoas	2.887.526	6,44	217.382.585	13.999.438,47
Rio Grande do Norte	2.852.800	5,34	271.839.408	14.516.224,39
Distrito Federal	2.145.838	4,94	995.933.038	49.199.092,08
Mato Grosso do Sul	2.140.620	4,83	174.296.972	8.418.543,75
Pernambuco	8.084.722	4,04	697.159.064	28.165.226,19
Sergipe	1.846.042	3,75	148.360.045	5.563.501,69
Rondônia	1.431.776	3,63	122.391.902	4.442.826,04
Mato Grosso	2.604.723	2,61	210.243.251	5.487.348,85
Tocantins	1.207.008	2,03	158.572.178	3.219.015,21
Piauí	2.898.191	1,62	143.057.219	2.317.526,95
Paraíba	3.494.965	0,98	317.045.497	3.107.045,87
Paraná	9.797.965	0,87	726.636.237	6.321.735,26
Acre	586.945	0	147.247.499	0,00
Espírito Santo	3.201.712	0	287.367.522	0,00
Maranhão	5.803.283	0	194.193.434	0,00
Roraima	346.866	0	73.846.720	0,00
Santa Catarina	5.527.718	0	484.805.800	0,00
TOTAL	164.224.504	6,35	14.817.275.387	940.896.987,07

Fonte: Siops

Quadro 28 – População dos estados, gasto percentual com medicamentos em relação à despesa total, despesa total estadual com saúde (R\$) e gasto com medicamentos (R\$), no ano de 2004.

ESTADO	População	Medicamento / DESPESA TOTAL (%)	Despesa Total Saúde (R\$)	Gasto Estadual com Medicamentos (R\$)
Goiás	5.402.335	16,38	623.976.934,82	102.207.421,92
Amapá	553.100	15,02	182.919.490,00	27.474.507,40
Distrito Federal	2.233.614	11,83	807.783.834,64	95.560.827,64
Minas Gerais	18.762.405	11,51	2.281.356.207,60	262.584.099,49
São Paulo	39.239.362	10,46	7.623.115.472,60	797.377.878,43
Ceará	7.862.067	10,29	789.864.509,17	81.277.057,99
Rio Grande do Norte	2.923.287	9,86	459.042.766,93	45.261.616,82
Maranhão	5.943.807	9,27	197.857.242,29	18.341.366,36
Mato Grosso	2.697.717	9,16	466.143.907,86	42.698.781,96
Pará	6.695.940	8,68	687.762.367,79	59.697.773,52
Alagoas	2.947.717	7,61	310.537.131,68	23.631.875,72
Amazonas	3.100.136	6,9	839.309.771,85	57.912.374,26
Mato Grosso do Sul	2.198.640	6,42	298.674.325,17	19.174.891,68
Tocantins	1.253.256	5,54	230.107.158,79	12.747.936,60
Sergipe	1.903.065	5,51	257.485.839,48	14.187.469,76
Bahia	13.552.649	4,8	1.672.772.498,74	80.293.079,94
Pernambuco	8.238.849	4,26	919.996.192,70	39.191.837,81
Piauí	2.949.133	3,22	258.182.961,13	8.313.491,35
Rondônia	1.479.940	2,77	227.153.462,89	6.292.150,92
Paraná (*)	9.906.812	1,22	781.139.695,00	9.529.904,28
Acre	614.205	0	181.669.549,70	0,00
Espírito Santo	3.298.541	0	446.643.540,73	0,00
Paraíba (*)	3.518.607	0	333.980.609,77	0,00
Roraima	367.701	0	99.020.684,87	0,00
Santa Catarina	5.686.503	0	711.220.736,86	0,00
Rio de Janeiro (**)	---	---	---	---
TOTAL	139.903.969	8,72	20.572.596.588,29	1.793.930.422,50

Fonte: Siops

(*) Dados de 2003

(**) Dados não disponíveis.

Quadro 29 – Variação absoluta (R\$) e percentual (%) dos gastos estaduais com medicamentos entre 2002 e 2004.

Estado	Variação entre 2002 e 2004	
	R\$	%
Mato Grosso	37.211.433,11	678,1
Tocantins	9.528.921,38	296,0
Piauí	5.995.964,40	258,7
Rio Grande do Norte	30.745.392,43	211,8
Amapá	17.032.294,72	163,1
Minas Gerais	161.330.540,52	159,3
Sergipe	8.623.968,07	155,0
Goiás	58.793.922,49	135,4
Mato Grosso do Sul	10.756.347,93	127,8
São Paulo	440.018.949,43	123,1
Ceará	43.963.574,81	117,8
Distrito Federal	46.361.735,56	94,2
Alagoas	9.632.437,25	68,8
Pará	22.417.527,43	60,1
Paraná (*)	3.208.169,02	50,7
Bahia	26.426.392,61	49,1
Rondônia	1.849.324,88	41,6
Pernambuco	11.026.611,62	39,1
Amazonas	7.006.855,44	13,8
Paraíba (*)	-3.107.045,87	-100,0
Rio de Janeiro (**)	---	---
Acre	0,00	---
Espírito Santo	0,00	---
Maranhão	18.341.366,36	---
Roraima	0,00	---
Santa Catarina	0,00	---
TOTAL	853.033.435,42	90,7

Fonte: Siops

(*) Comparativo entre 2002 e 2003

(**) Sem dados de 2003 ou 2004 para comparação

Ou seja, somando-se os gastos executados por municípios e estado, em São Paulo consumiram-se, em 2004, R\$ 1.113.859,3 mil em medicamentos, o equivalente a R\$ 28,39 per capita (Quadro 30). Esses dados são muito importantes para expressar o crescimento do gasto per capita no Estado de São Paulo e dimensionarmos o que ele representa em relação ao restante do país. Em 2002, quando em São Paulo se gastava R\$ 13,78 per capita com medicamento, os dados do SIOPS, segundo Relatório da

Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil, informavam que o total de estados brasileiros gastava R\$ 4,96 e o total de municípios, R\$ 4,73, ou seja, R\$ 9,69 per capita (ALFOB, 2004).

Veja-se também que a variação per capita do gasto com medicamento efetuado pelos municípios, entre 2002 e 2004 foi de 82,6%, muito superior ao acréscimo verificado na despesa total em saúde per capita (36,2%). Comportamento semelhante ocorreu com a variação dos gastos do estado com medicamentos (117,1%) e a despesa total em saúde estadual per capita (65%). Finalmente, enquanto o aumento per capita da despesa total em saúde, realizada por estado e municípios, foi de menos de 50%, o gasto per capita com medicamentos, de estado e municípios somados, cresceu de R\$ 13,78 para R\$ 28,39, ou seja 106%. Isso demonstra a importância crescente que o item medicamento vem assumindo na pauta de despesas dos governos paulistas, mas principalmente a ampliação do acesso da população.

Quadro 30 – Gastos de estado e municípios do Estado de São Paulo com medicamento (R\$) e gasto per capita e despesa total per capita em anos selecionados.

Gestor de Saúde	2002			2004			Variação 2004/2002	
	Medicamento		Despesa Total	Medicamento		Despesa Total		
	(R\$ 1.000)	Per capita (R\$)	Per capita (R\$)	(R\$ 1.000)	Per capita (R\$)	Per capita (R\$)	Medic /hab (%)	Desp Total /hab (%)
Município	168.604,0	4,42	152,26	316.481,4	8,07	207,38	82,6	36,2
Estado	357.358,9	9,36	117,74	797.377,9	20,32	194,27	117,1	65
Total	525.962,9	13,78	270,00	1.113.859,3	28,39	401,64	106	48,8

Fonte: Siops

A análise quantitativa dos repasses federais de 2004 demonstrou o peso dos estados da região Sudeste, particularmente do Estado de São Paulo, especialmente seus municípios, na composição orçamentária em relação ao

restante do país. Demonstrou também a grande diversidade de atividades desenvolvidas pelos gestores estadual e municipais paulistas, para cuja realização acionam rubricas diversas, dos três grandes componentes de transferências SUS.

Pode-se verificar então que a análise quantitativa de recursos repassados entre 2001 e 2004 demonstrou uma clara concentração de atividades distintas a ambos os grupos de gestores, um arcando preponderantemente com MAC, e outro com Atenção Básica. Ao mesmo tempo, houve uma divisão meio-a-meio entre eles dos recursos para atividades que foram se estruturando no período, repassados sob a denominação de Ações Estratégicas.

Assim, nossa reflexão permite destacar que houve no período um avanço na ampliação do acesso a medicamentos, como atesta o crescimento do gasto per capita com medicamento efetuado tanto pelos municípios, quanto pelo estado (Quadro 30).

O montante dos gastos federais com medicamentos, a ampliação dos recursos totais de transferências SUS e a complexificação e sistematização, tanto dos programas de acesso a medicamentos, quanto dos componentes de transferências, apontam para a ampliação da cobertura populacional e do espectro de problemas de saúde atingidos.

O aprimoramento da gestão em saúde, associado ao aumento dos recursos financeiros alocados para aquisição e atenção farmacêutica, indica que o SUS caminha na direção da ampliação do acesso aos medicamentos. Cumpre indagarmos se os passos dados nos conduzem à cobertura universal.

CAPÍTULO 7

NEGOCIAÇÃO VERSUS CUSTOS

Iniciamos este trabalho convencidos da influência que as instituições do SUS têm exercido sobre o conjunto de instituições democráticas do país. A experiência do setor saúde tem aprimorado as instituições democráticas, republicanas e as relações federativas no Brasil.

A análise da produção das comissões intergestores e dos conselhos de saúde demonstrou a importância de tais instâncias para o desenvolvimento da gestão assistencial e para a reconfiguração do modelo de atenção à saúde. Ficou evidente o papel articulador e negociador dessas instâncias, implementando formas estratégicas de aplicar os recursos públicos, alocando-os de maneira equilibrada, administrando a escassez de recursos. A população tem se beneficiado da ação das comissões e conselhos, quando orientam os gestores e os profissionais sobre os caminhos para a ampliação do acesso aos medicamentos.

Por sua vez, os custos foram crescentes no período abordado, qualquer que seja a esfera federativa considerada. Cresceram os montantes absolutos, assim como os valores per capita. Como vimos, não só aumentaram os recursos para essa finalidade, também foram alocados de forma eficiente e administrados de maneira a atingir maior parcela de pacientes.

Voltando a Cárdenas (s/d), que produziu dados referentes ao período entre 1999 e 2002, vejamos como dimensiona a população atingida pelos programas federais de

acesso a medicamentos (Quadro 31). Segundo este autor, ancorando-se em dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, a população atendida pelos gastos federais com medicamentos saltou de 1,39 milhão, em 1999, para 10,9 milhões em 2002¹⁸.

Pelo Quadro 33 vemos que o gasto per capita¹⁹ de quatro dos sete programas é bastante superior ao gasto per capita geral²⁰. Em 2002, atender os pacientes com o coquetel anti-Hiv representava suprir 1,7% do total da população assistida e consumir 57,5% dos recursos (Quadro 32). Atender a população com medicamentos para endemias focais significa uma situação diametralmente oposta: consome-se 1,8% dos recursos para atingir quase metade da população atendida. Isto ocorre devido ao alto custo do coquetel, ante o preço já consolidado dos medicamentos para tratamento das endemias, muitas vezes considerados pelos produtores prestação de suas responsabilidades sociais, mesmo quando ainda protegido por patente.

¹⁸ Excluimos dos dados da tabela original uma população de 52,7 milhões de pessoas que teriam sido atingidas em 2002 pelos programas Farmácia Popular e Farmácia Mulher. Esses dados distorciam os resultados. O Quadro original do autor se encontra no Anexo 5, Quadro 36.

¹⁹ Considerada a população atingida pelo respectivo Programa.

²⁰ Considerado o total de pessoas atingidas por todos os programas.

Quadro 31 – Custos e população atendida pelos programas federais de fornecimento de medicamento, em anos selecionados.

PROGRAMA	1999		2000		2001		2002	
	CUSTO (R\$ 1.000)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$ 1.000)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$ 1.000)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$ 1.000)	POP. ATENDIDA
AIDS	594.324,00	72.953	608.772,26	91.500	515.500,00	131.400	516.000,00	140.000
HEMODERIVADOS	156.391,00	6.670	155.230,00	6.670	137.900,00	7.626	206.401,00	7.626
TUBERCULOSE	8.788,80	100.000	12.012,82	120.000	10.800,00	93.500	12.488,77	100.000
HANSENIASE	4.592,00	85.557	1.422,16	70.378	1.644,58	68.000	3.239,61	70.000
DIABETES (Insulina)	19.529,00	298.395	41.059,86	350.000	57.323,14	350.000	91.954,67	355.450
HIPERTENSÃO/DIABETES					6.007,06	1.000.000	50.900,00	5.000.000
ENDEMIAS FOCAIS	10.439,20	827.149	21.075,67	1.236.474	17.500,00	4.800.000	16.593,72	5.200.000
TOTAL GERAL	794.064,00	1.390.724	839.572,77	1.875.022	740.667,72	6.450.526	897.577,76	10.873.076

Fonte: MS/SCTIES, 2002.

Quadro 32 – Participação do custo e população atendida por Programa Federal de fornecimento de medicamento no ano em relação ao total geral dos programas. Anos selecionados

Programa Federal	Percentual do Total Geral de 1999		Percentual do Total Geral de 2000		Percentual do Total Geral de 2001		Percentual do Total Geral de 2002	
	Custo	Pop. Atendida	Custo	Pop. Atendida	Custo	Pop. Atendida	Custo	Pop. Atendida
AIDS	74,8	5,2	72,5	4,9	69,0	2,0	57,5	1,3
HEMODERIVADOS	19,7	0,5	18,5	0,4	18,5	0,1	23,0	0,1
TUBERCULOSE	1,1	7,2	1,4	6,4	1,4	1,4	1,4	0,9
HANSENIASE	0,6	6,2	0,2	3,8	0,2	1,1	0,4	0,6
DIABETES (Insulina)	2,5	21,5	4,9	18,7	7,7	5,4	10,2	3,3
HIPERTENSÃO/DIABETES (Medicamentos)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	15,5	5,7	46,0
ENDEMIAS FOCAIS	1,3	59,5	2,5	65,9	2,3	74,4	1,8	47,8
TOTAL GERAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/SCTIES

Quadro 33 – Gasto per capita dos programas federais de fornecimento de medicamento, segundo população atendida e anos selecionados.

Programa Federal	1999	2000	2001	2002
	R\$ per capita	R\$ per capita	R\$ per capita	R\$ per capita
AIDS	8.146,67	6.653,25	3.923,14	3.685,71
HEMODERIVADOS	23.446,93	23.272,86	18.082,87	27.065,43
TUBERCULOSE	87,89	100,11	115,51	124,89
HANSENIASE	53,67	20,21	24,19	46,28
DIABETES (Insulina)	65,45	117,31	163,78	258,70
HIPERTENSÃO/DIABETES (Medicamentos)			6,01	10,18
ENDEMIAS FOCAIS	12,62	17,04	3,65	3,19
TOTAL GERAL	570,97	447,77	115,75	82,55

Fonte: MS/SCTIES, 2002.

Esta constatação nos coloca diante do dilema central deste estudo. Para além de todo o cuidado que se deve ter com a gestão do sistema e dos serviços, bem como com a adoção de modelos de atenção à saúde orientados por uma perspectiva epidemiológica, os mecanismos de mercado interferem grandemente sobre os resultados. Essa influência chega a tal ponto que o secretário nacional de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde lamenta profundamente, durante seminário preparatório para a III Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, em agosto de 2005, que, tendo sido criado há mais de cinquenta anos, o Ministério da Saúde jamais tenha adotado uma clara política de induzir investimentos na produção de conhecimentos e produtos de interesse para a saúde utilizando seu poder de compra.

Uma visão sistêmica faz-se necessária nessa área. Num mercado farmacêutico mundial com faturamento estimado de US\$ 500 bilhões, para 2004 (ALFOB, 2004), onde competem produtos tradicionais, "me too", similares, genéricos e bonificados (FRENKEL, 2003) é desejável que uma política de medicamentos ampla, que abarque toda a população, contenha objetivos e instrumentos específicos, de acordo com os tipos de produtos, o padrão competitivo em que estão

inseridos esses produtos e que sejam levadas em consideração as características dos segmentos sociais que se pretende atingir. Como diz Frenkel, sem essa compreensão, os resultados serão provavelmente difusos, inadequados e ineficientes (p. 179).

Hésio CORDEIRO (1985), no final dos anos setenta, estudando a Central de Medicamentos - CEME -, apontava a importância de se ir além de alguns aspectos da gestão da Assistência Farmacêutica. Indagando-se sobre quais forças e intenções teriam levado à criação da CEME, percebeu nitidamente que, desde cedo, a indústria farmacêutica havia exercido pressão sobre a determinação do seu funcionamento. Entre as conseqüências de sua atuação, operando sobre a distribuição de medicamentos, a Central acabou ampliando as aquisições de medicamentos, consumidos por intermédio do sistema de saúde, junto às indústrias multinacionais. Paralelamente, o aumento de pressão para a obtenção de maior produtividade dos serviços de saúde acabou por ampliar o volume de prescrições de medicamentos de "largo espectro" e "sintomáticos". O mais interessante, entretanto, é que ao produzir um incentivo às multinacionais, mesmo que restrito, pois a Central tinha o alcance de aquisição para apenas 3% do mercado, os efeitos de sua política de distribuição - resultados sobre a saúde - dificilmente seriam relevantes. A citação é *"Embora no discurso oficial, a maioria dos municípios esteja sendo coberta, não se dispõe de avaliações da disponibilidade real dos medicamentos, do volume da distribuição em relação às outras formas de comercialização, nem da regularidade e continuidade do suprimento às diversas instituições"* (p. 153).

O autor então argumenta que as "distorções" já então apontadas pelos diagnósticos governamentais não se resolverão com programas setoriais [da Saúde] preocupados

apenas com a esfera da distribuição de medicamentos e sem que se realizem modificações na estrutura da produção e circulação de medicamentos, incluindo-se adequado controle de qualidade, e na estrutura das práticas de atenção à saúde (p. 153).

Seja pelas razões recentemente apontadas por Frenkel, que sugere flexibilidade nos mecanismos de garantia de acesso, reconhecendo-se, entre outras, a diversidade de padrões competitivos de mercado em que cada produto farmacológico está inserido; seja pelas razões apresentadas já há quase trinta anos por Cordeiro sobre a necessidade de não só cuidar da distribuição dos medicamentos - diríamos, com programação e aquisição adequadas -, mas atuar também sobre a estrutura da produção e circulação de medicamentos; acreditamos que os avanços alcançados nas instâncias negociais e participativas não têm criado condições para o acesso universal aos produtos farmacológicos.

Para muito além do campo em que as instâncias intergestoras têm atuado, e mesmo os conselhos de saúde, ou, ainda, para além do aumento dos fundos para a aquisição de medicamentos, há um conjunto de ações que apenas começa a ser explorado. São práticas incipientes que apontam para um campo de inventividade social até bem pouco tempo não experimentadas. Algumas se situam totalmente integradas aos princípios do SUS. Outras desafiam nosso entendimento sobre tais princípios. Algumas são plenamente realizadas no âmbito da concepção tradicional de gestão da saúde. Outras são travadas totalmente fora do campo da saúde, mas sobre o qual têm efeitos possivelmente catastróficos. Citemos alguns desses espaços de inventividade: mecanismos de controle de preços; incentivo à produção dos laboratórios públicos; prática do co-pagamento da Farmácia Popular; mecanismos de redução dos custos de produção de medicamentos; fracionamento dos medicamentos; licenciamento

compulsório, importação paralela, quebra de patentes; investimento para a produção de conhecimento; políticas de desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação; desenvolvimento da fitoterapia; incentivo à biotecnologia e à nanotecnologia; negociação em bloco internacional para acesso a anti-retrovirais; incentivo às medicinas tradicionais não ocidentais; incubadoras de empresa de base tecnológica; direitos assegurados por meio de medidas cautelares ou ações judiciais.

Chamaremos a essas práticas de mecanismos de asseguramento da universalidade da atenção. Embora os esforços encontrados na CIB e no CES reafirmem o compromisso da sociedade com os direitos universais que fundamentam o SUS, os desafios colocados a sociedades complexas trazem sérios obstáculos à concretização desses direitos. Sociedades complexas operam oximoros.

CAPÍTULO 8

INSUFICIÊNCIA DA GESTÃO DO SUS: TRANSBORDANDO O SISTEMA

O SUS tem fortalecido as instituições democráticas e federativas do país. Neste trabalho de pesquisa, argumentamos que o SUS precisa avançar em direção ao fortalecimento das instituições produtoras de conhecimento e formadoras de pessoal e a estabelecer relações indutoras da produção de inovação das instituições do complexo produtivo que abastecem o sistema de saúde com os insumos necessários a todas as ações que desempenha.

Entretanto, mudanças significativas nas relações entre espaço público e privado são necessárias. Na verdade, mais apropriado seria dizer que mudanças nas instituições oficiais devem ocorrer para se adequarem à mudanças concretas já ocorridas nessas relações, sob risco de o descompasso entre umas e outras inviabilizar o sistema de saúde e a atenção pública à saúde da população.

As relações entre as esferas pública e privada sempre estiveram presentes na configuração da atenção à saúde no país. Uma constante tensão entre tais esferas e seus respectivos interesses e atores marcou a história das políticas públicas de saúde.

Quando do seu surgimento, as políticas públicas estiveram marcadas pela intervenção pública voltada ao atendimento de necessidades identificadas pelos mais influentes setores da economia. Foi o que ocorreu, no final do Século XIX e início do Século XX, com as primeiras

intervenções estatais para conter as endemias que afetavam a economia agrário-exportadora do café.

O desenvolvimento subsequente da atenção à saúde expressa duas grandes áreas de atuação: a da saúde pública, de caráter preventivista, e a médico-previdenciária, de caráter curativo. Ambas se expandiram sem que fosse possível integrá-las, o que teria beneficiado a população de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, relatório elaborado pelo NEPP, categoriza ambas as vertentes, denominando-as respectivamente de médico-sanitária e médico-previdenciária. O desenvolvimento da primeira vertente deu-se a partir do modelo apontado pelas políticas públicas do início do Século XX, realizadas pelo governo federal e secretarias estaduais de saúde, voltadas à prevenção e mantidas por recursos orçamentários dos órgãos estatais. Já a segunda, surgiu nos anos vinte, com a criação das caixas de aposentadoria e pensão - CAP -, passando aos institutos de aposentadoria e pensão - IAP -, unificadas no final da década de sessenta no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS -, cujas ações médico-assistenciais foram posteriormente concentradas no INAMPS. Tais instituições, além dos benefícios previdenciários, disponibilizavam atendimento médico-hospitalar aos segurados, priorizando a assistência médica individualizada ambulatorial e hospitalar (NEPP, 1986: 105), em detrimento das atividades de Saúde Pública. "A assistência médica no âmbito da Previdência Social, foi por sua vez, executada basicamente através da contratação de serviços junto a prestadores privados (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) e do credenciamento de médicos. Os serviços próprios da Previdência Social e os outros serviços públicos existentes sempre tiveram papel secundário no atendimento oferecido." (NEPP, 1986: 105)

Para Melo (1984: 176), com a criação do INPS, em 1967, "atingiu-se a unificação da assistência, predominando [...] a tese da privatização da assistência médica, seja através da compra de serviços na área privada, seja na celebração de convênios com as empresas empregadoras que, por sua vez, contratam a prestação de serviços com grupos médicos."

Braga & Paula (1981: 110) consideram que com a unificação dos institutos não se verificou uma expansão da rede oficial previdenciária, mas manteve-se aberto "o espaço para o desenvolvimento do capital privado no setor". E, citando Donnangelo (1975: 37): "A rede de serviços próprios provenientes das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatorios e vinte e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendia, em 1969, a 39% dessa população. As conseqüências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS."

Toda uma tradição filantrópica de atenção à saúde, representada pelas santas-casa de misericórdia, desenvolveu-se paralelamente a esse desenvolvimento estatal, assemelhando-se ao atendimento médico-hospitalar oferecido pela vertente médico-previdenciária.

A unificação dos institutos marcou um momento em que as ações médico-previdenciárias impuseram-se como o segmento da atenção à saúde preponderante, sobressaindo a intervenção médico-hospitalar, de caráter curativo, e financiamento mercantil como a forma de intervenção por excelência.

Esse momento histórico de desenvolvimento das políticas públicas de saúde, decorrente da unificação do

sistema previdenciário, foi caracterizado por estudiosos como de "capitalização da medicina". Nesse processo o "Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor; financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada" (Braga & Silva, 2003: 21).

Ou seja, até então o conjunto das ações públicas de saúde eram realizadas por intermédio de instituições estatais, por iniciativa dos diversos governos, para atender necessidades oriundas tanto da necessidade de manter o ambiente econômico estável diante das incertezas trazidas por quadros nosológicos coletivos, quanto pelas necessidades de saúde apontadas pela população, procurando mantê-la hígida. Sobressaíam como ações efetivadas pelas ações estatais as de caráter preventivo, realizadas diretamente por instituições públicas estatais, mantidas com recursos tributários.

O advento das CAPs trouxe a forma do seguro social como mecanismo de financiamento das ações médico-previdenciárias, de caráter médico-hospitalar individualizado. São mantidas com recursos de contribuição, beneficiando-se os que contribuem e seus dependentes; sua execução cabe a instituições médicas que realizam uma ação pública, cuja natureza pode ser estatal ou privada, sendo que as privadas sobressaíam em quantidade. O financiamento não só capitalizou o setor médico, intensificando a privatização das ações médico-hospitalares, como capitalizou o próprio estado brasileiro, gerando recursos que financiaram o próprio desenvolvimento nacional.

No Brasil, país de capitalismo periférico de baixo desenvolvimento econômico, estruturar as ações de saúde na iniciativa privada tem uma consequência claramente nefasta pelos obstáculos de acesso da população a uma medicina paga pelo usuário. De resto, também argumenta contra ações

privadas de atenção à saúde o entendimento de que esta é um bem essencial, cujo provimento é responsabilidade do Estado, como estabelece a Constituição Federal de 1988.

O texto constitucional prevê a participação do setor privado na saúde, reservando-lhe um caráter ora complementar, ora suplementar às ações estatais. De qualquer das duas maneiras, as ações privadas devem prover um bem público, portanto agir, no contato com o usuário, como o prestador de um bem público, e não como um mercador. Por essa razão, as ações do Estado, além de proverem a atenção à saúde, devem regular as atividades que se dão no âmbito do mercado, eliminando falhas de mercado, favorecendo a competitividade e fiscalizando os agentes executores de serviços e produtores de produtos úteis à saúde.

A reforma estrutural de Estado, efetivada a partir dos anos 80, seguindo uma tendência mundial de redimensionamento do tamanho das instituições estatais, levou à busca de formas eficientes de mix público-privado, impondo formas mais complexas de relação entre ações estatais, públicas e privadas.

Em que se pese a trajetória política brasileira em que o Estado, patrimonialista em sua origem, provoca relações sociais profundamente marcadas por estreita e difusa relação entre público e privado, há que se considerar a determinação constitucional. Não estando a iniciativa privada excluída do fornecimento desse bem, deverá, entretanto, fazê-lo sob a orientação e controle dos órgãos governamentais e dos espaços de participação da população. Prover e regular são as funções fundamentais do Estado.

Não sendo o Estado um espaço nem público, nem privado (SADER, 2005: 52), mas um espaço de disputa entre os dois, condicionada pela estrutura burocrática-repressiva, assistimos as reformas estruturais dos anos 80 e 90

trazerem um novo elemento à polaridade Estado-Sociedade Civil: o mercado.

Os grandes desafios que se colocam hoje ao Sistema Único de Saúde, particularmente os decorrentes da escassez de recursos, exigem aumento da eficiência das ações e serviços de saúde, políticas amplas de promoção de saúde, incentivo à inovação na gestão e na produção dos insumos (reagentes laboratoriais, medicamentos, fármacos, equipamentos médico-odontológico-hospitalares, imunobiológicos, mobiliário em geral etc.) e influência sobre os currículos das escolas que formam o pessoal necessário à atenção à saúde. Grande parte desses recursos são produzidos no âmbito da iniciativa privada, submetidos portanto à competitividade e concorrência que marcam o mercado. Vê-se, portanto, que mais que uma opção, as relações com o setor privado não são recentes e têm marcado profundamente a função pública do estado em prover saúde às populações, grupos e indivíduos.

Cabem aqui as palavras de Braga & Silva (2003) de que o Brasil tem nas "políticas públicas de saúde uma condição 'sine qua non' para a superação de certas marcas do subdesenvolvimento, aspecto refutado pelos que crêem que os próprios mecanismos de mercado resolvem as distorções de distribuição de renda e riqueza e de seus efeitos, mesmo diante das evidências de que nos próprios países centrais prepondera o controle público frente aos mecanismos estritamente mercantis" (p. 24). Continuam: "A condição de subdesenvolvimento, portanto, desaconselha, com razão de sobra, a convivência pública com a mercantilização da saúde, a menos que o setor público queira eximir-se [...] frente a sua razão mais ampla e estrutural de existência - a defesa do povo e da nação ..." (p. 24).

Para eles a atuação governamental deve se dar ao longo de toda a cadeia produtiva do setor saúde, para que se

consiga desarticular a vigente engrenagem entre os elementos sócio-econômicos e as políticas públicas. A atuação governamental deve atuar sobre a "dinâmica técnico-econômica (indústria de equipamentos, de instrumentos médico-hospitalares e farmacêutica), a melhoria das condições de trabalho em saúde, o equacionamento financeiro-tributário do financiamento setorial, a reforma para a eficiência crescente do setor público orientada para a atenção das necessidades da população, a regulamentação pertinente dos planos e seguros privados de saúde, a regulação pactuada de preços e contratos relativos à oferta de produtos e serviços de saúde. Tudo isso significa que a política de saúde pode e deve dinamizar articulações industriais, ampliar segmentos da estrutura ocupacional, qualificar a mão de obra, estipular padrões eficientes de financiamento e prestação de serviços públicos, constituir referências pertinentes de regulação e de articulação entre Estado e Mercado" (p. 23).

Fica também evidente a necessidade de profundas transformações na relação do Sistema de Saúde com a realidade nacional e internacional de produção de conhecimento, tecnologia e inovação.

Algumas reflexões são necessárias também nesse sentido.

Na metade do século passado formulou-se uma compreensão de que ciência, tecnologia e inovação se organizavam numa linha contínua, em que o conhecimento era produzido a partir da ciência básica (pesquisas nas áreas biológicas, exatas e humanas voltadas para o aumento da compreensão que a humanidade detinha sobre a vida, o universo, a sociedade), posteriormente desenvolviam-se tecnologias (instrumentos, máquinas, planilhas, formas de cálculo) decorrentes daquele conhecimento, para que mais

tarde viessem a ser incorporadas aos processos produtivos na forma de inovações (novas formas de produzir algo ou de gerenciar um processo, ou mesmo um novo produto) (BUSH, 1945).

A segunda metade daquele século surpreendeu todos pela sua incessante capacidade de inovar. É infindável a lista de novos produtos e processos, cujo nascimento as pessoas testemunharam naquele período. Junto com as transformações ocorridas, uma enorme complexidade social surgiu. E nessa nova realidade, acredita-se hoje que a relação entre ciência, tecnologia e inovação está longe de ser linear, como se pensava. Há uma infinidade de instituições que se dedicam, cada uma a seu modo e conforme seus interesses, a produzir conhecimento, a gerar e incorporar tecnologia e a incentivar a inovação. São instituições públicas, privadas, estatais, não-estatais, filantrópicas, institutos de pesquisas, centros de formação, empresas, universidades, organizações da sociedade civil, organizações mistas, enfim, instituições de diversa natureza e finalidade envolvidas no grande ciclo da CT&I. Contrariamente ao que se pensava, acredita-se que ciência, tecnologia e inovação acontecem todas ao mesmo tempo, em instituições distintas, umas influenciando as outras. Daí, a importância de se buscar novas formas de aproximar as instituições umas das outras, fazendo com que o gestor governamental, a empresa e as universidades se influenciem mutuamente.

Importância das inovações no marco atual de globalização

Há pouco mais de uma década vem se tornando mais-e-mais evidente o peso que os investimentos em ciência e tecnologia, com vistas à produção de inovações, vem representando para o desenvolvimento das economias

nacionais. Os países da OCDE²¹ são o grande exemplo da participação que esse setor da economia - o que adiciona valor por meio da incorporação das tecnologias complexas - representa na geração de riqueza.

Basicamente, essa abordagem assenta-se na preocupação quanto à capacidade dos países de se manterem competitivos no mercado internacional, agregando valor aos seus produtos, pela incorporação de conhecimento e tecnologia a seus processos, produtos, insumos, finanças e serviços. As modalidades de desenvolvimento econômico aí estruturadas levaram à criação do termo "economia baseada no conhecimento".

Em 1999, no Brasil, gastou-se 0,87% do PIB com atividades de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D)²². Isso o situa numa posição bem inferior ao desempenho efetuado pelas economias centrais. Japão, Estados Unidos e Alemanha empregaram respectivamente, no mesmo ano, 3%, 2,7% e 2,3% do PIB com gastos em P&D. Países que iniciaram mais recentemente esse esforço, também apresentaram percentuais mais elevados, como Finlândia (2,9%) e Coréia do Sul (2,5%). O desempenho brasileiro situou-o entre países considerados, naquele ano, intermediários, revelando um esforço distante do realizado por países de papel relevante em termos de economia do conhecimento (FAPESP, 2002: 1-3).

Além disso, enquanto nos países desenvolvidos a participação do segmento empresarial no financiamento de atividades de P&D gira em torno dos 60%, no Brasil e países de posição próxima à sua, a participação do Estado é freqüentemente superior a 60%.

²¹ A OCDE (Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento) foi criada após a Segunda Guerra Mundial. Congrega hoje cerca de 30 países, com a participação das maiores economias do mundo desenvolvido, incluindo Austrália, Japão, boa parte dos países europeus e América do Norte. Destina-se à cooperação entre países para o desenvolvimento econômico e a elevação das condições de vida.

²² Todas as atividades de produção de conhecimento, desenvolvimento de tecnologias e sua incorporação na forma de produtos ou processos (UNESCO, 1984).

Outro indicador importante do desenvolvimento da economia baseada no conhecimento é o nível de qualificação da população de um país: os países da OCDE, fecharam os anos noventa com 41% da sua população com nível de educação superior. Uma geração antes, esse percentual era de 22%. Em 1995, nesses mesmos países, a soma dos gastos públicos com educação, dos investimentos em software e dos gastos com P&D (os chamados ativos intangíveis) equivaliam de 6% a 12% dos seus PIBs nacionais (FAPESP, 2002: 1-6).

No Brasil, a discussão sobre CT&I vem crescendo de uma forma sem precedentes, refletindo a tendência internacional de associar o desenvolvimento dos países a sua capacidade de produção e gestão de conhecimento e sua rápida incorporação na produção de mercadorias e serviços (BRASIL, 2002; CONDE & ARAÚJO-JORGE, 2003; FAPESP, 2002; GADELHA, QUENTAL & FIALHO, 2003). O País apresenta significativo campo de produção científica, grandemente associado ao setor público, e se ressentia basicamente de dois fatores: 1- apesar da produtividade considerável, ela é muito reduzida comparativamente aos países desenvolvidos; 2- a produção de conhecimento no País não se converte, entretanto, em sua incorporação na produção econômica - mercadorias e produtos (ABRASCO, 2002).

Além da importância que o conhecimento científico tem hoje no mundo para a melhoria da qualidade de vida, devemos atentar também para o efeito da Ciência sobre o nível de saúde das populações, ou ainda, sobre a eficiência do Sistema de Saúde.

Para dimensionar a importância do tema da Ciência, Tecnologia e Inovação para o desenvolvimento do Sistema de Saúde brasileiro, devemos começar por chamar a atenção do leitor para quatro conjuntos de considerações.

No ano 2002, havia quase 2,2 milhões de pessoas empregadas no setor Saúde. Dessas, 1,2 milhão (55%) tinha

vínculo empregatício com o setor público. Do um milhão restante, 42% trabalhava em instituições privadas, sem fins lucrativos. Do total de empregados, 33% eram profissionais de saúde, com nível Superior de escolaridade²³.

No ano 2001, os gastos brasileiros com pesquisa em saúde (produção de conhecimento de interesse para a melhoria do nível de saúde da população) atingiram o patamar de R\$ 500 milhões, equivalente a 1,47% do gasto público com saúde.

Além do setor da economia definido como de prestação de serviços para a atenção à saúde, outros setores têm relação muito próxima com as necessidades do SUS: o setor da indústria química e farmacêutica e o da indústria metalúrgica e eletrônica. Deles provêm os produtos e insumos necessários às etapas terapêutica e diagnóstica da assistência ao SUS. Estamos falando dos fármacos e medicamentos, dos equipamentos para diagnóstico e terapêuticos, dos hemoderivados, vacinas e imunobiológicos em geral, dos reagentes e insumos para laboratório e exames diagnósticos e, finalmente, do mobiliário e material de consumo em geral. Parte desses recursos são produzidos pela indústria nacional, mas uma parte economicamente significativa provém de importações e encontra-se protegida por restrições provenientes de propriedade intelectual e industrial.

Deve-se também considerar que o montante de recursos públicos gastos com atenção à saúde, no ano 2002, foi de R\$ 40.013 mil, equivalente a 3,33% do PIB.

Todos esses fatores - pessoal que presta atenção à saúde, os recursos públicos empregados na pesquisa em saúde, os produtos e serviços comprados pelo SUS e o montante de recursos financeiros executados anualmente pela Saúde - sofrem interferência direta da produção do

²³ Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 2002. Brasil, IBGE.

conhecimento: porque são gerados a partir de conhecimentos utilizados para formar pessoas ou criar produtos e serviços; ou porque, ao realizarem sua finalidade, empregam conhecimento nas suas funções.

SUS e CT&I em saúde

Como já mencionamos, o Sistema Único de Saúde é fruto de um ampla mobilização social e política encabeçada pelo Movimento da Reforma Sanitária. Mediante as leis orgânicas de saúde 8080 e 8142; depois, com a regulamentação da descentralização, por meio das Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996; e finalmente com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que regula a regionalização da Saúde - a NOAS 2001 -, realizaram-se importantes avanços para atender às diretrizes constitucionais do sistema: universalidade, integralidade e equidade. Para tanto, foram implementadas mudanças e inovações durante a década de 90, no que diz respeito a transformações do modelo de atenção e da forma de gestão da saúde. Também houve importantes avanços no que diz respeito à forma de financiamento, como a propiciada pela Emenda Constitucional 29 - que tramitou durante quase toda a década de 90 -, com objetivo de gerar recursos financeiros com a participação dos três níveis de governo; foi criada também a modalidade de transferência fundo-a-fundo e o repasse de recursos per capita. Aprofundaram-se os mecanismos institucionais das formas de representação e de negociação internamente ao SUS: desde a criação dos conselhos de saúde nos três níveis de governo, a criação dos conselhos gestores das unidades de saúde e as comissões intergestores tripartite, bipartite e regionais. Paralelo a isso, instâncias de representação foram se organizando: com a criação dos Cosems, do Conasems e do CONASS; e instâncias participativas foram sendo

estruturadas junto a movimentos ocorridos na sociedade civil organizada.

Trata-se de um sistema de saúde sem paralelo na América Latina que tem avançado a passos largos na última década em seu objetivo de alcançar universalidade de cobertura à população e integralidade da atenção à saúde. Os avanços realizados, tanto em termos de aprimoramento da gestão, quanto de transformação do modelo de atenção, poderiam permitir entender que o SUS representa um diferencial competitivo diante de outras formas nacionais de atenção à saúde e de utilização dos recursos. Entretanto, no que se refere ao montante financeiro empregado, é um sistema que carece de recursos e, diante disso, procura maior eficiência nas suas ações, como forma de, não sacrificando os princípios constitucionais (BRASIL, 1990-A; BRASIL, 1990-B; BRASIL, 2000), ampliar a quantidade dos serviços oferecidos e sua qualidade (CNS, 2000). Assim, a aplicação efetiva de uma política de CT&I ao Sistema de Saúde revela-se um caminho para a realização dos objetivos do sistema de atender a população, garantindo universalidade e integralidade da atenção (ABRASCO, 2002).

O grande desafio do SUS hoje é aumentar sua eficiência - extrair mais resultados dos recursos existentes - e aumentar a qualidade - alcançar melhores resultados em termos de satisfação do usuário e dos profissionais com a atenção realizada. Vale lembrar os programas de Humanização da Saúde, que objetivam a melhoria da qualidade da atenção, pela transformação das relações entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde.

Conferência sobre CT&I em Saúde

As conferências de saúde são a instância máxima de participação da população na determinação dos objetivos, das diretrizes e das estratégias que o SUS terá de realizar

para atender seu objetivo maior, que é o de garantir saúde a todos os brasileiros. No momento de realização da II Conferência Nacional de CT&I em Saúde, em 2004, ficou evidente a importância de haver um grande entendimento entre os gestores dos três níveis federativos de governo, entre a população usuária, os trabalhadores da saúde e os prestadores de serviços de saúde sobre como devem se relacionar com três grandes áreas vizinhas ao SUS e que têm grande importância para a realização das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde e cura da doença.

Na I Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em 1994, os representantes da sociedade estabeleceram um entendimento, segundo o qual a política nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde deve ser uma componente da política nacional de Saúde. Vale dizer que políticas, programas e ações voltadas ao desenvolvimento de instrumentos de produção, avaliação e incorporação de conhecimento às práticas do sistema devem passar a integrar o próprio esforço do Sistema de Saúde: é no âmbito do SUS que aqueles instrumentos devem ser identificados, aprimorados, desenvolvidos, priorizados e implementados. Acrescente-se a isso que o Setor Saúde realiza suas atividades pela admissão extensiva de recursos humanos altamente qualificados e pela utilização de tecnologia de alta, média e baixa complexidade em todos os níveis de atenção, nas três esferas federativas.

O desenvolvimento dessa linha de argumentação leva a uma conformação macro-estrutural das relações entre os grandes campos de políticas setoriais, das quais formulamos aqui duas, além da já mencionada de que uma política nacional de CT&I em Saúde é componente de uma política nacional de saúde: 1 - o sistema nacional de CT&I em Saúde situa-se na interseção entre o sistema nacional de Saúde e

o sistema nacional de ciência e tecnologia; 2- o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia está contido no Sistema Nacional de Inovação.

Além disso, o papel de regulação do sistema - um misto de ações executivas e legislativas - que cabe ao gestor do SUS nos três níveis federativos (União, estados e municípios), associado à imensa capacidade de compra de produtos, insumos e serviços de atenção, exige dos três segmentos sociais que comandam o SUS o reconhecimento da necessidade de uma ação realista no relacionamento com outros setores da sociedade. Ou seja, além de garantir a oferta dos serviços de saúde segundo as necessidades epidemiológicas e sociais da população, o SUS é um demandador privilegiado dos recursos que permitem essa oferta. Referimo-nos especificamente aos recursos humanos (devendo participar na Política Nacional de Educação, inclusive influenciando a formação dos currículos) e aos produtos imunobiológicos, reagentes e insumos laboratoriais, equipamentos de saúde e aos fármacos e medicamentos (como demandador e principal interessado em que sua oferta seja na quantidade suficiente e na qualidade adequada aos objetivos da Saúde da população)²⁴.

Também é preciso destacar o papel que os gestores têm a desempenhar no que se refere ao direcionamento de recursos para a realização de pesquisas de interesse para a Saúde da população. Veja-se que, segundo Guimarães (2003-A e 2003-B), no ano 2001, aplicaram-se no país, dos fundos públicos, R\$ 500 milhões em pesquisa em Saúde. Montante relativamente restrito diante das informações das

²⁴ Insere-se aqui, a título de exemplo, a importância do estabelecimento de uma rede de pesquisadores capacitados a realizar avaliação de tecnologias de saúde, além da necessidade de estudos prospectivos para que o sistema produtivo possa se planejar quanto à quantidade e qualidade de serviços e produtos necessários em médio e longo prazos.

multinacionais de medicamentos, por exemplo, que referem um gasto superior a isso em pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para certos produtos colocados no mercado.

Entretanto, o desafio de atender a todos, e bem, permanece. Promover a produção de conhecimento e garantir a sua aplicação eficiente em prol dos serviços e da Saúde da população são, portanto, medidas necessárias.

Pactuando a CT&I no SUS

Todo esse sistema (SUS) apresentado acima em traços largos tem uma fronteira que é ocupada por outros setores da vida social, econômica e política. Há três segmentos dessa realidade que têm uma interface muito grande com o SUS, os quais acabamos de mencionar - o Sistema Educacional, o sistema produtivo e o sistema de produção de conhecimento - com os quais devemos aprimorar os mecanismos de relacionamento.

Em outros termos: como os gestores do SUS deverão relacionar-se com o setor da Educação no que diz respeito ao perfil do profissional que nós gostaríamos que fosse formado para o SUS?; qual o perfil do pesquisador que deve trabalhar na produção de conhecimento científico de relevância para a saúde da população brasileira?

Por outro lado, devemos buscar uma relação adequada com o sistema produtivo nacional, definindo objetivos claros com relação a que tipo de produtos e serviços devem efetivamente ser produzidos em função das necessidades da população brasileira. O SUS pode e tem condições de fazer isso, orientando, sugerindo à cadeia produtiva formas, objetivos e metas que devem ser realizadas para que ela possa oferecer os produtos e serviços que contribuam para melhoria da saúde da população. Como os gestores do SUS deverão relacionar-se com o setor empresarial público e privado? Além disso, seguindo a lógica contemporânea de

geração de inovações, é preciso estreitar as relações entre as empresas e as instâncias produtoras de conhecimento (universidades, institutos de pesquisa, centros de formação) para que ambas se beneficiem dessa proximidade, influenciando-se mutuamente. Os institutos de pesquisa no Estado de São Paulo e as universidades são tradicionalmente pólos de produção de conhecimento. As empresas são instâncias produtoras e incorporadoras de tecnologia. Com o contato próximo entre elas, espera-se que diminua o tempo entre a produção de conhecimento e a sua incorporação na forma de tecnologias inovadoras. Também se espera que os centros de produção de conhecimento, sem abandonar sua excelência em pesquisa básica, tome o caminho de realizar pesquisa aplicada, ou seja, gerar conhecimento com finalidade de produção de tecnologias e inovações, segundo as sugestões do SUS e as fronteiras limitantes em que o setor produtivo se encontra.

E a terceira área de destaque aqui, terceira área vizinha do sistema de saúde, com a qual devemos aprimorar os relacionamentos, é a área de incentivo à produção científica, basicamente as agências de fomento e as instâncias de gestão de C&T. O instrumento de interface com essa área, que está sendo construído, é justamente a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANAIIS, 2005). Então, como deverão os gestores relacionar-se com as agências de fomento e os órgãos de incentivo à produção científica para garantir que o nosso sistema de pesquisa seja capacitado a produzir o conhecimento de interesse para a saúde da população? Mas deve-se também esclarecer o montante de recursos financeiros que serão alocados para essa finalidade, a sua procedência (de onde virão esses recursos?) e a forma adequada de distribuí-los, de tal maneira que se realizem pesquisas básicas, mas também pesquisas aplicadas; ou, ainda, que contribuam para a

diminuição das desigualdades existentes entre as regiões do País, no que se refere à concentração da capacidade científica e tecnológica atual.

Essas três áreas de vizinhança exercem uma influência muito grande sobre o Sistema de Saúde. São influências benéficas, já que fornecem muitos dos recursos que são necessários ao sistema; e, ao mesmo tempo, influências limitantes, pois sua atuação tem sido definida quase exclusivamente pela ação do mercado. Assim, mais uma vez, um esforço fundamental a ser feito é o de reconfigurar no País as relações entre o setor público e o setor privado.

Há muitas propostas em discussão para viabilizar a política de CT&I do SUS. Entretanto, o papel fundamental a ser desempenhado cabe à participação da sociedade. Em nossa história nacional, em várias ocasiões os objetivos públicos sofreram, seja pela ausência da participação dos cidadãos, seja porque se impuseram interesses formulados exclusivamente no mercado, adiando a concretização dos direitos da população. Nesse momento, em que o Sistema Único de Saúde procura estabelecer maior racionalidade de relacionamento com outros setores da vida nacional, é muito importante que tudo aconteça sob o controle esclarecido da população.

Dimensionando o esforço de CT&I/S.

Recente levantamento (SANTOS, 2005) realizado no âmbito do governo federal, conduzido pelo Grupo de Trabalho Interministerial criado pela Portaria Interministerial n. 532/MCT/MD/MP/MF, de 22 de outubro de 2004, estimava em R\$ 4,5 bilhões os gastos federais com CT&I, em 2005. O Ministério da Saúde teria participação com R\$ 205 milhões desse montante, nas atividades de Pesquisa e

Desenvolvimento (P&D)²⁵. Outro estudo recentemente concluído (VIANNA et al., 2005), com financiamento do DECIT/SCTIE/Ministério da Saúde, nos informa que os gastos com P&D em Saúde no país foram de aproximadamente R\$ 1,15 bilhões anuais, em média, no período entre 2000 e 2002. Só o Ministério da Saúde teria sido responsável por R\$ 77 milhões anuais, em média²⁶.

Entretanto, os recursos revelam-se escassos, sob dois sentidos: 1- em termos absolutos, comparativamente a sociedades que já se configuraram como economias baseadas no conhecimento, cujos ativos intangíveis apresentam indicadores muito superiores aos brasileiros, latino-americanos, dos países emergentes em geral. Veja-se, por exemplo, que os institutos norte-americanos de pesquisa em saúde, que compõem o National Institutes of Health, somavam um orçamento previsto para 2005, da ordem de US\$ 30 bilhões. 2- escassos também, relativamente ao montante de recursos necessários anualmente no país para prover as necessidades da população por atenção à saúde, e relativamente aos desafios colocados pela necessária superação das desigualdades da alocação geográfica da capacidade instalada de pesquisa no país e pela produção de

²⁵ Foram contabilizadas apenas as duas instâncias de maior importância financeira em C&T: a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e o Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE/Ministério da Saúde.

²⁶ Na apresentação do relatório se lê: "O volume total médio anual de recursos aplicados em P&D/S foi da ordem de R\$ 1.147 milhões de reais. O setor público como um todo investiu R\$ 819,6 milhões de reais e o Ministério da Saúde R\$ 77 milhões de reais. Em termos percentuais, o setor público investiu aproximadamente 3,5% do orçamento da Saúde em P&D/S, acima portanto dos 2% propostos pela OMS. Entretanto, o Ministério da Saúde responde por apenas 0,3% do seu orçamento no total de investimento em pesquisa em saúde no país, que foi predominantemente realizada pelas suas próprias instituições. Assim, embora não seja a finalidade desse trabalho, pode-se verificar que o impacto que este percentual aplicado em pesquisas em saúde possa ter sobre as orientações do sistema de P&D/S no Brasil e, mesmo, sobre o sistema de saúde é muito marginal. As Universidades e os Institutos de Pesquisa são os principais usuários dos recursos de P&D/S no Brasil, recebendo 89,8% do total dos dispêndios públicos, equivalendo a aproximadamente R\$ 736,7 milhões de reais/ano. Cabe ainda destacar que o setor privado recebe uma parcela pequena desses recursos, em torno de 0,8% do total desses gastos."

conhecimento necessário para atender às necessidades de saúde da população.

Além do mais, considere-se que a maior parte desses recursos destina-se ao campo da C&T, havendo poucas informações sobre os esforços (ou sobre a sua carência) para o incentivo ao desenvolvimento de inovações no país.

Estudo periódico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem demonstrado a incipiência de experiências de incentivo à inovação no setor produtivo industrial²⁷. Em contrapartida, menos informações ainda dispomos sobre tais iniciativas no setor público. Mais provável que encontremos maior número de iniciativas realizadas pelo setor público.

É, em primeiro lugar, necessário distinguir entre iniciativas inovadoras no setor público de saúde e iniciativas do setor público de incentivo à inovação.

As bases conceituais utilizadas no país

No atual estágio de desenvolvimento das ações de CT&I podemos afirmar, numa abordagem reducionista, mas útil, que passos iniciais têm sido dados para realizar a classificação das atividades de C&T - P&D, ETCT e STC²⁸ (ALBORNOS et alii, 2003) - e que a metodologia é oriunda da série Frascati de recomendações técnicas (Manual Frascati). Em outra dimensão estão as iniciativas de mensurar as atividades de incentivo à inovação no setor produtivo, e nesse caso tem-se orientado os estudos pelo Manual de Oslo²⁹. Finalmente, quando se trata de acompanhar o desempenho de C&T no setor de serviços ou no âmbito público, passos importantes têm sido dados através da

²⁷ PINTEC - Pesquisa Industrial de Inovação Tecnológica, 2003 < <http://www.pintec.ibge.gov.br/> >

²⁸ Respectivamente: Pesquisa e Desenvolvimento; Ensino e Treinamento em Ciência e Tecnologia; Serviços de Apoio Científico e Tecnológico.

²⁹ Ver a esse respeito o manual de metodologia do PINTEC, 2004: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/industria/pintec/srmpintec.pdf> >, página 8 e segs.

integração de esforços entre países latino-americanos, com a articulação da Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT)³⁰ e pelas propostas reunidas no Manual de Bogotá.

Detendo-nos nas atividades públicas para o incentivo ao desenvolvimento de inovações para o mercado³¹, importante que se façam duas observações. Uma, de caráter normativo, e outra, mais operacional-descritiva. Normativamente, tais experiências têm se inspirado nos modelos conceituais explicativos interativos de inovação, dentre os quais destacamos o da Tripla Hélice (CONDE & ARAÚJO-JORGE, 2003), cuja expressão mais imediata é a necessária aproximação dos três "players" principais: governo (formulador de política, gestor e fomentador), universidades e institutos de pesquisa (produtores de conhecimento), empresas (desenvolvedores de inovações para o mercado). O Modelo interativo da Tripla Hélice contesta o anterior modelo linear de produção de inovação, que formula uma seqüência cronológica entre conhecimento produzido na pesquisa básica, desenvolvimento aplicado desse conhecimento para a geração de tecnologia e transformação da tecnologia em processo ou produto inovador no mercado. Confronta também a concepção de que qualquer dessas atividades seja desenvolvida exclusivamente em um único tipo de instituição. E, por fim, postula a concomitância das três atividades, decorrente da constante articulação e influência que as instituições exercem umas sobre as outras. É com base nessas características que se vêm formulando as diversas políticas de incentivo à inovação no Brasil.

Oportuno que também de registre uma revisão que se vem fazendo na bibliografia comparada sobre a inovação a

³⁰ Consultar < <http://www.ricyt.edu.ar/> >

³¹ É quase uma redundância mencionar o termo mercado, não fosse pelas considerações que se farão mais adiante nesse texto.

respeito das experiências, nas últimas duas décadas, dos países latino-americanos e dos países do Leste asiático³².

Do ponto de vista descritivo, há que se fazer menção às iniciativas de incubadoras de empresas (Anexo 6, Quadro 37) nas universidades, aproximando-se o setor produtivo das universidades.

Lembre-se também das iniciativas legisladoras do Congresso Nacional (Anexo 6, Quadro 38) e da Assembléia Legislativa paulista (Anexo 6, Quadro 39) que propõem, no período abordado por esse estudo, as suas respectivas Leis de Inovação.

Mais recentemente há a (Anexo 6, Quadro 40) iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, incorporada à Medida Provisória n. 252, cognominada "MP do Bem", que previa a participação dos governos no pagamento de pesquisadores mestres e doutores contratados pela iniciativa privada, como forma de incentivar o número de contratações desses profissionais no setor produtivo³³.

O Ministério da Ciência e Tecnologia, por intermédio da FINEP, conduz pioneiramente o Projeto Inovar (Anexo 6, Quadro 41), voltado à geração de recursos para o desenvolvimento de empresas de base tecnológica, captando-os na forma de capital de risco.

Também tendo a FINEP como principal gestora, os chamados Fundos Setoriais (Anexo 6, Quadro 42) têm sido

³² Ver artigo do SCIDEV:

<http://www.scidev.net/dossiers/index.cfm?fuseaction=dossierReadItem&type=4&itemid=142&language=1&dossier=13> >

³³ Ver Revista FAPESP, edição no. 113: "No capítulo III da MP, que trata do incentivo à inovação, um dos destaques é o artigo 21, que permite que a União, por meio das agências de fomento, subvencione até 50% da remuneração dos pesquisadores empregados em atividades de inovação tecnológica em empresas. A estimativa do MCT é que esse estímulo gere um ingresso de mil mestres e doutores no setor privado em 2006. "Este instrumento não existia antes de forma tão clara, embora existissem programas de bolsa em empresas", comenta Carlos Henrique de Brito Cruz, diretor científico da FAPESP."

<
<http://revistapesquisa.fapesp.br/show.php?id=revistas1.fapesp1..20050705.200507113..SEC3> 4 >

direcionados à articulação de recursos públicos e privados para a geração de conhecimento e inovações. Os Fundos Setoriais hoje atuantes são em número de 16, a saber: Fundo para o Setor Aeronáutico; Fundo Setorial de Agronegócio; Fundo Setorial da Amazônia; Fundo para o Setor de Transporte Aquaviário e de Construção Naval; Fundo Setorial de Biotecnologia; Fundo Setorial de Energia; Fundo Setorial Espacial; Fundo Setorial de Recursos Hídricos; Fundo Setorial de Tecnologia da Informação; Fundo de Infra-Estrutura; Fundo Setorial Mineral; Fundo Setorial de Petróleo e Gás Natural; Fundo Setorial de Saúde; Fundo Setorial de Transportes Terrestres; Fundo Verde Amarelo; Fundo para o Desenvolvimento Tecnológico das Telecomunicações.

Estreitamente ligada a essa iniciativa, encontramos ainda os Fóruns de Competitividade (Anexo 6, Quadro 43), administrados pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e que desenvolvem trabalhos nas seguintes áreas: 1. Plástico; 2. Indústria Aeroespacial; 3. Couro e Calçados; 4. Construção Civil; 5. Siderurgia; 6. Farmacêutica; 7. Têxtil e Confecções; 8. Complexo Eletrônico; 9. Madeira e Móveis; 10. Automotiva; 11. Bens de Capital; 12. Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos; 13. Indústria Agroquímica (Defensivos); 14. Gemas e Jóias; 15. Turismo; 16. Transporte Aéreo; 17. Fórum Mercosul de Madeira e Móveis; 18. Biotecnologia.

Finalmente, destacamos a iniciativa que integra em rede as inovações e tecnologias sociais (Anexo 6, Quadro 44) geradas em comunidades para sua ampla disseminação e adoção.

Leis de Inovação

O Congresso Nacional e a Assembléia Legislativa paulista propuseram entre 2003 e 2004 suas respectivas Leis

de Inovação. Trazem vários aspectos em comum e algumas particularidades. Ambas objetivam remover os principais empecilhos a uma maior integração de esforços públicos e privados para o desenvolvimento de inovações. Tanto a legislação nacional quanto a paulista criam uma nova institucionalidade jurídica, ligada à administração pública, voltada à execução de atividades ligadas à inovação tecnológica, denominadas Instituições Científicas e Tecnológicas. Por intermédio dessas instituições, barreiras à utilização de recursos públicos pela iniciativa privada e vice-versa são flexibilizados, como por exemplo, possibilitando a utilização de recursos humanos para trabalhos conjuntos entre empresas e órgãos públicos voltados ao desenvolvimento de tecnologias, inovações, produção de conhecimento e registro de propriedade intelectual, reconhecendo a participação nos ganhos devidos à propriedade industrial, tanto a pesquisadores quanto às instituições e organizações participantes. Da mesma forma, em nome do desenvolvimento conjunto dessas finalidades, poderia haver compartilhamento de outros recursos, como laboratórios, dependências físicas etc. A Lei paulista propõe a criação de uma agência de fomento às iniciativas inovadoras. E inova ao propor a criação, no âmbito das Instituições Científicas e Tecnológicas, dos chamados Núcleos de Inovação Tecnológica, com a função de gerir a política de inovação da ICT, bem como cuidar das condições para o registro e o reconhecimento da propriedade industrial gerada pelo trabalho conjunto de empresas e órgãos públicos. Inova também, no artigo 21, ao prever a participação do Estado, por meio de seus órgãos da administração direta ou indireta, como fontes de "seed money" para empresas "que explorem criação desenvolvida no âmbito" das Instituições Científicas e Tecnológicas do Estado. Esta é, obviamente, uma alusão clara quanto à

adoção da prática de capital de risco ou capital de empreendimento no Estado.

O Conceito de Inovação

Há evidentes conseqüências para o setor saúde das iniciativas relatadas até aqui. Entretanto, é importante também que se façam considerações sobre o conceito de inovação e sua aplicação para a rede de atenção à saúde. Como aplicar tal conceito a uma atividade caracterizada constitucionalmente como um dever do Estado, que deve provê-la gratuitamente à população? Óbvio que o conhecimento e as inovações produzidas por essas iniciativas terão repercussão sobre o mercado, de modo a transformar substancialmente os produtos e processos envolvidos na geração de insumos, equipamentos, medicamentos, fármacos, reagentes, mobiliário, material de consumo de que o sistema de saúde necessita para operar. O gasto público em saúde no país está próximo de R\$ 45 bilhões anuais. Esse montante é destinado ao pagamento e capacitação do pessoal (direta ou indiretamente empregado pelo setor público de saúde) e na compra dos materiais permanentes e correntes necessários à atenção à saúde, bem como nos recursos necessários à administração e manutenção das dependências físicas dos estabelecimentos de saúde. Portanto, esse montante é gasto com a compra de conhecimento para a realização das atribuições do Sistema Único de Saúde. Assim, toda modificação que gere melhorias inovadoras na produção do conhecimento (na forma de saber ou de tecnologias) necessário à produção dos recursos necessários ao funcionamento do sistema de saúde, terá repercussão sobre o funcionamento do próprio sistema. Em outras palavras, políticas geradoras de inovações no setor produtivo, particularmente nos ramos metal-mecânico-eletro-eletrônico, químico-farmacêutico e biológico-

biotecnológico, acabará por apresentar repercussão no sistema de saúde.

Entretanto, queremos ainda chamar a discussão para as inovações que podem ser operadas diretamente no sistema de saúde, na forma de trabalhar dos profissionais, nas formas de gestão adotadas e na organização das relações entre os serviços. É então necessário considerar uma outra dimensão ao conceito de inovação, já que o seu emprego no setor produtivo está indissociavelmente ligado à configuração de um mercado, conforme os termos empregados pelos economistas. Advogamos que para empregar o termo "inovação" no setor público de saúde, devemos operar um deslocamento significativo no conceito de inovação, diante do que sugerimos que sejam consideradas inovação as novidades agregadoras de resultado implementadas nos serviços de atenção, nas instâncias de gestão, nas relações humanas e institucionais, que aprimorem as possibilidades de que os preceitos constitucionais, as diretrizes do SUS - universalidade da cobertura, integralidade de atenção e equidade -, venham a ser melhor e mais facilmente alcançadas. Com esse cuidado conceitual cremos ser possível operacionalizar o item 80 da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (ANAIS, 2005), segundo o qual se deve "Promover o desenvolvimento tecnológico e a inovação nos serviços de saúde, contribuindo para a elaboração de indicadores que permitam monitorar e avaliar essas inovações, tendo em vista o esforço mundial de reforma dos serviços de saúde na perspectiva de superação das desigualdades existentes no acesso e utilização desses serviços."

Considerações Finais

Há uma série de iniciativas que vêm sendo implementadas pelos governos federal, estaduais e municipais para o desenvolvimento da inovação. Aqui listamos algumas de amplo espectro, não restritas ao Setor Saúde, mas com efeitos sobre esse setor. Das experiências, uma não foi configurada como sendo conduzida pelas instâncias governamentais, entretanto são os recursos públicos que alimentam todas essas ações. O incentivo à inovação no setor produtivo traz importantes conseqüências ao setor público de saúde. O mesmo pode-se dizer das conhecidas iniciativas deste setor para o desenvolvimento da capacidade instalada de pesquisa, para o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde e para a ampliação da produção aplicada de conhecimento voltado às necessidades de saúde da população. Tais esforços, contudo, por não estarem especificamente voltados ao desenvolvimento das inovações, não foram objeto de nosso levantamento. Voltamos a afirmar que há importantes iniciativas inovadoras no setor saúde. Há ainda uma quantidade significativa de experiências que geram efeitos indiretos sobre a produção de inovações no setor saúde, especialmente no nível assistencial.

Último ponto a salientar são as conseqüências que se esperam de tais iniciativas para o melhoramento da eficiência no uso dos recursos públicos de saúde, na redução da dependência de produtos e processos necessários ao desenvolvimento da saúde humana, produzidos fora do controle econômico e científico do sistema nacional de saúde, ou do sistema nacional de ciência e tecnologia, ou do sistema nacional de inovação, ou do próprio sistema produtivo. Experiências importantes estão sendo viabilizadas no plano do suporte à tomada de decisão, mediante o desenvolvimento de cultura institucional voltada

à avaliação, seja econômica, seja tecnológica. Igualmente esperadas são as medidas institucionais para ampliar a divulgação e difusão científicas, componentes integrantes de uma clara política de aproximação entre os tomadores de decisão e os produtores de conhecimento.

Fundamentalmente, as experiências de asseguramento ativadas recentemente pelo Sistema Único de Saúde para ampliar o acesso aos medicamentos podem ser reunidas em dois caminhos distintos: o co-pagamento e o desenvolvimento da capacidade de produção de conhecimento por meio de políticas de ciência, tecnologia e inovação. Na narrativa repleta de incidentes que a sociedade brasileira propõe ao SUS, não estão descartadas experiências inovadoras, correções de rota e superação de obstáculos, aparentemente intransponíveis, diante dos quais será necessário continuar ousando, criando novas institucionalidades.

BIBLIOGRAFIA

- ABRASCO, Comissão de Ciência e Tecnologia (2002) - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: uma proposta. Abrasco, abril de 2002. 43 pp (mimeo)
- ABRUCIO, F L (2002) - Os Barões da Federação. Os Governadores e a Redemocratização Brasileira. São Paulo, Hucitec, 2ª. Edição.
- ALBORNOZ, Mario et alii - El Estado de la Ciencia. Principales indicadores de Ciencia y Tecnología Iberoamericanos/Interamericanos. Buenos Aires, RICYT, 2003.
- ALFOB (2004) - Plano Diretor Estratégico ALFOB. Brasília, Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil, Tecsystem, novembro.
- ALMEIDA, C (1997) - Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S & VIANNA, M L W - A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro, Fiocruz. (pp. 177-200).
- ANAIS (2005) - 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005.
- ANGELL, M (2004) - The Truth about the Drug Companies. The New York Review of Books, volume 51, number 12, July 15, 2004. Disponível em: <http://www.nybooks.com/articles/17244>; tradução em espanhol: La verdad sobre las compañías farmacêuticas. Boletín Fármacos 2004 Noviembre; 7 (5):49-56. Disponível em: <http://www.boletinfarmacos.org>
- ANVISA (2001) - Regulação Econômica do Mercado Farmacêutico. Brasília, Ministério da Saúde.
- ANVISA (S/d) - O papel da Anvisa na regulação de preços de medicamentos. Boletim Interno.

- AVORN J. (2004) - Powerful Medicines. The benefits, risks, and costs of prescription drugs. New York : Alfred A. Knopf.
- BOBBIO, Norberto (1986) - O Futuro da Democracia. Uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 4ª edição.
- BONFIM, JRA (1997) - Os dédalos da política brasileira de medicamentos. In: BONFIM, JRA & MERCUCCI, VL (1997) - A Construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec/Sobravime.
- BONFIM, JRA (2006) - O registro de produtos farmacêuticos novos: critérios para a promoção do uso racional de fármacos no Sistema Único de Saúde. São Paulo, 2006. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- BRAGA, J C S & PAULA, S G (1981) - Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES-Hucitec.
- BRAGA, J C S & SILVA, P L B (2003) - La mercantilización admisible y las políticas públicas impostergables: estructura y dinámica del sector salud en Brasil. (p. 21-45) In: NEGRI, B & DI GIOVANNI, G (orgs) - Brasil. Radiografía de la Salud. Campinas, Unicamp.
- BRASIL (1990-A) - Lei 8080/90.
- BRASIL (1990-B) - Lei 8142/90.
- BRASIL (1993) - Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasil, Ministério da Saúde, SUS. Brasília.
- BRASIL (2000) - Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo, Saraiva.
- BRASIL (2002) - Livro Branco: Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília, Ministério da Ciência e Tecnologia, 2002.

- BRASIL (2003-A) - Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. Brasília, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 3ª. Ed. rev. e ampl.
- BRASIL (2003-B). Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Investimentos em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde.
- BUSH, Vannevar (1945) - Science The Endless Frontier. A Report to the President by Vannevar Bush, Director of the Office of Scientific Research and Development, July 1945. Washington, United States Government Printing Office.
- CÁRDENAS, F. E. (2002) - A Política para a Assistência Farmacêutica. Brasília, MS/SCTIES, I Seminário Nacional sobre o Complexo Industrial da Saúde, Outubro.
- CÁRDENAS, F. E. (s/d) - Programas Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Programas Estratégicos em Saúde.
- CHIORO, Arthur; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de & ZIONI, Fabíola (1997) - Políticas públicas e organização do sistema de saúde. Antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Fac. Saúde Pública, Programa de Pós-graduação, outubro de 1997. 47 pp. (mimeo)
- CNS (2000) - A Emenda Constitucional aglutinativa substitutiva n. 29 (Emenda da Saúde) e o desafio do compromisso com: a eficiência do SUS e a eficácia social do SUS. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 07/07/2000.
- COHN, Amélia - A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo M. - Saúde no Brasil. São Paulo, Cortez-Cedec, s/d. pp: 11-55.
- CONDE, Mariza V F & ARAÚJO-JORGE, Tania C - Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (3): 727-741, 2003.

- CORDEIRO, H (1985) - A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 2ª. Edição.
- CORREIA, Maria V C (2000) - Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro, Fiocruz. 164 p.
- COSTA, LMV - Uma regulação mais completa para o mercado de medicamentos. Boletim Anvisa no. 3.
- COSTA, N R (1998) - Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo, Hucitec.
- DONNANGELO, MC (1975) - Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira.
- DRAIBE, S.M., VIANA, A .L.D. & SILVA, P.L.B. (1990) - Desenvolvimento de Políticas de Saúde. O caso brasileiro. Campinas: NEPP/ Unicamp/ OPAS.
- ESCOREL, Sarah (1998) - Reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FAPESP (2002) - Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo - 2001. São Paulo, Fapesp. P. 488.
- FRENKEL, J (2003) - El mercado farmacéutico brasileño: su evolución reciente, mercados y precios. In: NEGRI, B & DI GIOVANNI, G - Brasil. Radiografía de la Salud. Campinas, Unicamp (p. 163-180).
- GADELHA, C. A.G. (2004). O Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e Desenvolvimento. In: Brasil. Ministério da Saúde (ed.). Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa; 275-301.
- GADELHA, Carlos Augusto; QUENTAL, Cristiane & FIALHO, Beatriz de Castro (2003) - Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):47-59, jan-fev de 2003.
- GOODE, Willian J.; HATT, Paul K (1972) - Métodos em Pesquisa Social. 4a ed. São Paulo, Nacional.

- GUERRA JR., A.A; PERINI E (2002). Relatório Técnico - Gastos com medicamentos financiados no SUS pelo Ministério da Saúde em 2002. Departamento de Economia da Saúde/SCTIE - Ministério da Saúde.
- GUERRA, PERINI & ACURCIO (2005) - Estudos sobre gastos realizados com medicamentos pelo Ministério da Saúde, 2002, Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- GUIMARÃES, Reinaldo (2003-A) - Articulando as políticas de C&T e de Saúde. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, no. 29, abril de 2003. Pp. 4-6.
- GUIMARÃES, Reinaldo (2003-B) - Avaliação de Tecnologias em Saúde. II Seminário sobre Complexo industrial da Saúde, 29/09 a 01/10 de 2003. Brasília, BNDES.
- KUGELMAS, Eduardo & SOLA, Lourdes (1999) - Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. Tempo Social. Rev. Soc. USP, São Paulo, 11(2): 63-81, outubro de 1999.
- LAING, WANING, GRAY, FORD & HOEN (2003). 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. The Lancet, vol. 361, may 17, p: 1723-1729.
- MALLOY, James. (1985), A Política de Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro, Graal.
- MARIN, N (1999) - Los servicios farmacêuticos em la atención de salud. In: MARIN, N; LUIZA, VL; OSORIO-DE-CASTRO, CG & MACHADO-DOS-SANTOS, s (org.) (2003) - Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPS/OMS.livro manual
- MELO, CG - A Medicina Previdenciária (p. 175-179) - In: GUIMARÃES, R (org.) - Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) - NOB 01/93.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) - NOB 01/96.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) - NOAS-SUS 01/2001.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) - Rename 2002 - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005)- Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. SIFAB 3.01. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) - Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS. Orientações Básicas. DAF, Brasília.
- NASCIMENTO, Paulo R. (2002) - SUS - Instâncias de negociação entre os gestores: as comissões intergestores e a questão federativa. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP (Dissertação de Mestrado).
- NEPP (1986). Brasil, 1985. Relatório sobre a situação social do País. Volume 1. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Instituto de Economia. Unicamp. Campinas.
- NUCCI, G (2004) - O Radical dos Fármacos. São Paulo, Revista Fapesp, 27 de outubro.
- OLIVEIRA, J.A . A . & TEIXEIRA, S.M.F. (1986) - (IM) Previdência social. 60 anos de história da Previdência Social. Petrópolis: Vozes.
- PERINI, E. (s/d) - Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais.
<<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text2.htm>>
- PINTO, M (2004) - Setor: Farmacêutica - Laboratórios Nacionais. Relatório Setorial Final. Finep, MCT, Rede Diretório da Pesquisa Privada, 09 de fevereiro de 2004. <www.finep.gov.br/portaldpp/index.asp#> (Acessado em 10/09/2004).
- QUEIROZ, S & GONZÁLEZ, A J V (2003) - Cambios recientes en la estructura productiva de la industria farmacéutica. In:

- NEGRI, B & DI GIOVANNI, G - Brasil. Radiografia de la Salud. Campinas, Unicamp (p. 129-162).
- RIKER, William H. (1987) (org.) - The development of American federalism. Norwell, Kluwer Academic Publishers.
- SADER, ES - O público, o estatal e o privado. (p. 43-55) In: HEIMANN, LS; IBANHES, LC & BARBOZA, R - O Público e o Privado na Saúde. São Paulo, Hucitec-OPAS, 2005.
- SANTOS, Boaventura de S. (1999) - Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. P. 33-75. In: HELLER, Agnes et al. - A Crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o Século XXI. R. Janeiro, Contraponto, 1999. 268 p.
- SANTOS, Boaventura de S. (2000) - A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. São Paulo, Cortez.
- SANTOS, Boaventura de S. (org.). (2002) - Democratizar a Democracia. Os caminhos da Democracia Participativa. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- SANTOS, Fabiana - Recursos do governo federal para a área de CT&I chegam a R\$ 4,5 bilhões em 2005. GESTÃO C&T - Informação e Comunicação para os Sistemas Estaduais e Municipais de C&T. Brasília, abril de 2005, no. 55, Ano 5, pp. 4 e 5.
- SES (1999) - Relação dos medicamentos do Programa Dose Certa e seus respectivos nomes genéricos. DOE, volume 109, número 190. São Paulo, 6 de outubro de 1999.
- SES (2006) - Aspectos Considerados pela SES-SP para a elaboração de sua proposta relativa a Consulta Pública no. 84 da Anvisa sobre Regulação de Propagandas para Medicamentos. Secretaria de Estado da Saúde, Gabinete do Secretário. 6 pp.
- SILVA, Frederico A B & ABREU, Luiz E L - Saúde: capacidade de luta - a experiência do Conselho Nacional de Saúde.

- Brasília, dezembro de 2002. 56 pp. (Textos IPEA para Discussão, no 933)
- STEPAN, Alfred (1999) - Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. Dados, v.42, n.2, RJ, 1999.
- TCU (1999) - Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde. Diagnóstico. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 124 pp. (mimeo)
- TOURAINE, Alain (1996) - O que é a democracia? Petrópolis, Vozes, 2ª edição.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (1999) - Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde. Diagnóstico. 124 pp. (mimeo)
- UNESCO (1984) - Manual for Statistics on Scientific and Technological Activities. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Division of Statistics on Science and Technology, Office of Statistics.
- UGÁ, M A D (1997) - Ajuste estrutural, Governabilidade e Democracia. In: GERSCHMAN, S & VIANNA, M L W - A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro, Fiocruz. (pp. 81-99).
- VIANNA, Cid M M et alii - Fluxos de recursos financeiros de P&D em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, CEPESC, junho de 2005. Relatório de Pesquisa. 125 pp.
- YIN, Robert K (2001) - Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre, Bookman, 2a. edição.
- ZUBIOLI, A. (2004) - Ética Farmacêutica. São Paulo, Sobravime.

ANEXOS

ANEXO 1

Trecho da Ata da 128ª Reunião da CIB-SP. Os nomes dos representantes municipais e estaduais foram substituídos por denominadores fictícios (RM – Representante Municipal; e RE – Representante Estadual), preservando-se a identificação da esfera de gestão representada.

“Representante Municipal 01 (RM1) relata que o município de Aparecida cumpre todos os critérios exigidos para a dispensação e que está havendo um entendimento equivocado, segundo ele não houve na CIB o impedimento dos credenciamentos e sim o reconhecimento de que é necessário ter uma política de saúde mental. É favorável ao credenciamento de Aparecida, e afirma que o COSEMS é favorável a uma política em saúde mental incluindo-se a reestruturação da assistência farmacêutica. Reforça que por diversas vezes o COSEMS tem pleiteado a discussão sobre o assunto, bem como sua participação e não tem obtido respostas.

RM1, reitera o apoio do COSEMS à proposta. Coloca que foi encaminhada a indicação de representantes para formulação da proposta, mas a SES não implementou. Informa que o município de Aparecida já atende e prescreve medicamentos.

RM2 coloca que a necessidade de discussão sobre a política de saúde mental é importante, mas é preciso reconhecer que os pacientes estão tendo que se deslocar para municípios vizinhos para receber o mesmo medicamento a que poderia ter acesso no próprio município.

RM3 coloca que Buritama foi aprovado pela CIB de 2 de setembro de 2004. Desenvolve ações de saúde mental numa perspectiva de integralidade, onde a dispensação de medicamentos é parte do programa.

RE1, opina que desde que os municípios tenham médico treinado para a dispensação e cumpram os requisitos básicos poderiam se credenciar.

RM4, reitera a importância do aperfeiçoamento da assistência farmacêutica para agilização e a implantação da política de saúde mental no estado.

RE2, propõe que solicitações de credenciamento para dispensação de medicamentos em saúde mental devem vir acopladas a compromissos com a integralidade da atenção em saúde mental.

RE3, resgata que em 2001 foi implantado o Programa DOSE CERTA em Saúde Mental, não se fez avaliação ou readequação. A CSI tem várias solicitações de credenciamento pendentes. Propõe retomar estes credenciamentos ao lado de uma avaliação em curto prazo com vistas a sua readequação.

A Secretária do município de Aparecida, afirma que tem o programa estruturado no município.

RE2, pede a formalização da solicitação do credenciamento de Aparecida explicitando o que o município oferece, tendo em vista o atendimento integral em saúde mental

multiprofissional, sendo a dispensação parte integrante da atenção e que esta evitará deslocamentos dos pacientes. Propõe a aprovação do credenciamento de Aparecida, desde que cumpridos estes critérios.

RE4, informa que encaminhará a solicitação de credenciamento do município de Itapecerica da Serra, que se encontra nas mesmas condições do de Aparecida.

RE2, concorda com o encaminhamento.

RM1, enfatiza que é necessário analisar cada pedido.

RM2, avalia que esta é uma oportunidade para se ampliar a discussão com os municípios quanto à prescrição de medicamentos. Sugere que se mantenham os limites atuais, quanto aos municípios autorizados a prescreverem os medicamentos, até que haja uma definição da política de saúde mental, desde que haja um prazo para esta definição.

RM5, comenta que não há lógica em fazer o paciente percorrer o sistema para ter acesso a medicamentos, a rede básica tem médicos, a exigência do farmacêutico para a dispensação é corporativismo.

RE5, comenta que não se pode discriminar o paciente de saúde mental. Estamos forçando o município a violar a privacidade do paciente, é o motorista da ambulância que termina responsável pelo medicamento. O consumo alto de medicamentos é mundial.

RE2, conclui acrescentando que é necessário retomar a questão da saúde mental e que o princípio de disponibilizar o medicamento ao paciente no local em que está sendo atendido é adequado. Municípios que atendam aos critérios já citados acima para o município de Aparecida, poderão ser analisados na CIB, sendo necessário esclarecer que a princípio não se trata de aumento das quantidades de medicamentos dispensados, mas de remanejamento.

RM1, relata que a suspensão da inclusão de novos municípios para dispensação de medicamentos de Saúde Mental não foi deliberada em CIB e, em que pese o assunto estar sendo avaliado pela SES, não pode impedir que municípios que se adequaram estruturalmente, com equipe multidisciplinar, para garantir melhores condições aos seus pacientes, sejam penalizados. Reforça que por diversas vezes o COSEMS tem pleiteado a discussão sobre o assunto, bem como sua participação nas discussões e não tem obtido respostas.

RE2, esclarece que já foram apresentados em CIB, a situação e os problemas do Programa de Dispensação de Medicamentos de Saúde Mental que hoje corre o risco de ser um processo calcado na “medicalização”, e que deveria ser parte do Programa de Saúde Mental. Reitera a importância de rever a política de saúde mental e que esta não se confunde com a assistência farmacêutica e a necessidade de avançar na Política de Saúde Mental como um todo, motivo pelo qual foi agendada reunião tripartite para o dia 12.11.04, mas houve cancelamento pelo MS. Considerando as várias colocações, o RE2 sugere que se a proposta do município de Aparecida está baseada numa atenção integral em saúde mental e que se o problema é

evitar que o paciente se desloque para outros municípios para receber medicamento à semelhança dos remanejamentos de teto financeiro de TRS [Terapia Renal Substitutiva], propõe que seja autorizada a dispensação de medicamentos de saúde mental no município de Aparecida, mantendo os valores gastos com os pacientes de Aparecida nos municípios que atualmente são referência, Guaratinguetá e Potim, sem expansão físico-financeira. O pré-requisito de uma atenção integral em saúde mental e a manutenção dos níveis atuais de gastos na dispensação de medicamentos de saúde mental deverá ser pré-requisito para qualquer inclusão de novos municípios até que se tenha a proposta do Estado.

Encaminhamento: houve consenso e foi aprovado

ANEXO 2

Política Nacional de Medicamentos, 1998.

Lista de atribuições e competências dos gestores das três esferas de governo

5.2 Gestor Federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

- a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
- b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;
- c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;
- g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;
- h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;
- i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;
- k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;
- l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;
- m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;
- n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;
- o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;
- p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;
- q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;
- r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse fundo a fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;
- s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;
- u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes”, tópico 3.3., deste documento;
- v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3 Gestor Estadual

Conforme disciplinado na Lei Nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

- a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;
- b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;
- c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;
- d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;
- e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;
- h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;
- i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;
- j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;
- l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;
- m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes” , tópico 3.3., deste documento, e destinando orçamento adequado à sua aquisição;
- n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;
- o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;
- p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;
- q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4 Gestor Municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente, as seguintes responsabilidades:

- a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

ANEXO 3

Quadro 34 – Relação de componentes de transferências SUS do nível federal aos entes subnacionais, 2004.

CRUPO DE TRANS F	Componentes do Repasse de Recursos	BR	SE	EST SP	ESP (MUN + EST)
MAC	Apoio Mudança Graduação na Área da Saúde	X	X	X	X
MAC	Campanha de Cirurgia de Catarata	X	X	X	X
MAC	Campanha de Vacinação Anti-rábica	X	X	X	X
MAC	Campanha de Vacinação do Idoso	X	X	X	X
MAC	CAPS AD - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	X	X		X
MAC	CAPS I - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	X	X		X
MAC	CAPS II - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	X	X		X
MAC	CAPS III - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	X	X		X
MAC	CAPS IN - Incent. Cust. Centros At. Psicossocial	X	X		X
MAC	Co-financ. Carga Viral HIV e TCD4/CD8	X	X	X	X
MAC	Formação de Recursos Humanos	X	X		X
MAC	Gestão Plena Sist. Municipal - Média Complexidade	X	X		X
MAC	Gestão Plena Sistema Estadual - NOAS	X	X	X	X
MAC	Inc. Financ. Serviços Residenciais Terapêuticos	X	X		X
MAC	Incent. Prog. Nacional de HIV/AIDS e outras DST	X	X	X	X
MAC	Incent. Serv. Atend. Móvel de Urgências - SAMU	X			
MAC	Incentivo - SAMU	X	X		X
MAC	Incentivo Adicional ao CEO	X	X		X
MAC	MAC Vigilância Sanitária	X	X	X	X
MAC	Medicamentos Excepcionais Pacientes Crônicos	X	X	X	X
MAC	Programa de Especialidade Odontológica	X	X		X
MAC	Serviços Atendimento Móvel de Urgências - SAMU	X	X		X
AB	Ações de Eliminação da Doença de Chagas	X			
AB	ANVISA - Taxa de Fiscalização	X	X	X	X
AB	Apoio à População Indígena	X	X		X
AB	Cadastro Nacional de Usuários do SUS	X	X		X
AB	Campanha de Vacinação - Tríple Viral	X	X	X	X
AB	Epidemiologia e Controle de Doenças	X	X	X	X
AB	Farmácia Básica - Estadual	X	X		X
AB	Farmácia Básica - Municipal	X	X		
AB	Financ. Centros Referência Saúde do Trabalhador	X	X		X
AB	Inc. Descentr. Unidades Saúde FUNASA - PAB	X	X		
AB	Inc. Intens. Ações Vigilância Controle Hanseníase	X	X	X	X
AB	Inc. Realiz. Levant. Índice Rápido - AEDES AEGYPTI	X	X	X	X
AB	Incent. Desenv. Ações Contingenciais da Malária	X			

AB	Incent. Desenv. Ativ. Inq. Nac. Prev. do Tracoma	X			
AB	Incent. Implantação dos Sistemas SIM e SINASC	X	X	X	X
AB	Incent. Intensif. Ações de Controle da Filariose	X			
AB	Incentivo à Farmácia Popular do Brasil	X	X		X
AB	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	X	X		
AB	Incentivo Ações Básicas Vig. Sanitária	X	X		X
AB	Incentivo Adic. Prog. Agentes Comunit. de Saúde	X	X		X
AB	Incentivo Saúde Bucal	X	X		X
AB	Intensificação Vigilância e Contr. da Tuberculose	X	X	X	X
AB	Medicamentos Saúde Mental	X	X	X	X
AB	Piso da Atenção Básica - Fixo	X	X		X
AB	Programa Agentes Comunitários de Saúde – Estadual	X	X		X
AB	Programa Agentes Comunitários de Saúde – Municipal	X	X		
AB	Programa de Expansão do PSF - PROESF	X	X		X
AB	Programa de Saúde da Família - Estadual	X			
AB	Programa de Saúde da Família - Municipal	X	X		X
AB	Programa Farmácia Popular do Brasil	X	X		X
AB	Projeto Similar ao PSF	X	X		
AB	TFECD - Adicional	X	X	X	X
AB	Vacinação Contra o Tétano Neonatal	X	X		
AB	Vacinação Poliomielite	X	X	X	X
ESTRAT	Acomp. Pac. Saúde Mental - Ações Estrat. - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Acompanhamento a Def. Auditivo	X	X	X	X
ESTRAT	Acompanhamento de Paciente - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Acompanhamentos Pós Transplante	X	X	X	X
ESTRAT	AIDS	X	X	X	X
ESTRAT	AIDS - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Angioplastia Endovascular	X	X	X	X
ESTRAT	Assistência Domiciliar - Ações Estrat. - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Assistência Pré-Natal - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Campanha de Oftalmologia	X	X		
ESTRAT	Câncer de Colo Uterino	X	X	X	X
ESTRAT	Central de Regulação - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Central de Regulação - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Deformidade Cranio-Facial	X	X	X	X
ESTRAT	Epilepsia – AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Fisioterapia - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Gastroplastia – AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Geriatrics - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	HIV/AIDS - Fórmula Infantil Adicional	X	X	X	X
ESTRAT	Incentivo CNRAC - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Leishmaniose Visceral	X			
ESTRAT	Leptospirose - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Leucemia Mielóide - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Multirão de Cirurgias Eletivas Média Complexidade	X	X		X

ESTRAT	Neonatal – SAI	X	X	X	X
ESTRAT	Neurocirurgia - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Ortodontia	X	X	X	X
ESTRAT	Patologia Clínica - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Pré-Natal	X	X	X	X
ESTRAT	Próstata	X	X	X	X
ESTRAT	Próstata - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Psicodiagnóstico - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Queimados	X	X	X	X
ESTRAT	Reabilitação	X	X	X	X
ESTRAT	Registro Civil e Nascimento - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - AIH	X	X	X	X
ESTRAT	Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Tabagismo – Ações Estratégicas - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Terapia e Psicoterapia - Ações Estratégicas - SIA	X	X		X
ESTRAT	Terapia Renal Substitutiva - SIA	X	X	X	X
ESTRAT	Transplantes	X	X	X	X
ESTRAT	Transplantes – SIA	X	X		X
ESTRAT	Tuberculose	X	X	X	X
ESTRAT	Varizes	X	X	X	X
ESTRAT	Vistoria PNASCH	X			

ANEXO 4

Quadro 35 – Despesa liquidada dos municípios paulistas, percentual de despesa com medicamentos, por ano, 2002 a 2005 e total.

Municípios paulistas	2002	2003	2004	2005	Total
350010 Adamantina	0,44	2,09	4,82	4,64	3,4
350020 Adolfo	14,28	22,36	17,48	7,9	14,57
350030 Aguaí	0,92	3,15	2,58	3,65	2,73
350040 Águas da Prata	0	4,05	8,3	3,59	4,05
350050 Águas de Lindóia	8,57	8,38	9,25	0	8,77
350055 Águas de Santa Bárbara	9,52	10,37	11,4	7,95	9,79
350060 Águas de São Pedro	3,52	1,64	3,44	3,2	2,98
350070 Agudos	10,18	9,72	8,53	9,16	9,3
350075 Alambari	2,94	6,12	4,68	3,9	4,4
350080 Alfredo Marcondes	11,9	17,68	12,54	8,91	12,45
(.....)					
355590 Uru	23,15	19,39	16,84	37,61	24,89
355600 Urupês	5,08	10,07	9,15	8,48	8,34
355610 Valentim Gentil	7,25	8,37	3,7	8,55	6,96
355620 Valinhos	7,4	6,62	6,29	3,7	5,73
355630 Valparaíso	6,63	5,99	6,41	6,39	6,35
355635 Vargem	5,33	4,84	0	0	2,1
355640 Vargem Grande do Sul	9,85	4,77	5,87	5,53	6,23
355645 Vargem Grande Paulista	6,36	3,41	2,75	2,87	3,62
355650 Várzea Paulista	3,37	6,21	3,18	0	4,23
355660 Vera Cruz	5,47	10,24	10,79	10,32	9,41
355670 Vinhedo	4,85	2,62	3,24	4,29	3,71
355680 Viradouro	4,27	5,63	4,47	5,26	4,94
355695 Vitória Brasil	7,15	7,2	14,73	6,13	9,01
355710 Votuporanga	6,76	4,78	4,57	4,1	4,84
355715 Zacarias	11,23	8,96	2,8	8,16	7,69
Total	2,9	3,06	3,89	4,15	3,53

Fonte: Siops

ANEXO 5

Quadro 36 – Custo e população atendida pelas políticas de fornecimento de medicamentos do governo federal. Programas Estratégicos, anos selecionados.

PROGRAMA	1999		2000		2001		2002	
	CUSTO (R\$)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$)	POP. ATENDIDA	CUSTO (R\$)	POP. ATENDIDA
AIDS	594.324.000,00	72.953	608.772.262,00	91.500	515.500.000,00	131.400	516.000.000,00	140.000
HEMODERIVADOS	156.391.000,00	6.670	155.230.000,00	6.670	137.900.000,00	7.626	206.401.000,00	7.626
TUBERCULOSE	8.788.800,00	100.000	12.012.824,00	120.000	10.800.000,00	93.500	12.488.766,00	100.000
HANSENIASE	4.592.000,00	85.557	1.422.160,00	70.378	1.644.581,00	68.000	3.239.606,00	70.000
DIABETES(Insulina)	19.529.000,00	298.395	41.059.861,00	350.000	57.323.139,00	350.000	91.954.674,86	355.450
HIPERTENSÃO/DIABETES - Medicamentos					6.007.056,90	1.000.000	50.900.000,00	5.000.000
ENDEMIAS FOCAIS	10.439.202,00	827.149	21.075.670,00	1.236.474	17.500.000,00	4.800.000	16.593.715,00	5.200.000
FARMÁCIA POPULAR					57.902.240,00	44.000.000	74.723.000,00	50.000.000
FARMÁCIA MULHER							24.878.681,60	2.700.000,00
TOTAL GERAL	794.064.002,00	1.390.724	839.572.777,00	1.875.022	804.577.016,90	50.450.526	997.179.443,46	63.573.076

Fonte: MS/SCTIE, 2002.

ANEXO 6

Apresentamos abaixo as principais características das oito iniciativas de incentivo à inovação mencionadas.

Quadro 37

01	Incubadora de Empresas de Base Tecnológica
	< http://www.sebrae.com.br/br/parasuaempresa/incubadorasdeempresas_948.asp > < http://www.anprotec.org.br/ >
	Principal instituição: SEBRAE e Anprotec
	Objetivo: Desenvolver a cultura de incubadoras no país; Apoiar na criação e consolidação das incubadoras de empresas; Fortalecer as parcerias para um maior comprometimento com o programa; Criar condições para que as empresas apoiadas pelo programa se tornem competitivas.
	Outras observações: os objetivos acima referem-se ao Programa de Incubadoras de Empresas desenvolvidas pelo SEBRAE.

Quadro 38

02	Lei Brasileira de Inovação
	< http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Projetos/PL/2004/msg194-040428.htm >
	Congresso Nacional
	Objetivo: “Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo”.
	Outras observações

Quadro 39

03	Lei Paulista de Inovação
	Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Projeto de Lei Complementar.
	Principal instituição: ALESP
	Objetivo: “Dispõe sobre incentivos à inovação tecnológica, à pesquisa científica e tecnológica, ao desenvolvimento tecnológico, à engenharia não-rotineira e à extensão tecnológica em ambiente produtivo no Estado de São Paulo”.
	Outras observações

Quadro 40

04	Medidas de Incentivo à Inovação (MCT)
	< http://revistapesquisa.fapesp.br/show.php?id=revistas1.fapesp1..20050705.200507113..SEC3_4 >
	Principal instituição: Ministério de Ciência e Tecnologia
	Objetivo:
	Outras observações: a iniciativa do MCY foi recentemente incorporada ao texto da Medida Provisória 252, conforme relato no endereço acima mencionado.

Quadro 41

	PROJETO INOVAR
05	< http://www.capitalderisco.gov.br/vcn/index.asp >
	< http://www.capitalderisco.gov.br/vcn/oquee_PL.asp >
	Principal instituição: Ministério da Ciência e Tecnologia. Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)
	Objetivo: promover o desenvolvimento das pequenas e médias empresas de base tecnológica brasileiras através do desenvolvimento de instrumentos para o seu financiamento, especialmente o capital de risco.
	Outras observações

Quadro 42

	FUNDOS SETORIAIS
06	< http://www.mct.gov.br/Fontes/Fundos/Default.htm >
	Principal instituição: Ministério de Ciência e Tecnologia. Financiadora de Estudos e Projetos (Finep)
	Objetivo: garantir a ampliação e a estabilidade do financiamento para a área e, em simultâneo, a criação de um novo modelo de gestão, fundado na participação de vários segmentos sociais, no estabelecimento de estratégias de longo prazo, na definição de prioridades e com foco nos resultados.
	Outras observações

Quadro 43

	FORUM DE COMPETITIVIDADE
07	//www.desenvolvimento.gov.br/sitio/sdp/proAcao/forCompetitividade/oQueSao.php
	Principal instituição: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
	Objetivo: elevar a competitividade industrial das principais cadeias produtivas do País no mercado mundial, com ações relativas à geração de emprego, ocupação e renda, ao desenvolvimento e à desconcentração regional da produção, ao aumento das exportações, à substituição competitiva das importações e à capacitação tecnológica das empresas.
	Outras observações

Quadro 44

	REDE DE TECNOLOGIA SOCIAL
08	< http://revistapesquisa.fapesp.br/show.php?id=revistas1.fapesp1..20050518.2005050111..SEC3_4 >
	Principal instituição: Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República (Secom).
	Objetivo: Disseminação e desenvolvimento de Tecnologias Sociais comunitárias para comunidades carentes.
	Outras observações: o endereço acima é o do artigo onde se encontram as referências do programa.