



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carla Edialla Figueiredo Zaire

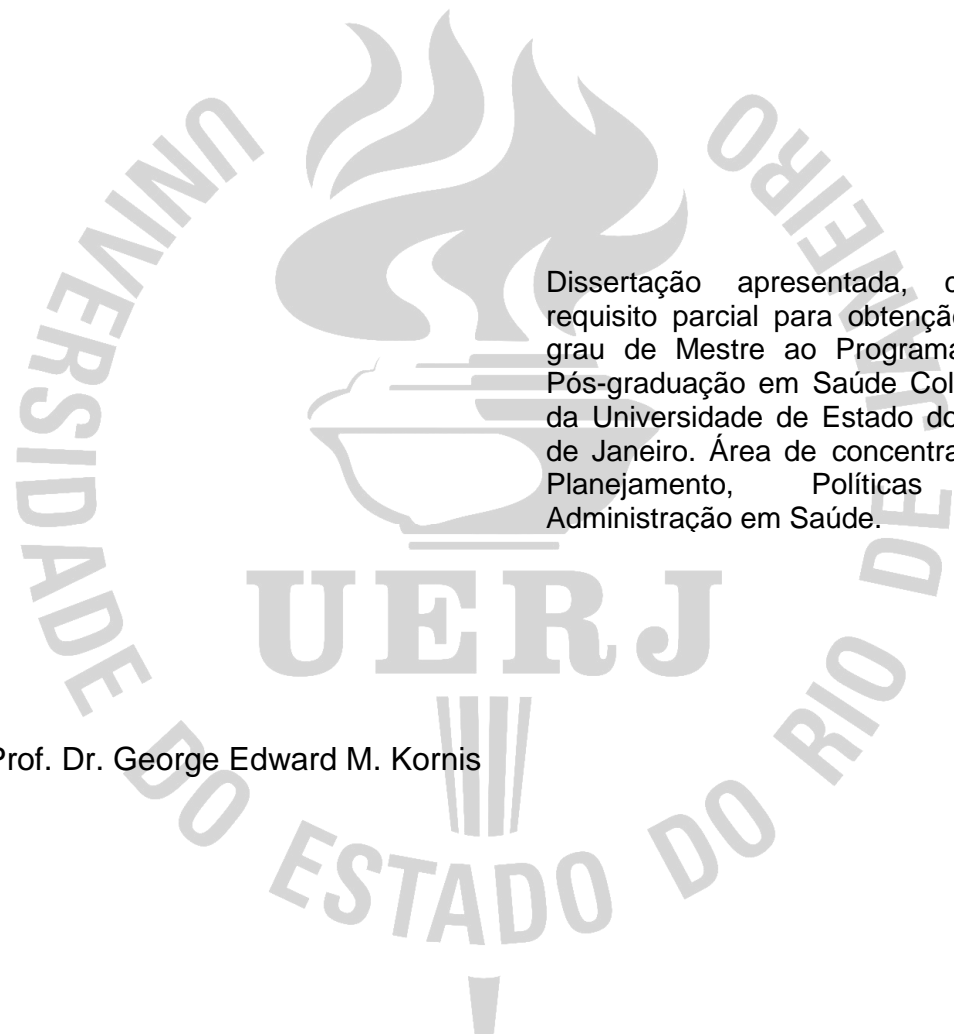
**A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência
farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a
compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2008

Carla Edialla Figueiredo Zaire

A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento, Políticas e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward M. Kornis

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

Z21 Zaire, Carla Edialla Figueiredo.
A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro / Carla Edialla Figueiredo Zaire. – 2008.
197f.

Orientador: George Edward M. Kornis.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Política farmacêutica – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. 3. Política farmacêutica – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 4. Medicamentos – Teses. I. Kornis, George Edward M. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615:658.716

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carla Edialla Figueiredo Zaire

A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento, Políticas e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward M. Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui
Faculdade de Farmácia – UNESA

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2008

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. George Edward Machado Kornis, pela confiança nas novas gerações e pela atenção dispensada desde os meus primeiros dias no mestrado. Também pela transformação de uma graduada em pesquisadora e por todo o imenso tempo dedicado, desde aos ajustes no projeto até a versão final que aqui apresento.

A todo o corpo docente do Instituto de Medicina Social da UERJ, que trabalha duro para manter a qualidade e o espírito da pesquisa vivo nessa área tão preocupada com a excelência técnica, que por vezes se esquece do sentido de estarmos aqui: o bem-estar do paciente. Aos professores que me ministraram disciplinas e que de alguma forma participaram da elaboração das minhas idéias. Em especial, ao Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos, até recentemente, diretor do IMS, ao Prof. Dr. George Kornis, também chefe do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, ao Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna, hoje diretor do IMS, à Profa. Dra. Sulamis Dain, à Profa. Dra. Rosângela Caetano, à Profa. Dra. Jane Sayd e ao Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Ao corpo funcional do Instituto de Medicina Social da UERJ, em especial às pessoas com quem mais tive contato, como Márcia Cristina Bezerra, chefe da Secretaria, os funcionários Simone, Silvia, Marcos Paulo e Paulo Gerson, aos quais fiz incontáveis pedidos que me foram atendidos com a maior boa vontade e rapidez. Aos funcionários da recepção, do laboratório de informática e da limpeza e organização. Às organizadíssimas funcionárias da biblioteca, que prontamente nos ajudam a achar qualquer documento de que precisamos.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em especial a minha amiga Leila Senna Maia e à Ana Silvia Gesteira.

À Banca Examinadora: Prof.^a Dra. Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Prof.^a Dra. Rosângela Caetano e Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna.

Aos colegas de turma que me trataram cordialmente durante todo o tempo, tornando possível o convívio com pessoas mais experientes. A troca de experiências foi inesquecível, sobretudo com Leila Senna Maia, sempre atenciosa e carinhosa, tornou-se uma amiga para todos os momentos, Emília, Vivian, Ismael, Maximus, Rondineli, Anna Lúcia e Marcela. Agradeço, ainda, às minhas colegas Maria Helena

Braga, doutoranda, que permaneceu sempre próxima, interessada, companheira e disposta a ajudar, e a recém-incorporada Marise Fagundes de Souza Lima, do grupo de pesquisa em farmacêutica coordenado pelo Prof. Dr. George E. M. Kornis.

À Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, em especial às funcionárias Ana Márcia Messeder e minha colega farmacêutica Milene Rangel da Costa, que foram muito atenciosas e interessadas na minha pesquisa, me permitindo ter acesso às informações necessárias.

Ao Núcleo de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em especial ao Secretário de Saúde, Dr. Jacob Kligerman, e ao colega farmacêutico Rondineli Mendes da Silva, que me atendeu inúmeras vezes e abriu os caminhos para as informações. Ao funcionário Pedro Fernando Vaz, que usou parte do seu tempo com minha pesquisa.

Ao Dr. Pedro Zidoi, presidente da ABCFARMA, que me doou alguns exemplares da *Revista ABCFARMA*, muito úteis para a realização da pesquisa.

À minha família: Daisy, minha mãe, sempre tentando se desdobrar em mil para me ajudar e cuidando das minhas crises de choro. Carlos, meu pai, sempre trazendo as calopsitas para o meu recreio do computador, e quando não era bem recebido pela “azedinha” aqui, ainda assim conservava o bom humor... Felipe, meu irmãozinho que sempre vinha me ajudar a destravar o computador em meio aos meus prantos e reclamações. De fato, quanta paciência! Ao meu namorado, Luiz Cláudio Lerner, sempre presente e disposto a conversar. À minha amiga Renata Ribeiro de Araújo, que esteve presente desde a faculdade até agora.

À FAPERJ, pelo auxílio financeiro, no período de novembro/2006 a março/2008, que tornou viável a realização desta pós-graduação.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho e para o meu amadurecimento profissional!

Muito obrigada!

RESUMO

ZAIRE, Carla Edialla Figueiredo. *A relação entre indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro*. 2008. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008 .

Esta dissertação tem como objeto o estudo da relação estabelecida entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. O objetivo é avaliar como estão sendo feitas as compras de medicamentos para os programas de assistência farmacêutica básica para hipertensão, diabetes e asma e rinite. A captura de dados foi realizada nas Secretarias de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro. Realizou-se comparação dos preços unitários dos medicamentos adquiridos no estado, no município do Rio de Janeiro e no Banco de Preços em Saúde (BPS), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Em alguns momentos foram utilizados dados da *Revista ABCFARMA*, sobre preços unitários do mercado varejista. A pesquisa tornou possível registrar que o Estado do Rio de Janeiro compra medicamentos a um preço unitário mais alto do que aqueles praticados pela prefeitura e pelo Banco de Preços em Saúde. A hipótese apresentada é que o preço unitário mais alto se deve às inúmeras compras emergenciais realizadas, que estimulam os fornecedores a compensar o risco com preços maiores. Como a maioria dos fornecedores é distribuidora de medicamentos, elas estariam onerando os preços unitários, pois tiveram problemas no passado com o cumprimento da dívida pelo estado. Segundo autoridades estaduais da Secretaria de Estado de Saúde, esta situação indesejável está sendo superada através de uma nova forma de aquisição de medicamentos. A prefeitura do Rio de Janeiro, por outro lado, tem realizado as compras de medicamentos por licitações na modalidade concorrência. Esta forma possibilitou a aquisição de medicamentos a preços inferiores aos outros entes pesquisados. A maioria dos fornecedores da prefeitura é a própria indústria de medicamentos, o que, em princípio, torna o preço mais baixo. Conclui-se, então: que o Estado do Rio de Janeiro passou por crises de desabastecimento ou abastecimento irregular dos programas de assistência farmacêutica básica, o que contribuiu para a elevação dos preços praticados; e que a prefeitura do Rio de Janeiro tem conseguido comprar medicamentos em condições mais favoráveis que o governo de estado.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Indústria farmacêutica. SUS. Preços de medicamentos. Estado do Rio de Janeiro. Município do Rio de Janeiro.

.ABSTRACT

This dissertation studies the relationship between the pharmaceutical industry and pharmaceutical care within the Unified Health System. The aim is to evaluate how drug purchases for primary pharmaceutical care for hypertension, diabetes, asthma and rhinitis programs are done. Data was collected in Rio de Janeiro State and Municipal Health Secretariats, from January 2000 to December 2006. Unit prices were compared in Rio de Janeiro State, Rio de Janeiro Municipality and the Health Prices Bank [Banco de Preços em Saúde]. ABCFARMA Journal's databank was used, since it informs retail unit prices. According to the research, Rio de Janeiro State purchases drugs of higher unit prices than the municipality and the bank. The hypothesis is that this higher unit price is due to the several emergency purchases, which make suppliers compensate their risk with higher prices. Moreover, since most suppliers are drug distributors, these could rise unit prices, as they had had problems with state payments. According to the State Health Secretariat authorities, this undesirable situation is being overcome through a new form of drug purchase. On the other hand, Rio de Janeiro Municipal administration purchases drugs through prices competition, what allowed them to buy drugs of lower prices. Most suppliers of the Municipal Health Secretariat are pharmaceutical industries, what reduces prices. The conclusion is that Rio de Janeiro State underwent stock crises or irregular stocks in primary pharmaceutical care programs, which made prices rise; also, Rio de Janeiro Municipal administration has succeeded in purchasing drugs in more favorable conditions than Rio de Janeiro State.

Keywords: Pharmaceutical care. Pharmaceutical industry. Unified Health System. Rio de Janeiro (State). Rio de Janeiro (Municipality).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------|---|-----|
| Quadro 1 | Laboratórios públicos brasileiros com maior produção | 43 |
| Gráfico 1 | Percentual de Participação de Medicamentos Genéricos no Mercado Brasileiro | 48 |
| Figura 1 | Ciclo da Assistência Farmacêutica | 65 |
| Figura 2 | Perfil do Consumo Brasileiro de Medicamentos, segundo a faixa de renda da população..... | 69 |
| Quadro 2 | Valores investidos no IAFAB | 73 |
| Quadro 3 | Valores investidos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica | 74 |
| Quadro 4 | Medicamentos selecionados para a pesquisa | 103 |
| Gráfico 2 | Comparação dos Preços de Metildopa 250mg comprimido | 108 |
| Gráfico 3 | Número de Fornecedores de Metildopa 250mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 109 |
| Gráfico 4 - | Número de Fornecedores de Metildopa 250mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 109 |
| Gráfico 5 | Comparação dos Preços de Captopril 25mg comprimido | 112 |
| Gráfico 6 | Número de Fornecedores de Captopril 25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 113 |
| Gráfico 7 | Número de Fornecedores de Captopril 25mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 114 |
| Gráfico 8 | Comparação dos Preços de Propranolol 40mg comprimido | 117 |
| Gráfico 9 | Número de Fornecedores de Propranolol 40mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 118 |
| Gráfico 10 | Número de Fornecedores de Propranolol 40mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 118 |
| Gráfico 11 | Comparação dos Preços de Hidroclorotiazida 25mg comprimido .. | 122 |
| Gráfico 12 | Número de Fornecedores de Hidroclorotiazida 25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 123 |
| Gráfico 13 | Número de Fornecedores de Hidroclorotiazida 25mg comprimido | |

| | | |
|------------|---|-----|
| | para a prefeitura do Rio de Janeiro | 123 |
| Gráfico 14 | Comparação dos Preços de Digoxina 0,25mg comprimido | 126 |
| Gráfico 15 | Número de Fornecedores de Digoxina 0,25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 127 |
| Gráfico 16 | - Número de Fornecedores de Digoxina 0,25mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 127 |
| Gráfico 17 | Comparação dos Preços de Glibenclamida 5mg comprimido | 131 |
| Gráfico 18 | Número de Fornecedores de Glibenclamida 5mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 132 |
| Gráfico 19 | Comparação dos Preços de Glibenclamida 5mg comprimido no Estado do Rio de Janeiro e no Banco de Preços em Saúde | 132 |
| Gráfico 20 | Número de Fornecedores de Glibenclamida 5mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 133 |
| Gráfico 21 | Comparação dos Preços de Metformina 850mg comprimido | 136 |
| Gráfico 22 | Número de Fornecedores de Metformina 850mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 137 |
| Gráfico 23 | Número de Fornecedores de Metformina 850mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 138 |
| Gráfico 24 | Comparação dos Preços de Insulina NPH 100UI frasco-ampola ... | 139 |
| Gráfico 25 | Número de Fornecedores de Insulina NPH 100UI frasco-ampola para o Estado do Rio de Janeiro | 140 |
| Gráfico 26 | Número de Fornecedores de Insulina NPH 100UI frasco-ampola para a prefeitura do Rio de Janeiro | 140 |
| Gráfico 27 | Comparação dos Preços de Prednisona 20mg comprimido | 144 |
| Gráfico 28 | Número de Fornecedores de Prednisona 20mg comprimido para o estado do Rio de Janeiro | 145 |
| Gráfico 29 | Número de Fornecedores de Prednisona 20mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 146 |
| Gráfico 30 | Comparação dos Preços de Prednisona 5mg comprimido | 148 |
| Gráfico 31 | Número de Fornecedores de Prednisona 5mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 149 |
| Gráfico 32 | Número de Fornecedores de Prednisona 5mg comprimido para a | |

| | | |
|------------|---|-----|
| | prefeitura do Rio de Janeiro | 150 |
| Gráfico 33 | Comparação dos Preços de Salbutamol 2mg/5ml xarope ou líquido frasco | 151 |
| Gráfico 34 | Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg/5ml xarope ou líquido frasco para a prefeitura do Rio de Janeiro | 152 |
| Gráfico 35 | Comparação dos Preços de Salbutamol 100mcg aerosol inalatório frasco | 154 |
| Gráfico 36 | Número de Fornecedores de Salbutamol 100mcg aerosol inalatório frasco para o Estado do Rio de Janeiro | 155 |
| Gráfico 37 | Número de Fornecedores de Salbutamol 100mcg aerosol inalatório frasco para a prefeitura do Rio de Janeiro | 155 |
| Gráfico 38 | Comparação dos Preços de Salbutamol 2mg comprimido | 158 |
| Gráfico 39 | – Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro | 159 |
| Gráfico 40 | Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro | 159 |
| Gráfico 41 | Valores Gastos no Programa Hipertensão (2000-2006) | 164 |
| Gráfico 42 | Valores Gastos pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Hipertensão (2000-2006) | 165 |
| Gráfico 43 | – Número de Unidades Adquiridas no Programa Hipertensão (2000-2006) | 166 |
| Gráfico 44 | Valores Gastos no Programa Diabetes (2000-2006) | 168 |
| Gráfico 45 | Valores Gastos pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Diabetes (2000-2006) | 169 |
| Gráfico 46 | Número de Unidades Adquiridas no Programa Diabetes (2000-2006) | 170 |
| Gráfico 47 | Valores Gastos no Programa Asma e Rinite (2000-2006) | 172 |
| Gráfico 48 | Valores Gastos pelo Estado RJ no Programa Asma e Rinite (2000-2006) | 172 |
| Gráfico 49 | Número de Unidades Adquiridas no Programa Asma e Rinite (2000-2006) | 173 |
| Gráfico 50 | Número de Unidades Adquiridas pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Asma e Rinite (2000-2006) | 174 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ABCFarma | – Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico |
| Abifina | – Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades |
| Abimip | – Associação da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição |
| Abiquif | – Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica |
| Abiquim | – Associação Brasileira da Indústria Química |
| Abrafarma | – Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias |
| Abrasp | – Associação Brasileira dos Produtores de Soluções Parenterais |
| AFE | – Autorização de Funcionamento de Empresa |
| Alanac | – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais |
| ALERJ | – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro |
| Alfob | – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais |
| Anvisa | – Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BNDES | – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social |
| BPS | – Banco de Preços em Saúde |
| CAP | – Coeficiente de Adequação de Preços |
| CAPS | – Centro de Atenção Psicossocial |
| CF88 | – Constituição Federal Brasileira de 1988 |
| CFF | – Conselho Federal de Farmácia |
| CGA | – Central Geral de Abastecimento |
| CIB | – Comissão Intergestores Bipartite |
| Ciquim | – Conselho da Indústria Química do Mercosul |
| CIT | – Comissão Intergestores Tripartite |
| CMED | – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos |
| CMS | – Centro Municipal de Saúde |
| Cofins | – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social |
| CONASEMS | – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | – Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CRF-RJ | – Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro |
| DataSUS | – Banco de dados do Sistema Único de Saúde |

| | |
|---------------|---|
| DCB | – Denominação Comum Brasileira |
| DCI | – Denominação Comum Internacional |
| DOE | – Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro |
| DOM | – Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro |
| DOU | – Diário Oficial da União |
| ECT | – Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos |
| 1º ENAFPM | – 1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos |
| EUA | – Estados Unidos da América |
| Farmanguinhos | – Instituto de Tecnologia em Fármacos |
| Febrafarma | – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica |
| FES | – Fundo Estadual de Saúde |
| Finep | – Financiadora de Estudos e Projetos |
| FPB | – Farmácia Popular do Brasil |
| FPR | – Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos |
| FPVB | – Farmácia Popular Vital Brazil |
| FURP | – Fundação para o Remédio Popular |
| GPSM | – Gestão Plena do Sistema Municipal |
| Grupemef | – Grupo dos Profissionais Executivos do Mercado Farmacêutico |
| IAFAB | – Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica |
| IBGE | – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICCA | – Conselho Internacional das Associações da Indústria Químicas |
| ICMS | – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços |
| IGPA | – International Generic Pharmaceutical Alliance |
| IMS | – International Medical Statistics |
| INPI | – Instituto Nacional de Propriedade Intelectual |
| Interfarma | – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa |
| IPCA | – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo |
| Ipea | – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| LAFEPE | – Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. |
| LOS | – Lei Orgânica da Saúde |
| MIP | – medicamentos isentos de prescrição |
| MS | – Ministério da Saúde |
| NAF | – Núcleo de Assistência Farmacêutica |

| | |
|---------------|---|
| NOAS | – Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NOB | – Norma Operacional Básica |
| NPH | – Neutral Protamine Hagedorn |
| OMC | – Organização Mundial do Comércio |
| OMS | – Organização Mundial de Saúde |
| ONG | – Organização Não-Governamental |
| OTC | – Over The Counter |
| P&D | – pesquisa e desenvolvimento |
| PAM | – Posto de Assistência Médica |
| PASEP | – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público |
| PDM | – Programa Diabetes Mellitus |
| PF | – Preço do Fabricante |
| PHA | – Programa Hipertensão Arterial |
| PHRMA | – Pharmaceutical Research and Manufacturers of America |
| PIS | – Programa de Integração Social |
| PMC | – Preço Máximo ao Consumidor |
| PMVG | – Preço Máximo de Venda ao Governo |
| PNAF | – Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNM | – Política Nacional de Medicamentos |
| PPI | – Programações Pactuadas Integradas |
| PRM | – Problemas Relacionados à Medicamentos |
| Pró genéricos | – Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos |
| PSF | – Programa Saúde da Família |
| REMUME | – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais |
| REMUME-AB | – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para a Atenção Básica e Ambulatorial |
| RENAME | – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| RJ | – Rio de Janeiro |
| SAF | – Superintendência de Assistência Farmacêutica |
| SARE | – Secretaria de Estado de Administração e Reestruturação |
| SEAE | – Secretaria de Acompanhamento Econômico |
| SES | – Secretaria de Estado de Saúde |
| S/CIN/CAL | – Saúde/Controladoria de Infraestrutura/Coordenadoria de Apoio |

Logístico

| | |
|--------------|---|
| Sindifar | – Sindicato dos Farmacêuticos |
| Sindifargo | – Sindicato das Indústrias Farmacêuticas no Estado de Goiás |
| Sindquímica | – Sindicato dos Químicos |
| Sindusfarma | – Sindicato da Indústria Farmacêutica do Estado de São Paulo |
| Sindusfarq | – Sindicato das Indústrias de Produtos Farmacêuticos e Químicos para Fins Industriais no Estado de Minas Gerais |
| Sinfacope | – Sindicato de Fármacos e Cosméticos de Pernambuco |
| Sinfar | – Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado do Rio Grande do Sul |
| Sinqfar | – Sindicato das Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado do Paraná |
| Sinquifar-NP | – Sindicato das Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Norte do Paraná |
| Sinqfesc | – Sindicato das Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de Santa Catarina |
| SISMED | – Sistema de Controle e Planejamento da Compra e Distribuição de Materiais da Rede Hospitalar/Medicamentos |
| SMS | – Secretaria Municipal de Saúde |
| SPS | – Secretaria da Previdência Social |
| SRP | – Sistema de Registro de Preços |
| SUS | – Sistema Único de Saúde |
| TRIPS | – Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights |
| UPA | – Unidade de Pronto-Atendimento |
| UPA 24hs | – Unidade de Pronto-Atendimento 24 horas |
| URM | – Uso Racional de Medicamentos |
| WSMI | – World Self-Medication Industry |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 19 |
| INTRODUÇÃO | 22 |
| 1 O MERCADO FARMACÊUTICO | 27 |
| 1.1 As principais características da indústria farmacêutica | 34 |
| 1.2 Uma breve configuração da indústria farmacêutica | 39 |
| 1.3 O mercado de medicamentos no Brasil | 44 |
| 1.4 A política de preços de medicamentos no Brasil | 50 |
| 2 AS PRINCIPAIS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS | 57 |
| 2.1 O Estado brasileiro: ações recentes no campo da assistência farmacêutica | 58 |
| 2.2 Os atos legais: garantias de assistência farmacêutica | 60 |
| 2.3 O financiamento da assistência farmacêutica: quem paga a conta? | 68 |
| 2.3.1 <u>A distribuição de responsabilidades entre as três esferas de Governo</u> .. | 70 |
| 2.3.2 <u>O co-financiamento</u> | 76 |
| 2.3.3 <u>O financiamento determinado pelo Judiciário</u> | 78 |
| 3 A POLÍTICA DE AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS NO SUS | 81 |
| 3.1 O arcabouço legal brasileiro no tocante às aquisições de medicamentos no SUS | 82 |
| 3.2 As especificidades do Estado do Rio de Janeiro | 88 |
| 3.2.1 <u>O padrão de compra</u> | 89 |
| 3.2.2 <u>A Secretaria de Estado de Saúde (SES): alguns problemas e desafios</u> | 91 |
| 3.2.3 <u>A Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF-SES)</u> | 93 |
| 3.3 <u>As especificidades do Município do Rio de Janeiro</u> | 94 |
| 3.3.1 <u>O padrão de compra</u> | 95 |
| 3.3.2 <u>O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF-SMS)</u> | 98 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4 | AS AQUISIÇÕES DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 102 |
| 4.1 | O Programa Hipertensão | 104 |
| 4.1.1 | <u>O anti-hipertensivo: Metildopa 250mg comprimido</u> | 105 |
| 4.1.2 | <u>O anti-hipertensivo: Captopril 25mg comprimido</u> | 110 |
| 4.1.3 | <u>O anti-hipertensivo: Propranolol 40mg comprimido</u> | 114 |
| 4.1.4 | <u>O diurético: Hidroclorotiazida 25mg comprimido</u> | 119 |
| 4.1.5 | <u>O cardiotônico: Digoxina 0,25mg comprimido</u> | 124 |
| 4.2 | O Programa Diabetes | 128 |
| 4.2.1 | <u>O hipoglicemiante oral: Glibenclamida 5mg comprimido</u> | 129 |
| 4.2. | O hipoglicemiante oral: Metformina 850mg comprimido | 133 |
| 4.2.3 | <u>O hipoglicemiante injetável: Insulina NPH 100UI frasco-ampola</u> | 138 |
| 4.3 | O Programa Asma e Rinite | 141 |
| 4.3.1. | <u>Os antiinflamatórios esteroidais: Beclometasona 250mg inalatório de uso oral frasco e Beclometasona 50mcg spray inalatório de uso nasal frasco</u> | 142 |
| 4.3.2 | <u>O antiinflamatório esteróide: Prednisona 20mg comprimido</u> | 142 |
| 4.3.3 | <u>O antiinflamatório esteróide: Prednisona 5mg comprimido</u> | 146 |
| 4.3.4 | <u>O broncodilatador: Salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope</u> | 150 |
| 4.3.5 | <u>O broncodilatador: Salbutamol 100mcg aerosol inalatório</u> | 152 |
| 4.3.6 | <u>O broncodilatador: Salbutamol 2mg comprimido</u> | 156 |
| 5 | AS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA REALIZADA | 162 |
| 6 | À GUIA DE CONCLUSÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS . | 175 |
| | REFERÊNCIAS | 184 |
| | ANEXOS A – Listagem de laboratórios oficiais brasileiros | 192 |
| | ANEXOS B – Listagem dos Preços de Fabricante Médios Unitários do Mercado Varejo calculados a partir da <i>Revista ABCFARMA</i> | 193 |

| | |
|--|-----|
| ANEXOS C – Programa Hipertensão | 194 |
| ANEXOS D – Programa Diabetes | 195 |
| ANEXOS E – Programa Asma e Rinite | 196 |
| ANEXOS F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 197 |

Apresentação

Esta dissertação tem como objeto o estudo da relação estabelecida entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Está dividida em uma introdução e mais seis capítulos. Na introdução, buscamos familiarizar o leitor com o tema pesquisado, o foco da pesquisa, conceitos sobre medicamentos e a metodologia empregada.

No capítulo 1, apresentamos a indústria farmacêutica como um todo, dispomos características gerais, mundiais e brasileiras. Apresentamos as principais entidades que atuam no mercado farmacêutico no Brasil, entre ministérios, órgãos de classe e associações. Este capítulo está subdividido em quatro subitens: o primeiro aborda as características gerais inerentes à indústria farmacêutica, tais como, pesquisa e desenvolvimento, patentes e fusões e aquisições. O segundo subitem aborda o mercado farmacêutico e a situação da indústria mundial e brasileira, o crescimento e a concentração de mercados por classes terapêuticas. O terceiro explora o mercado de medicamentos no Brasil, tanto o atacado quanto o varejo, os medicamentos mais vendidos, a quantidade de medicamentos em comercialização, genéricos e similares. O último tópico apresenta a política de preços de medicamentos no Brasil, os impostos incidentes, a regulação e a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

No capítulo 2, apresentamos as principais políticas de assistência farmacêutica no Brasil. Este capítulo está subdividido em três subitens. No primeiro, descrevemos o comportamento do Estado Brasileiro no que tange à assistência farmacêutica. No segundo, apresentamos os atos legais que asseguram a

assistência farmacêutica, as principais políticas, tais como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF); ainda, conceituamos a assistência farmacêutica e seus principais pontos de entrave. No terceiro tópico, dispomos sobre o financiamento da assistência farmacêutica, subdividido em mais três itens: no primeiro, expomos a distribuição das responsabilidades entre as três esferas de governo, a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) e outras contribuições financeiras dos entes federados; no segundo, temos o co-financiamento como tema, apresentamos o programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) e o programa estadual Farmácia Popular Vital Brazil (FPVB); por fim, no terceiro tópico, comentamos o financiamento determinado pelo Judiciário, as características dos mandatos judiciais e o comportamento dos entes intimados.

O capítulo 3 traz as políticas de aquisições de medicamentos no SUS, e está dividido em três subitens. Primeiramente, apresentamos o arcabouço legal, incluindo as leis, decretos e portarias a respeito de licitações públicas e, ainda, as minúcias a serem observadas quando se trata de compra de medicamentos. O segundo e o terceiro tópicos irão apresentar as especificidades do estado e do município do Rio de Janeiro. Especificamos a rede assistencial e o tipo de compra de cada um. Descrevemos as principais atividades da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) da Secretaria de Estado de Saúde e do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Secretaria Municipal de Saúde. Por fim, ainda apresentamos os principais problemas que a secretaria de estado tem passado e o programa Remédio em Casa, da prefeitura.

O capítulo 4 apresenta a pesquisa realizada na SAF e no NAF sobre as aquisições de medicamentos para os programas de assistência farmacêutica básica

no período de 2000 a 2006. Este capítulo está dividido por programas: Hipertensão, Diabetes e Asma e Rinite. Apresentamos os gráficos de variação dos preços ao longo do tempo e ainda os fornecedores em cada licitação.

No capítulo 5, apresentamos uma análise dos resultados da pesquisa. Comparamos os preços mais altos encontrados com os preços do mercado varejo, consultados no banco de dados da *Revista ABCFarma*. Isso nos permite observar a variação do mercado atacado com o varejo. E ainda, buscamos explicar nesta seção os motivos de grandes variações nos preços do estado e do município do Rio de Janeiro em alguns anos pesquisados.

No capítulo 6, à guisa de conclusão, apresentamos algumas considerações finais sobre os resultados da pesquisa.

Introdução

Conhecer a relação dos segmentos públicos e privados do setor farmacêutico com o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos desafios dos pesquisadores da Saúde Coletiva. A presente dissertação tem por objeto construir uma avaliação, ainda que preliminar, da situação da assistência farmacêutica no SUS. Nosso foco é a compra de medicamentos efetuada pelas Secretarias de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro.

Nessa perspectiva, serão investigados os principais fornecedores de medicamentos para essas instâncias de governo: fornecedores diretos, tais como as indústrias farmacêuticas e os laboratórios oficiais, ou fornecedores indiretos, tais como as distribuidoras de medicamentos e drogarias.

Segundo a metodologia empregada, inicialmente realizamos um levantamento da produção intelectual sobre o tema, com o fim de mapear problemas e algumas das soluções já apontadas por outros autores. Buscamos também, nesse levantamento, localizar artigos relativos à produção industrial de medicamentos, à tecnologia e às políticas industriais nacionais. Em um segundo movimento de pesquisa, realizamos um levantamento dos atos legais relativos à assistência farmacêutica no SUS. Depois desse movimento, foi realizado também um levantamento dos procedimentos necessários para as compras pelo serviço público.

Na seqüência metodológica adotada nesta pesquisa, efetuamos a busca dos dados relativos à assistência farmacêutica no SUS, através das Secretarias de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro. Durante essa etapa da pesquisa, já foi possível perceber o universo de informações úteis às quais tínhamos acesso.

Sendo assim, foi necessário realizar um recorte, que selecionou um grupo de 15 medicamentos básicos ao tratamento da hipertensão, diabetes, asma e rinite, que são patologias que possuem programas de saúde específicos.

Tendo como foco a compra de medicamentos, tivemos acesso a dados estaduais e municipais sobre os seguintes aspectos: modalidades de compra dos itens, classificação dos fornecedores (distribuidora de medicamentos, drogaria, indústria farmacêutica ou laboratório oficial), número de unidades adquiridas e o preço unitário de cada unidade de medicamento adquirido.

A partir desses dados, foi possível estimar os gastos com os programas de assistência farmacêutica, observar a variabilidade dos preços ao longo do tempo e, ainda, calcular o percentual de descontos concedidos às duas esferas de governo em análise.

Complementando os dados adquiridos, realizamos entrevistas abertas com os principais gestores das Secretarias de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, e registrada no SISNEP sob o nº CAAE – 0001.0.259.000-08. O termo de consentimento livre e informado encontra-se em anexo. O objetivo principal das entrevistas foi esclarecer dúvidas que foram surgindo no decorrer da coleta de dados. Na Secretaria Estadual de Saúde, a entrevista aberta foi realizada com o Superintendente de Assistência Farmacêutica, e na Secretaria Municipal, com o Gerente de Assistência Farmacêutica.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, muitas questões surgiram e em suas respostas delinear-se algumas possíveis explicações para o comportamento das variáveis em análise. Apesar de termos optado por não explicitar os nomes dos

fornecedores privados do estado e do município, temos presente que é possível ter acesso a esses nomes, dado que eles constam em licitações públicas registradas.

Antes de passarmos ao desenvolvimento do capítulo 1, consideramos que alguns desenvolvimentos conceituais deveriam ser tratados no âmbito desta introdução.

Quanto à denominação ou nome dos medicamentos, podemos diferenciar como segue (KOROLKOVAS, 1988): a) durante as atividades de pesquisa os medicamentos são designados por uma sigla, número ou código; b) os medicamentos possuem também um nome químico que descreve a estrutura química do fármaco e segue as regras de nomenclatura dos compostos químicos, às quais não correspondem ao nome genérico; c) os medicamentos recebem ainda o nome registrado/comercial, que é o nome de marca, comercial ou de fantasia. Quando o fármaco é fabricado por mais de uma empresa, cada firma dá o seu próprio nome registrado; d) os medicamentos possuem ainda um nome escolhido pelos órgãos oficiais, sem levar em conta o fabricante. Este nome é genérico ou é designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, ainda, é o princípio ativo que é o nome comum pelo qual o fármaco é conhecido.

Quanto à oferta de produtos farmoquímicos, também chamados de matérias-primas, insumos farmacêuticos e fármacos, conforme proposto por Frenkel & Silva (1990), existem dois grandes conjuntos, independentemente de sua procedência: 1) *Commodities* são produtos relativamente antigos, com mercado de especialidades farmacêuticas consolidado, com patentes extintas ou em vias de extinção, preços estáveis e disponibilidade alternativa no mercado internacional; 2) Produtos Inovadores, também conhecidos como novas entidades químicas (*New Entities*), são produtos recentemente lançados em seus países de origem, ainda sob proteção de

patente, com mercados ainda restritos, mas com elevadas taxas de crescimento, com pouca ou nenhuma disponibilidade internacional e com alto valor unitário.

Com relação aos produtos acabados, temos disponível no mercado as seguintes classificações (BRASIL, 2008):

a) Medicamento Inovador – é o primeiro medicamento licenciado para comercialização, como medicamento patenteado, inicialmente não existem concorrentes de mesmo alvo terapêutico e de mesma atividade farmacoterapêutica.

b) Medicamento de Referência – é o produto inovador, ou seja, medicamento já existente no mercado quando surgem outros que pretendem ser intercambiáveis.

c) Medicamento Similar – é lançado pós- comercialização do medicamento inovador, mesmo que a patente ainda exista. Estes medicamentos surgiram antes da aprovação da Lei de Patentes no Brasil. Apresentam o mesmo ou os mesmos fármacos, a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica do medicamento de referência registrado, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificados por nome comercial ou marca. Este tipo de produto pode ser trocado por um genérico ou pelo de referência, no entanto não existe a reciprocidade da troca, uma vez que não foram realizados testes de bioequivalência e biodisponibilidade.

d) Medicamento Genérico - medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de

exclusividade; comprovada sua bioequivalência e biodisponibilidade, é designado pela DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI).

e) Produto Intercambiável - equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança.

Ainda em relação a esses medicamentos, é importante conceituar os testes (BRASIL, 2008a):

1) Bioequivalência – consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados sob um mesmo desenho experimental.

2) Biodisponibilidade - indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.

Os desenvolvimentos conceituais acima nos permitem passar aos capítulos seguintes, dados que esses conceitos serão de uso freqüente ao longo dos capítulos que compõem esta dissertação.

Capítulo 1 – O MERCADO FARMACÊUTICO

Neste capítulo serão abordados assuntos importantes para o entendimento da dinâmica do mercado farmacêutico brasileiro, o qual segue tendências mundiais de produção e de concorrência. Serão apresentados panoramas atuais, e ainda os desafios, da indústria farmacêutica brasileira e das distribuidoras de medicamentos.

Nesse sentido, é conveniente situar o mercado farmacêutico no complexo industrial da saúde. Segundo Gadelha (2003), esse complexo é composto por um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde, que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo. Assim, contextualizando na temática deste estudo, existe uma interdependência entre os produtores (produção industrial de fármacos e medicamentos), possíveis intermediários (distribuidoras de medicamentos) e os consumidores (serviços de saúde) que, ao estabelecerem relações de compra e venda, constituem o mercado farmacêutico. O mercado no Brasil é formado por diversas instituições públicas e privadas, nacionais e transnacionais, corporativas e associativas, atuando em diversas áreas.

Em relação ao poder público, o Estado brasileiro caracteriza-se pela constante intervenção que exerce no setor saúde, através de ações de produção direta dos bens e serviços ou pelo seu financiamento, organização e regulação do mercado.

No âmbito do Estado brasileiro, temos diversas instituições envolvidas, desde ministérios subordinados à Presidência da República até agências independentes e subordinadas a outros poderes. Esse aparato estatal, envolvido no setor de

medicamentos, encerra um tratamento fragmentário do sistema de saúde brasileiro, já que as entidades e agências possuem posições e objetivos antagônicos e se encontram divididas em campos distintos, nem sempre absolutamente contraditórios. A seguir listamos as principais instituições envolvidas nesse processo, cabendo ressaltar que a maioria das informações foi obtida nos *sites* dos próprios ministérios.

- **Ministério da Fazenda:** define políticas econômicas e de investimento que podem afetar o mercado farmacêutico como um todo.
- **Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior:** responsável pela análise de projetos industriais na área químico-farmacêutica e pela concessão de patentes através do Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI).
- **Ministério das Relações Exteriores:** através do Conselho de Cooperação/Política Aduaneira, é responsável pela determinação do nível de tarifas e impostos de importação.
- **Ministério da Ciência e Tecnologia:** promove estudos e pesquisas, além de fomentar, através das suas principais entidades, o financiamento com bolsas de estudos para pesquisadores e estudantes. Este Ministério também financia a formação de mão-de-obra especializada em suas diversas agências.
- **Ministério do Trabalho e Emprego:** estabelece padrões de funcionamento de empresas farmacêuticas e disposições referentes às corporações sindicais, à segurança e proteção do trabalhador.

- **Ministério da Saúde:** implementa atos legais que direcionam as políticas de saúde em seus diversos níveis de gerência, financia programas de assistência à saúde específicos, tais como Programa Saúde da Família, Programa Fome Zero, Programa Farmácia Popular do Brasil, entre outros. Este ministério também investe na produção de medicamentos através de programas estratégicos, financiando laboratórios oficiais como o Farmanguinhos e o Instituto Vital Brazil; promove campanhas de vacinação e de combate a doenças como o Dengue e a Leishmaniose. Ainda, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), procede à autorização e fiscalização dos laboratórios farmacêuticos, o registro de produtos, e através da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) define políticas de preços de medicamentos.
- **Ministério da Previdência Social:** diretamente comprometido, por abarcar os processos de arrecadação e financiamento da área de Seguridade Social.
- **Ministérios militares**, que, nos laboratórios do **Exército**, **Marinha** e **Aeronáutica**, produzem medicamentos para atender aos principais programas do Ministério da Saúde e ainda para o consumo de suas tropas.
- Outras agências ligadas à questão dos medicamentos são: o **Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)**, o **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)** e a **Financiadora de Estudos e Projetos (Finep)**, devido às linhas de crédito e financiamentos diversos.
- E por fim, as universidades, agências e instituições peculiares.

Por outro lado, as empresas farmacêuticas também contam com entidades e associações de representação de interesses. As principais entidades formadoras da opinião empresarial são:

- **Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica** (Febrafarma): criada oficialmente em 2002, reúne 15 entidades representativas do setor, a saber: Abimip, Abrasp, Alanac, Interfarma, Pró Genéricos, Sindifar, Sindquímica, Sindusfarma, Sindusfarq, Sinfacope, Sinfar, Sinqfar, Sindifargo, Sinqifar-NP e Sinqfesc, que agrupam 267 fabricantes de medicamentos de capital nacional e estrangeiro em operação no Brasil.
- **Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica** (Abiquif): foi fundada em 1983 e congrega empresas do setor farmoquímico, produtoras de matérias-primas para medicamentos.
- **Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades** (Abifina): foi constituída em 1986, em São Paulo, e em 1990, teve sua sede transferida para o Rio de Janeiro. Representa os interesses da indústria de química fina, compreendendo produtos químicos denominados intermediários de síntese e de usos (princípios ativos), bem como as especialidades químicas encontradas nos segmentos industriais de produtos farmacêuticos, defensivos agrícolas e animais, catalisadores, produtos de alta tecnologia na área química, aromas e fragrâncias, bem como de empresas de base tecnológica prestadoras de serviços especializados nessa área.
- **Associação Brasileira da Indústria Química** (Abiquim): entidade sem fins lucrativos, congrega cerca de 170 indústrias químicas de grande,

médio e pequeno portes. Representa o setor nas negociações de acordos internacionais relacionados a produtos químicos, como no Conselho da Indústria Química do Mercosul (Ciquim) e no Conselho Internacional das Associações da Indústria Químicas (ICCA).

- **Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac):** criada em 1983, representa os laboratórios nacionais e é responsável pela compreensão crescente de que a existência de uma indústria farmacêutica nacional, através de um parque industrial que possibilite competitividade, é base para a soberania de um país.
- **Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (Alfob):** é uma sociedade civil, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de Brasília/DF.
- **Grupo dos Profissionais Executivos do Mercado Farmacêutico (Grupemef):** é uma associação sem fins lucrativos, criada e mantida por laboratórios farmacêuticos. Promove e executa intercâmbio sociocultural e de informações de *marketing* farmacêutico, sob forma de palestras, cursos, simpósios, *workshops*, congressos e pesquisa mercadológicos.
- **Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma):** fundada em 1990, é uma entidade sem fins lucrativos que congrega 30 laboratórios instalados no Brasil dedicados à atividade da indústria de produtos de pesquisa própria ou devidamente licenciada por seus descobridores, para fins farmacêuticos (insumos, matérias-primas, medicamentos e correlatos).

- **Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos** (Pró genéricos): fundada em 2001, é uma entidade de classe vinculada à Febrafarma, que congrega os principais laboratórios que atuam na produção e comercialização medicamentos genéricos no país. Desde 2005 faz parte da IGPA (International Generic Pharmaceutical Alliance), como membro observador. Fundada 1997, a IGPA é uma entidade internacional que busca garantir o acesso dos consumidores a medicamentos que reúnam qualidade e economia.
- **Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico** (ABCFarma): fundada em 1959 com a finalidade de defender os interesses dos empresários do setor. Inicialmente sediada no Rio de Janeiro, pouco tempo depois se transferiu para São Paulo. Criou a *Revista ABCFarma*, que hoje tem tiragem de 35.000 exemplares e é distribuída mensalmente em todo o território nacional. Essa revista oferece as informações úteis ao setor, como atos legais instituídos e preços de medicamentos, além de outras matérias e propagandas.
- **Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias** (Abrafarma): fundada em 1991 por redes de farmácias paulistanas, hoje conta redes de outros estados, totalizando 21 associadas.
- **Associação da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição** (Abimip): representa 22 empresas de origem nacional e internacional, que são os principais fabricantes de medicamentos isentos de prescrição médica que internacionalmente são reconhecidos pela sigla OTC (*over the counter*); no Brasil, são chamados por MIP (medicamentos isentos de

prescrição). É membro da Febrafarma e também está associada a entidades de atuação internacional e reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como WSMI (World Self-Medication Industry).

A importância dessas entidades é reconhecida no cenário nacional; elas são úteis no desenvolvimento de pesquisas nos diversos setores em que atuam, além de pressionarem governos por políticas mais favoráveis a seus interesses. Caso conhecido é o da já extinta Associação da Indústria Farmacêutica no Brasil (Interfarma), que congregava as empresas exclusivamente de capital transnacional e teve atuação persistente de bastidores no Congresso Nacional na década de 1990, pela aprovação do reconhecimento de patentes de processos e produtos farmacêuticos (BERMUDEZ, 1992).

Cabe ainda comentar que existem quatro tipos de produtores atuando no país na fabricação de fármacos, caracterizados de acordo com a origem de seu capital e os mercados onde atuam (FRENKEL & SILVA, 1990):

- 1) subsidiárias de empresas transnacionais que fabricam fármacos para uso exclusivo dos laboratórios do mesmo grupo empresarial;
- 2) subsidiárias de empresas transnacionais que fabricam fármacos para seu próprio uso, mas que ofertam também a terceiros;
- 3) produtores independentes nacionais que vendem para terceiros e não operam no mercado de especialidades farmacêuticas, ou apenas de forma secundária;

4) laboratórios farmacêuticos nacionais, que num processo inverso de verticalização produzem algumas matérias-primas para uso próprio e vendem o excedente para terceiros.

1.1. As principais características da indústria farmacêutica

A indústria farmacêutica contempla diversas atividades, que exigem conhecimentos técnicos classificados em quatro estágios. O primeiro estágio envolve atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D), com o objetivo de descobrir novas entidades químicas com atividades farmacológicas – fármacos; o segundo abrange a produção em larga escala dos fármacos; o terceiro corresponde à fabricação de medicamentos (produtos acabados); e o quarto envolve as atividades de *marketing* e comercialização de medicamentos. A realização de cada um deles envolve níveis diferenciados de barreiras (econômicas e institucionais) à entrada e depende de políticas de médio e longo prazo das próprias empresas, de instituições complementares (universidades e institutos de pesquisa) e de políticas governamentais ativas (FRENKEL, 2002).

A fim de aprofundar o conhecimento na questão da inovação da indústria farmacêutica, daremos seqüência às explicações das subetapas envolvidas nesse processo. Conforme apresentado na literatura (QUEIROZ & GONZÁLES, 2001; RANG *et al.*, 2004, p. 852), temos as seguintes etapas:

- a) Fase Química (2-5 anos): consiste em selecionar o alvo e isolar novas substâncias da extração de produtos naturais, síntese química ou processos biotecnológicos que tenham afinidade pelo alvo;

- b) Fase Biológica (1,5 ano): verificação do determinado potencial terapêutico para, em seguida, submetê-la a testes farmacológicos, toxicológicos, bioquímicos e microbiológicos;
- c) Fase Clínica (5-7 anos): na pesquisa clínica, o fármaco é testado em pequeno grupo de voluntários saudáveis, quando se verificam a farmacocinética, a tolerabilidade e os efeitos colaterais. Posteriormente, em caso de bons resultados, a experimentação se entende a grupos mais numerosos de pacientes, devidamente informados de que estão utilizando um medicamento em fase de testes, para confirmar e aprofundar os resultados iniciais em termos de tolerância ao medicamento, de sua eficácia e dosagem, etc.
- d) Fase Galênica: é simultânea à fase clínica, onde é realizado um trabalho de análise detalhada das características da substância em termos de sua composição, pureza, estabilidade ao longo do tempo, etc. Essas informações são importantes para determinar as especificações de produção e as normas de controle de qualidade.
- e) Fase de Vigilância: refere-se a estudos posteriores à aprovação para comercialização.

Conforme podemos observar, são diversas as etapas que vão desde P&D até o medicamento estar pronto para o consumo. O processo de inovação é arriscado (risco de fracasso na pesquisa), e demanda montantes expressivos de recursos para seu financiamento.

Em relatório publicado em 2000, a Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PHRMA) – grupo que reúne algumas das maiores

indústrias mundiais – apresenta estimativa de que são gastos da ordem de US\$ 802 milhões em P&D para lançar um medicamento inovador no mercado. Esse relatório também informa que os custos em pauta têm crescido na mesma intensidade que o número de testes clínicos exigidos pelos órgãos de licenciamento (ANGELL, 2004).

Na literatura, outro estudo concorda com os dados divulgados pela PHRMA, ao observar os cálculos dos custos em P&D, apontando que na fase pré-clínica os gastos são da ordem de US\$ 335 milhões e, posteriormente, na fase clínica os custos chegam a US\$ 467 milhões, totalizando US\$ 802 milhões para lançar um novo medicamento no mercado (DIMASI *et al.*, 2003).

Assim, mesmo considerando a hipótese de que a PHRMA não divulga os dados necessários para fazer o cálculo exato dos gastos em P&D, vale registrar que já existe o contra-argumento de que esse valor estaria superestimado. Segundo Angell (2004), o dado correto para gastos em P&D em 2000 seria apenas de US\$ 100 milhões por medicamento, ou seja, essa autora apresenta um valor oito vezes menor do que o apresentado pela PHRMA.

A superestimativa dos gastos em P&D, segundo o contra-argumento de Angell (2004), pode estar reforçada pela presença acentuada de medicamentos *me-too* no mercado. Afinal os medicamentos *me-too* não tiveram investimento alto em P&D, uma vez que são novas versões de medicamentos já conhecidos. Contribuem também para essa superestimativa os seguintes fatos: é alto o número de substâncias ativas descobertas em universidades e instituições de pesquisa públicas, que licenciam a exclusividade de produção/comercialização a baixo custo para a indústria. Nos Estados Unidos, onde ocorre a maior parte da pesquisa e produção de fármacos do mundo, os gastos com P&D são dedutíveis integralmente de impostos.

Reforçando ainda que houvesse superestimativa dos gastos em P&D, temos, em documento divulgado pelo Public Citizen (2001) que, os custos em P&D para desenvolvimento de medicamento inovador são, em média, de US\$ 150 milhões. Sendo assim, fica a polêmica sobre quanto, de fato, é gasto para lançar um medicamento no mercado. São gastos expressivos com os quais a indústria não estaria arcando caso não contasse com o grande incentivo do registro de patente.

A proteção patentária foi aprovada no Acordo TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights), da Organização Mundial do Comércio (OMC) em 1994, pelos 123 membros participantes, incluindo o Brasil. Assim, rompendo com uma posição histórica que datava de 1969, quando o Brasil aboliu por completo o patenteamento para área farmacêutica (Decreto-lei nº 1005/69), foi regulamentada a Lei nº 9279/96, que reconhece e dá direito à propriedade intelectual.

Segundo Kornis *et al.* (2008), a edição dessa lei identifica claramente uma decisão do governo brasileiro de acatar as definições da OMC, de garantir a expansão do mercado de medicamentos comercializados pelas indústrias farmacêuticas transnacionais. Esta situação foi agravada por dois fatos que devem ser continuamente avaliados. Em primeiro lugar, deve-se considerar que a Lei de Patentes no Brasil não se fez acompanhar de políticas públicas consistentes e contínuas que pudessem contribuir para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional. Outro fato de relevância é que, reconhecendo o direito de propriedade intelectual, o Brasil, mesmo possuindo a maior biodiversidade do mundo, não reconhece patentes em produtos naturais – setor em franco processo de inovação tecnológica na atualidade. Picinini (2005) defende que a elaboração de uma nova lei de patentes para a área de fitoterapia é necessária visando à utilização destas substâncias com potencial recurso para a indústria farmacêutica brasileira.

Problemas jurídicos à parte, a indústria farmacêutica vem passando pela intensificação da concorrência mundial, e para isso, tem recorrido a novas estratégias de crescimento, sobretudo no âmbito dos laboratórios transnacionais, onde operações de fusões e aquisições de empresas menores têm sido realizadas desde meados de 1980. A indústria farmacêutica, através dessas operações, pode aumentar sua rentabilidade e o poder de investimento em P&D que, conforme apresentado acima, são gastos expressivos. Essa indústria ainda é capaz de reduzir os custos de *marketing* e de distribuição, além de fortalecer o portfólio de produtos. (MAGALHÃES, 2003).

Portanto, laboratórios transnacionais têm-se unido a outros grandes laboratórios, pequenas empresas; sobretudo as de biotecnologia/pesquisa têm sido compradas por grandes indústrias, e ainda, tem sido comum a associação de laboratórios por meio de acordos como o *Joint-venture*, em que as empresas se associam, não de forma definitiva e com fins lucrativos para explorar determinados negócios, possibilitando que empresas estrangeiras entrem com seus produtos no mercado brasileiro sem ter sede no país.

Esse processo, na prática, tem tido bons resultados. Por exemplo, os lucros altos da Bayer, no quarto trimestre de 2006, foram impulsionados pela aquisição, em meados do mesmo ano, da Schering AG, e também pela venda da unidade de diagnósticos da Bayer para a Siemens (CARDOSO, 2006). Outro exemplo é que a liderança da empresa Ache (terceira maior no mercado nacional) é devida, pelo menos em parte, a uma *joint-venture* com a multinacional MSD e também pela representação que faz do laboratório Park-Davis no país (HASENCLEVER, 2002).

Dessa forma, complexa e peculiar, as indústrias farmacêuticas têm-se mantido no mercado com lucros e crescimento superiores a outras indústrias da área de química fina (ABIFINA, 2006; COUTINHO, 1993).

1.2. Uma breve configuração da indústria farmacêutica

O mercado farmacêutico mundial apresenta grande potencial de crescimento. Em 1998 tinha um faturamento dimensionado em torno de US\$ 307 bilhões/ano. Dados recentes de 2006 indicam que este valor passou para US\$ 643 bilhões/ano, ou seja, em apenas nove anos o faturamento da indústria farmacêutica mundial mais que dobrou (IMS, 1998 e 2007).

Além disso, a América do Norte, a União Européia e o Japão são os mercados dominantes: juntos, concentram 87% do faturamento do setor. A América Latina, como um todo, tem um faturamento de US\$ 27,5 bilhões/ano, que corresponde a apenas 4,3% do total do faturamento mundial (IMS, 2007).

O Brasil é o maior mercado farmacêutico da América Latina; em 2004 conquistou sua melhor posição desde 1996, ficando em 8º no *ranking* mundial. (CAPANEMA, 2006; IMS, 1996). Conforme estimativas da Febrafarma (2006), o mercado brasileiro, em 2004, correspondia a US\$ 11,5 bilhões/ano. Tal vantagem se dilui quando se compara com o faturamento mundial desse mesmo ano (US\$ 559 bilhões/ano), no qual o Brasil representava 2,06% do mercado mundial (IMS, 2007). Segundo Barreiro (1998), o mercado farmacêutico brasileiro, além de pequeno, é

desnacionalizado¹, já que apenas 15% da sua produção, em 1998, correspondia ao parque farmacêutico nacional.

Em relação ao número de indústrias farmacêuticas, o mercado mundial conta com aproximadamente 10 mil fabricantes de produtos farmacêuticos, embora 100 deles sejam responsáveis por cerca de 90% de todos os produtos destinados ao consumo humano (BASTOS, 2005).

No mercado farmacêutico brasileiro hoje, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 557 indústrias farmacêuticas possuem Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) para a produção de medicamentos, expedido pela Anvisa (BRASIL, 2008b). Em 2003, 405 indústrias farmacêuticas possuíam a AFE para produção de insumos; e 450 indústrias produziam produtos farmacêuticos acabados (BRASIL, 2005a).

Ainda do ponto de vista da produção, no cenário mundial as empresas transnacionais contam com uma produção verticalizada, ou seja, integram a produção de matérias-primas, a pesquisa e o desenvolvimento de novos produtos, bem como a formulação e a comercialização de medicamentos (BERMUDEZ, 1995, p. 68).

Segundo Frenkel *et al.* (1978), essa articulação entre os diferentes estágios na produção verticalizada é um componente fundamental da estratégia de

¹ Frenkel *et al.*, já em 1978, afirmavam que o processo de desnacionalização da indústria farmacêutica no Brasil foi consequência de, por um lado, ter havido intenso ritmo de compra de laboratórios nacionais por parte de subsidiárias de firmas estrangeiras; por outro, ocorreu uma queda na participação relativa das firmas nacionais no volume de vendas do mercado. Esta segunda consequência pode ser explicada pela ausência de uma política setorial por parte do governo, visando a proteger a indústria nacional da competição estrangeira, a situação de maior fragilidade para as empresas locais, gerada pelas inovações tecnológicas introduzidas no setor e, finalmente, as medidas de estímulo à entrada de capital estrangeiro que caracterizam a política econômica, enfraquecendo o poder de competição das empresas nacionais (FRENKEL *et al.*, 1978). Hoje, já existe uma série de políticas de incentivo e proteção às indústrias nacionais, buscando amenizar tais desigualdades e assimetrias estimuladas desde a década de 1950 no mercado brasileiro.

crescimento e de competição do setor farmacêutico. No Brasil, no entanto, a maioria das indústrias, tanto as transnacionais, quanto as nacionais, atuam apenas nos estágios finais de produção – ou seja, realizam somente as etapas de formulação e comercialização de medicamentos. Segundo Magalhães *et al.* (2003), essa desverticalização da produção no Brasil reduziu as possibilidades de crescimento das empresas de farmoquímicos e se reflete negativamente na balança comercial, pois as importações de fármacos praticamente dobraram, passando do patamar de US\$ 535milhões para o de US\$ 1,095bilhão entre 1990 e 2000, mesmo com significativa maioria dos fármacos importados apresentando a patente vencida.

Dados recentes da Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina (Abifina, 2008) apontam para o progressivo crescimento das importações que já em 2002 chegaram a US\$ 2,4bilhões, e em 2004 aumentaram para US\$ 2,8bilhões. Magalhães *et al.* (2003) afirmam que, nesse panorama, não há estímulo à ampliação do investimento para a produção doméstica de fármacos, já que os laboratórios que mais vendem são predominantemente estrangeiros e realizam operações matriz-filial a fim de transacionar as matérias-primas, não se criando, assim, mercado expressivo para os fabricantes nacionais de fármacos. Ainda segundo Bermudez (1995), o modelo de desenvolvimento e o papel do Estado tornam o país mais dependente, ao mesmo tempo em que se amplia a defasagem tecnológica entre a indústria farmacêutica nacional e as grandes corporações transnacionais.

As empresas nacionais dependem da importação dos fármacos, o que onera os custos de produção e, ainda, conforme ressaltam Queiroz & Gonzáles (2001), a produção local de fármacos facilitaria seu acesso aos laboratórios, incrementando a competição no mercado final de medicamentos.

É interessante ainda que, conforme revela a Associação Brasileira da Indústria Química (ABIQUIM, 2000), itens como dipirona e vitamina C estão entre os que mais são importados, tendo, cada um, atingido em 1999 gastos superiores a US\$ 10 milhões. Conforme ressalta Hasenclever (2002), esses fármacos são produtos antigos, com processos produtivos já bastante conhecidos e para os quais haveria capacitação tecnológica em território nacional.

Segundo Ávila (2003), fracassaram as tentativas de induzir o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica nacional. As empresas nacionais são pouco capitalizadas quando comparadas à concorrência e, em geral, sem capacidade de inovação. Sendo assim, a produção de medicamentos genéricos, a partir da década de 90, foi o único espaço que restou para a indústria farmacêutica com tais limitações.

Em relação ao padrão de competição da indústria farmacêutica no Brasil, podemos observar que é um oligopólio, no qual cerca de 80% do mercado é dominado por empresas estrangeiras e as empresas líderes são, majoritariamente, subsidiárias de multinacionais formadoras do grupo das grandes farmacêuticas mundiais – as chamadas *big pharmas* (BASTOS, 2005; COUTINHO *et al.*, 1993). Esse oligopólio, no outro extremo, reúne um número expressivo de empresas, segmento no qual se encontra a maioria das empresas nacionais (BASTOS, 2005).

Segundo Hasenclever (2002), o mercado farmacêutico brasileiro apresenta um nível de concentração relativamente baixo, pois a participação das quatro maiores empresas privadas (Aventis Pharma, Novartis, Aché, Bristol Myers Squibb) no faturamento total é inferior a 40%. Mas Hasenclever (2002) mostra que, se considerarmos os dados por classe terapêutica, teremos altos graus de

concentração entre as empresas produtoras. Temos, por exemplo, a classe dos analgésicos/antiinflamatórios (diclofenaco de potássio), na qual a empresa líder Novartis controla cerca de 94% do mercado; a classe dos ansiolíticos (bromazepam) na qual a Roche controla aproximadamente 89% do mercado; e finalmente a classe dos antibióticos (cefalexina), na qual a Eli Lilly controla cerca de 97% do mercado.

O mercado de indústrias farmacêuticas no Brasil conta ainda com um outro grupo de indústrias, os laboratórios farmacêuticos oficiais. Estes são sustentados com recursos públicos, sejam federais, estaduais ou municipais. A produção estatal de medicamentos é realizada por uma rede, que já em 2003 contava com 18 laboratórios (listagem completa de laboratórios no Anexo 1). Trata-se, portanto, de uma rede estratégica distribuída ao longo de 12 estados, para prover as necessidades do SUS no tocante aos medicamentos essenciais.

Os laboratórios públicos brasileiros são responsáveis por aproximadamente 3% da produção nacional em valor e 10% em volume, equivalente a cerca de 10% do total de compras em medicamentos do Ministério da Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Os maiores produtores, conforme dados de 1999, são: Fundação para o Remédio Popular (FURP), Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) e Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. (LAFEPE).

Quadro 1 – Laboratórios públicos brasileiros com maior produção

| Laboratório | US\$ milhões | Número de Unidades |
|---------------|--------------|--------------------|
| FURP | 51,466 | 1.395.267.775 |
| Farmanguinhos | 47,314 | 331.909.940 |
| LAFEPE | 26,585 | 110.617.000 |

Fonte: elaborado a partir de dados obtidos em Hasenclever, 2002

Dados mais recentes revelam que a FURP já atingiu, em 2006, 2,5 bilhões de unidades produzidas, tendo crescido 31% na última década (FURP, 2008). Apesar da importância dos laboratórios públicos brasileiros, muitos deles tiveram que enfrentar problemas relativos à insuficiência de recursos para investimento em renovação de plantas industriais, para atividades de P&D, para contratação de pessoal, entre outros problemas (HASENCLEVER, 2002).

Segundo Ávila (2003), o acesso privilegiado ao mercado governamental com que conta os laboratórios oficiais não tem sido capaz de compensar as severas limitações. A capacidade estatal de injeção de recursos é pequena, e minimamente atende às necessidades de manutenção das linhas de produção.

1.3. O mercado de medicamentos no Brasil

O mercado de medicamentos, conforme citado anteriormente, é composto por relações de compra e venda, seja no atacado ou no varejo. As indústrias farmacêuticas realizam vendas sobretudo às distribuidoras, e em menor escala, diretamente às instituições públicas e privadas. As distribuidoras fornecerão às farmácias e drogarias e ainda, às instituições públicas e privadas. Estima-se que em 1998 as distribuidoras de medicamentos compraram 86,5% da produção das indústrias, dos quais 75,1% foram vendidos às farmácias e drogarias (HASENCLEVER, 2002).

O papel das distribuidoras de medicamentos é bem definido no mercado: elas compram das indústrias farmacêuticas ao preço de fabricante, impõem sua margem de lucro e depois revendem ao mercado varejo num preço remarcado. As indústrias farmacêuticas têm interesse em vender no atacado devido à expressiva economia

que fazem em logística e custos de distribuição. Além disso, os grandes laboratórios costumam tirar férias coletivas, o que passa despercebido para os consumidores, quando o estoque é vendido a atacadistas.

Algumas indústrias farmacêuticas atuam nas duas frentes, vendendo a atacadistas e instituições públicas e privadas. Essa situação ocorre principalmente na área hospitalar, sobretudo naqueles itens muito caros e importados. Tais itens nem sempre são encontrados em distribuidoras, devido à pouca procura, arriscando a perder a validade e acarretando prejuízo. Outras indústrias farmacêuticas ainda ganharam mercado por esse diferencial, de vender diretamente à rede hospitalar pública e privada – foi o caso da Cristália e da União Química. A Cristália, por exemplo, é o líder no mercado hospitalar doméstico (MAGALHÃES, 2003). Essas indústrias ganham clientes, sobretudo, por vender a preços competitivos, possibilitado também pela ausência de intermediários.

O setor atacadista é composto por 4.027 distribuidores, que têm atuação regionalizada. A concorrência é acirrada, com margens pequenas e grande pressão das indústrias farmacêuticas; os distribuidores precisam ter uma operação logística bem montada, de forma a oferecer bons serviços, rapidez e bons preços aos varejistas (CFF, 2003; HASENCLEVER, 2002). Algumas distribuidoras, após seu estabelecimento no mercado, abriram pontos de venda direta ao consumidor (farmácias). Essas empresas entram com um diferencial significativo no mercado varejo – como o distribuidor é próprio, é possível que muitos medicamentos cheguem às prateleiras com preços mais baixos em relação aos concorrentes. Exemplo bem conhecido no Rio de Janeiro é a distribuidora Jamyr Vasconcellos, que possui a rede de Drogarias Pacheco. E ainda, a distribuidora Predimar, que atua

nas regiões Sudeste e Sul com sua rede de franquias Farmais (HASENCLEVER, 2002).

Estima-se que o comércio varejo continua crescendo; segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 2003 estavam cadastradas 61.333 farmácias e drogarias em todo o Brasil, e em 2005 houve aumento de 21%, passando para 74.189 estabelecimentos cadastrados (CFF, 2003 e 2005).

De acordo com Zubioli (1992), a instalação de uma farmácia no Brasil é livre e pode ocorrer em qualquer localidade, independentemente do número de estabelecimentos farmacêuticos existentes e da população a ser atendida. Este fato leva a uma situação caótica do ponto de vista de sua distribuição geográfica.

A concentração regional é bastante evidente. Dados do CFF mostram que 47% dos estabelecimentos, ou seja, 34.708 farmácias e drogarias em 2005 estavam situadas na Região Sudeste do país. A Organização Mundial da Saúde considera aceitável uma farmácia para oito mil a dez mil habitantes, mas no Estado do Rio de Janeiro existiam 5.903 farmácias em 2005 para uma população de 15.383.422 habitantes – ou seja, uma farmácia para 2.606 habitantes. O Estado de São Paulo contava com uma farmácia para 2.120 habitantes. O estado com maior concentração é Santa Catarina, com uma farmácia para 1.788 habitantes, e o estado com menor concentração é Sergipe, com uma farmácia para 6.073 habitantes (CFF, 2003 e 2005; DataSUS – TabNet, 2005).

Analisando o mercado de medicamentos do prisma da oferta de itens, podemos constatar que o Brasil é dominado por produtos de marca. São oferecidos hoje, segundo a Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFarma),

15.393 medicamentos, dos quais apenas 3.145 itens (20,4%) são genéricos. (REVISTA ABCFARMA, 2006).

Segundo Nascimento (2002), essa multiplicidade de medicamentos presente no mercado brasileiro é negativa segundo diversos pontos de vista. Ocorre prejuízo da fiscalização, do controle da qualidade e dos preços; confunde os consumidores e também os profissionais de saúde; e ainda, dificulta o conhecimento suficiente dos produtos para promover uma utilização segura dos mesmos. E ainda, conforme Mosegui *et al.* (1999), apesar dos esforços da Anvisa, a oferta de medicamentos mantém-se aquém do desejável em se considerando a comprovação científica da eficácia.

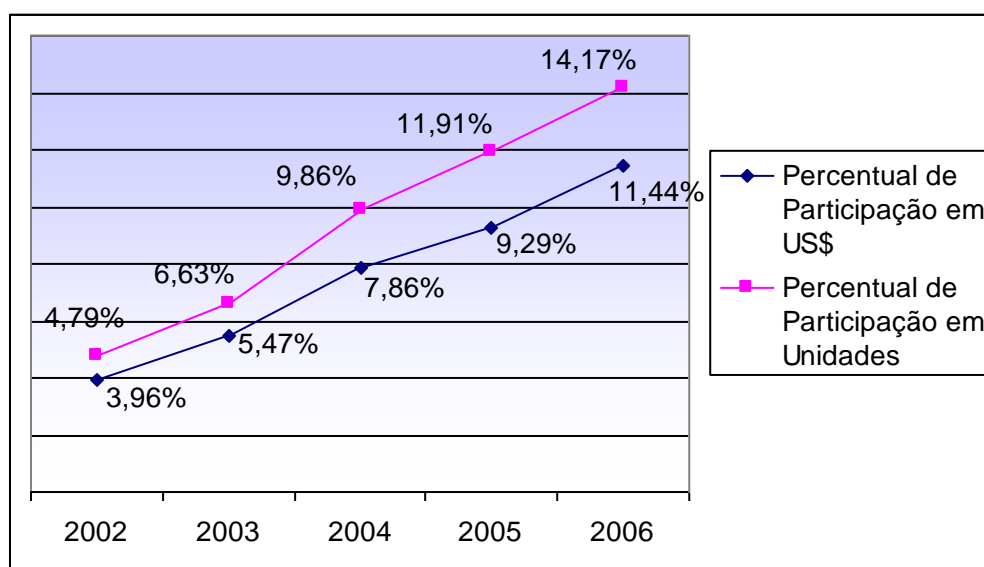
Os medicamentos mais vendidos no Brasil no biênio 2002-2003 foram Viagra®, Dorflex® e Tylenol®, que juntos somam US\$ 141,3milhões. Nenhum genérico se encontra na lista dos 20 mais vendidos (OLIVEIRA, 2003).

Com o início da produção de genéricos no Brasil, possibilitada através da Lei dos Genéricos (Lei nº 9.787/99), o mercado sofreu pequenas mudanças. Somente a partir de 2000 houve, significativamente, a substituição de medicamentos de referência por genéricos. No entanto, o Brasil ainda está longe de países como os EUA, onde os genéricos são 35% das unidades vendidas e equivalem a 8% do faturamento total do mercado (PROGENÉRICOS, 2007).

O forte efeito causado na estrutura de mercado pela entrada dos medicamentos genéricos no Brasil pôde ser sentido na concentração das vendas de medicamentos de referência. Em abril de 2000, estes representavam 73,9%; um ano depois haviam caído para 64,4% (HASENCLEVER, 2004).

Ainda segundo Hasenclever (2004), a venda de medicamentos genéricos no Brasil em 2003 correspondia a US\$ 259,7 milhões e 79 milhões de unidades (caixas). Dados recentemente divulgados apresentaram que somente no primeiro trimestre de 2007 as vendas foram de US\$ 301,3 milhões e 51,4 milhões de unidades (caixas). Estes números representaram aumento de 40,9% frente aos US\$ 213,7 milhões vendidos no primeiro trimestre de 2006 (FOLHA DE S. PAULO, 2007). Isto aponta que as vendas de medicamentos genéricos tende a crescer cada vez mais. O gráfico abaixo mostra a evolução da participação dos genéricos no Brasil.

Gráfico 1 – Percentual de participação de medicamentos genéricos no mercado brasileiro



Fonte: elaborado a partir de dados obtidos em PROGENERICOS (2007).

Ainda na questão de oferta de medicamentos, no mercado brasileiro existe uma grande quantidade de medicamentos chamados “similares”. Tais produtos

foram muito utilizados como estratégia de concorrência pelos laboratórios nacionais, a fim de acompanhar o ritmo de lançamento dos laboratórios inovadores. Quando houve a mudança da legislação patentária em 1996, essa estratégia deixou de ser legal, mas somente para produtos ainda para serem lançados. No longo prazo, se restringirá aos produtos cuja patente já expirou (FRENKEL, 2001). No entanto, a partir da Resolução RDC nº 134/2003, que dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados, todos os medicamentos similares de princípio ativo isolado “deverão no ato da renovação de registro apresentar relatório de ensaios clínicos para comprovar a eficácia terapêutica ou dados de literatura que comprovem eficácia e segurança através de estudos clínicos” (BRASIL, 2003a).

Outros ainda, compostos por associações medicamentosas de produtos sintéticos ou semi-sintéticos deverão apresentar:

a) estudos de biodisponibilidade relativa entre os princípios ativos associados e cada princípio ativo isolado que garantam que a absorção e distribuição dos princípios ativos em associação não são afetadas [...]; b) racionalidade da associação; c) estudos que demonstrem que a associação previne o advento de resistência microbiana quando se tratar de antibióticos. (BRASIL, 2003a, p. 2).

A Anvisa pretende, com esta resolução, garantir a qualidade dos produtos similares que, até bem pouco tempo atrás, apresentavam fama de possuírem efeitos terapêuticos duvidosos.

Acompanhando as tendências mundiais, o mercado de medicamentos brasileiro lançou ainda os medicamentos *me too*, também conhecidos por “inovações parciais”. Esse produto é lançado posteriormente ao produto original e é estruturalmente muito similar ao fármaco conhecido, com pequenas diferenças farmacoterapêuticas. Um exemplo de fármaco desenvolvido como *me too* é a ranitidina, que foi desenvolvido através de modificações estruturais na cimetidina.

Nesse caso, tais modificações resultaram em aumento de potência e maior seletividade pelo alvo terapêutico (BARREIRO, 2005).

Essas estratégias, embora sejam inovações menores, podem se tornar concorrentes poderosos, pois são lançados por grandes laboratórios transnacionais, com forte poder mercadológico, e em alguns casos trazem melhorias terapêuticas significativas sobre os fármacos originais, aproveitando-se da disseminação do conhecimento da ação terapêutica destes e da eliminação de seus efeitos colaterais.

1.4. A política de preços de medicamentos no Brasil

A política de preços de medicamentos no Brasil inclui todos os itens e se aplica a quem vende – sejam setores público, privado ou ONGs. A margem entre o preço de fábrica e o preço ao consumidor é regulada, variando de acordo com o imposto incidente e o tipo de medicamento. Os impostos que incidem sobre o preço são PIS/COFINS, 12%, e ICMS, que varia, de acordo com o estado, de 17 a 19%. (BRASIL, 2005a).

A Febrapharma (2006) protesta quanto à carga tributária total praticada no Brasil, que em 2006 foi de 35,07% sobre medicamentos. A alegação seria que deveria haver coerência dos tributos com o critério de essencialidade do produto. A entidade acusa que a carga tributária total de medicamentos é maior que a carga das embarcações, que no mesmo ano foi de 29,51%, a das revistas (19,9%) e a das flores (18,9%).

Antes de prosseguirmos na questão dos preços propriamente ditos, cabe-nos, primeiramente, observar as legislações existentes no Brasil que padronizam e controlam os ajustes de preços de medicamentos.

A Lei nº 10.213/2001 define as normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos (FPR) e, ainda, cria a Câmara de Medicamentos (BRASIL, 2001). Essa lei pretende criar mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos, a competitividade do setor e a estabilidade dos preços.

Posteriormente, surgiu a Lei nº 10.742/2003, definindo que no momento do registro do produto novo deverão ser apresentadas informações econômicas. Tais como:

a) o preço do produto praticado pela empresa em outros países; b) o valor de aquisição da substância ativa do produto; c) o custo do tratamento por paciente com o uso do produto; d) o número potencial de pacientes a ser tratado; e) a lista de preço que pretende praticar no mercado interno, com a discriminação de sua carga tributária; f) a discriminação da proposta de comercialização do produto, incluindo os gastos previstos com o esforço de venda e com publicidade e propaganda; g) o preço do produto que sofreu modificação, quando se tratar de mudança de fórmula ou de forma; e h) a relação de todos os produtos substitutos existentes no mercado, acompanhada de seus respectivos preços. (BRASIL, 2003b, p. 3).

Esta lei define ainda que, em relação ao ajuste de preços de medicamentos:

§ 1º...será baseado em a) modelo de teto de preços calculado com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; b) no fator de produtividade; c) no fator de ajuste de preços relativos... (BRASIL, 2003b, p. 1).

Com este ato legal foi criada ainda, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), possuindo como competência “propor critérios de composição dos fatores a que se refere o § 1º, bem como o grau de desagregação de tais fatores, seja por produto, por mercado relevante ou por grupos de mercados relevantes” (BRASIL, 2003b).

Através desse ato legal, também ficou definido que os ajustes de preços ocorrerão anualmente. Tradicionalmente, eles ocorrem no mês de março de cada ano, e obedecem a fatores diferenciados para cada faixa. As faixas têm sido definidas segundo o nível de competição nos mercados a partir do grau de participação dos genéricos nas vendas.

No mesmo ano (2003), foi editada a Resolução Anvisa nº 4, que criou as formas de definição dos conceitos de Preço Fabricante (PF) e Preço Máximo ao Consumidor (PMC). São eles: “Art. 2º - Preço Fabricante é o constante no Relatório de Comercialização”. Este Relatório foi definido pela Lei nº 10.742/2003.

Art. 5º Preço Máximo ao Consumidor será obtido por meio da divisão do Preço Fabricante pelos fatores constantes da tabela (abaixo), observadas as cargas tributárias do ICMS praticadas no Estados de destino e a incidência da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS, conforme o disposto na Lei nº 10147, de 21 de dezembro de 2001 [...] (BRASIL, 2003c, p. 1).

Esses valores de PF e PMC estarão disponíveis para consulta dos consumidores em qualquer estabelecimento comercial. Os preços de venda não poderão, em nenhuma hipótese, ultrapassar os valores do PMC. A concorrência das farmácias e drogarias se dará por meio de descontos sobre o PMC, sendo estes descontos opcionais e variáveis, de acordo com o poder de barganha dos varejistas junto ao atacadista-fornecedor.

Em 2003, ainda foi editado o Decreto nº 4.766, que regulamentou a criação, as competências e o funcionamento da CMED. A CMED será composta pelos seguintes Ministros de Estado: da Saúde, do Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça, da Fazenda e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Haverá ainda um Comitê Técnico-Executivo. Compete à CMED:

[...] estabelecer critérios para fixação e ajuste de preços de medicamentos; estabelecer critérios para fixação de margens de comercialização de medicamentos a serem observados pelos representantes, distribuidores, farmácias e drogarias, inclusive das margens de farmácias voltadas especificamente ao atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica; opinar sobre regulamentações que envolvam tributação de medicamentos; assegurar o efetivo repasse aos preços dos medicamentos de qualquer alteração da carga tributária; sugerir a celebração de acordos e convênios internacionais relativos ao setor de medicamentos [...] (BRASIL, 2003d, p. 1).

A CMED surgiu devido às necessidades cada vez mais complexas impostas pelo mercado de medicamentos no Brasil. Não faltarão contribuições a ser feitas com o objetivo de melhorar a assistência farmacêutica no Brasil, essencialmente no âmbito do SUS.

A primeira resolução publicada pela CMED que nos cabe apresentar é a Resolução CMED nº 4, publicada em 18 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP). Diz que:

Art. 1º As distribuidoras e as empresas produtoras de medicamentos deverão aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço - CAP ao preço dos produtos definidos no art. 2º desta Resolução, sempre que realizarem vendas destinadas a entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. §1º O CAP, previsto na Resolução nº. 2, de 5 de março de 2004, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos destinadas aos entes descritos no caput. §2º A aplicação do CAP sobre o Preço Fábrica – PF resultará no Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG. §3º O CAP será aplicado sobre o PF. Art. 2º O CAP será aplicado ao preço dos produtos nos seguintes casos: I- Produtos que estejam ou venham a ser incluídos no componente de medicamentos de dispensação excepcional, conforme definido na Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. II- Produtos que estejam ou venham a ser incluídos no Programa Nacional de DST/AIDS. III- Produtos que estejam ou venham a ser incluídos no Programa de Sangue e Hemoderivados. IV- Medicamentos antineoplásicos ou medicamentos utilizados como adjuvantes no tratamento do câncer. V- Produtos comprados por força de ação judicial, independente de constarem da relação de que trata o § 1º deste artigo. VI- Produtos classificados nas categorias I, II e V, de acordo com o disposto na Resolução nº 2, de 5 de março de 2004, desde que constem da relação de que trata o § 1º deste artigo. (BRASIL, 2006a, p. 1-2).

Portanto, trata-se de um ponto importante que irá contribuir para uma melhor assistência farmacêutica no SUS, racionalizando os gastos com medicamentos, principalmente àqueles mais custosos ao Estado.

A seguir serão abordados conceitos econômicos e o comportamento dos preços no mercado farmacêutico brasileiro nos últimos anos. O primeiro conceito a ser apresentado é o fator de produtividade. Tal fator, conforme disposto pela teoria econômica, decorre da ampliação da margem de lucro consequentemente ao aumento de produtividade, uma vez que esta reduz os custos (FEBRAFARMA, 2006).

Outro conceito relevante é a sazonalidade dos custos. Os medicamentos são produtos comercializáveis e, por isso, sofrem influência da taxa de câmbio. (FEBRAFARMA, 2006). Cabe lembrar ainda que, conforme já mencionado, o mercado brasileiro importa quantidade significativa de fármacos, o que afeta diretamente os custos de produção.

Uma questão importante também, é que, de acordo com Bastos, os preços de medicamentos são influenciados pelo grau de vantagens terapêuticas sobre os produtos existentes. Ou seja, na prática, a maioria dos medicamentos que utilizam novos fármacos (novas entidades químicas) tende a ser muito mais caros do que os mais antigos (BASTOS, 2005).

A estratégia de fixação de preços depende, ainda, das classes terapêuticas envolvidas e, provavelmente, está vinculada à essencialidade do uso do medicamento. Os antibióticos, por exemplo, apresentam, em termos de valor, um

mercado em torno do dobro do tamanho das outras classes terapêuticas (FRENKEL, 2001).

Segundo Frenkel (2001), do ponto de vista da indústria, o aumento de preços é uma estratégia viável, tem conseqüências positivas sobre o aumento do faturamento e, quanto maior a intensidade do aumento, melhor o resultado sobre as vendas. No entanto, essa situação somente poderia se concretizar se a demanda pelos produtos da empresa fosse inelástica aos preços.

A elasticidade da demanda é uma questão polêmica entre os diversos autores da economia da saúde. Segundo a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda:

o mercado de medicamentos apresenta particularidades que o tornam pouco concorrencial, a despeito do grande número de firmas envolvidas na produção e comercialização. Em primeiro lugar, a baixa elasticidade-preço da demanda por medicamentos, em razão da essencialidade do produto, o que faz com que o consumo não diminua sensivelmente em razão de aumento de preços, ou aumente em razão de reduções. A assimetria de informações, na medida em que o paciente, em geral, desconhece a possibilidade de adquirir medicamento substituto ao medicamento prescrito, em particular em razão da referência, nas receitas, a medicamentos de marca, e não à denominação genérica do produto. A interveniência, na decisão de "consumo", do profissional da medicina, não necessariamente sensível à variável preço. (BRASIL, 1998a, p. 2).

Tais particularidades exigem cautela do mercado e apontam para a necessidade de intervenção governamental no controle de preços, a fim de evitar prejuízos financeiros e de saúde para a população.

Após observar os fatores de mercado capazes de influenciar no preço dos medicamentos, analisaremos o comportamento recente de preços no setor. Os capítulos 4 e 5 trarão ainda a pesquisa de preços realizada para essa dissertação.

A década de 90 foi marcada pelo aumento do faturamento associado a uma diminuição das quantidades vendidas. Esse fato evidencia que houve elevação do preço médio (FRENKEL, 2001).

Pesquisa da SEAE comprova que, entre 1996 e 1998, os medicamentos vendidos sob receituário médico apresentaram aumentos de até 152,9%. Entre os sete mais vendidos (Cataflam®, Keflex®, Capoten®, Amoxil®, Voltaren®, Renitec® e Lexotan®) houve variações de até 26,25% (Lexotan®). Na tentativa de explicar tais evoluções nos preços, a pesquisa observa a variação cambial no período e constata que o aumento de 13,2% não constituiu elemento significativo para justificar o aumento. Outra questão apresentada é que o faturamento do setor farmacêutico, entre 1994 e 1997, registrou o aumento de 60,94%, enquanto o número de unidades vendidas teve um aumento de apenas 13,33% (BRASIL, 1998a).

A partir de 2000, após entrada dos medicamentos genéricos no mercado, se esperava que a concorrência maior refletisse nos preços. De fato, observou-se que os medicamentos de referência são sensíveis negativamente ao aumento do número de genéricos em seus mercados. Ainda segundo Nishijima (2003), fica evidente que o comportamento dos produtores dos medicamentos pioneiros mudou frente aos medicamentos genéricos, quando comparado à maneira como se comportavam diante da concorrência dos medicamentos similares.

Conforme já evidenciado por Fiuza & Lisboa (2001), a concorrência prévia propiciada pelos medicamentos similares não era suficiente para reduzir os preços dos medicamentos de referência. Ávila (2003) ainda ressalta que, em relação ao segmento de genéricos, este apresenta margens estreitas – logo, não se pode imaginar grande espaço para a negociação de preços.

Capítulo 2 – AS PRINCIPAIS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste capítulo serão abordadas as políticas de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, bem como os conflitos e os desafios inerentes a qualquer política de assistência farmacêutica. Como visto no capítulo anterior, são muitas pressões do mercado farmacêutico sobre os entes definidores de políticas em saúde. Ainda neste capítulo, conceituaremos a assistência farmacêutica, suas especificidades e programas, além dos seus principais mecanismos de financiamento.

As políticas de assistência farmacêutica nortearão as ações das principais gerências em saúde, sobretudo no que tange às aquisições, logística de distribuição e dispensação de medicamentos. Cabe-nos salientar, ainda, que a assistência farmacêutica aparece no cenário da política pública como um item dispendioso e via de regra insuficiente. No entanto, quando procedemos a uma análise mais profunda, nos deparamos com a falta de informação, devido à baixa rastreabilidade do estoque e, ainda, à imperícia na alocação dos recursos. Tais problemas serão analisados no capítulo 5 desta dissertação.

Sendo assim, aprofundar a questão do provimento de medicamentos essenciais à população se mostra não só como um fator importante, mas também como uma forma de racionalizar custos com procedimentos e agravos pela falta de adesão ao tratamento farmacológico.

2.1. O Estado brasileiro: ações recentes no campo da assistência farmacêutica

O Estado brasileiro defende a idéia de que uma política de medicamentos não pode estar subordinada aos interesses econômico-financeiros da indústria e nem simplesmente regulada pelo mercado. É necessário que uma política de medicamentos esteja coerentemente inserida com a política nacional de saúde.

A OMS justifica que os países demandam uma política farmacêutica nacional com o intuito de promover o acesso e a qualidade dos medicamentos. Nesse sentido, afirma que:

Muitos países carecem ainda de abastecimento suficiente de medicamentos apropriados para suas necessidades de saúde, e o uso irracional dos medicamentos estabelece problemas tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Os motivos são complexos e não são apenas o resultado de limitações financeiras e orçamentárias e da falta de infra-estrutura e recursos humanos, mas refletem também a atitude e a conduta dos governos, dos prescritores, dos dispensadores, dos consumidores e da indústria farmacêutica. Para assegurar uma provisão adequada de medicamentos seguros, eficazes, de boa qualidade e a um preço acessível, que sejam objeto de um uso racional, cada país deve aplicar uma política farmacêutica nacional como parte integrante de sua política sanitária. (OMS, 1991).

O Brasil também defende o argumento de que os governos democráticos têm a dupla obrigação de assegurar que suas populações tenham amplo acesso aos medicamentos e os pacientes estejam protegidos contra abusos de preço gerados por competição insuficiente (FISCHER-PÜHLER, 2002). Neste sentido, existe o desafio de promover a inserção da política de assistência farmacêutica no âmbito da política de saúde orientada por diretrizes sociais. Tal propósito encontra resistências no plano internacional, uma vez que implica subordinar interesses financeiros de poderosos segmentos de capital e de setores industriais a interesses sociais que nem sempre seguem a lógica da dinâmica de mercado (BERMUDEZ, 1992).

Nesta perspectiva, são constantes os embates políticos em torno da noção de que o medicamento é um insumo básico e essencial às ações de saúde em detrimento da lógica de mercado onde o medicamento é um bem de consumo.

Do ponto de vista da formulação de políticas nacionais, é importante ter um sistema de abastecimento e de acessibilidade que corresponda às necessidades de saúde da comunidade. (BERMUDEZ, 1995). O Sistema Único de Saúde, tal como foi concebido na Constituição Federal de 1988, pretende atender a todos de maneira igualitária, buscando servir desde os mais necessitados aos mais abastados. Do ponto de vista social, foi um grande avanço para um país em desenvolvimento como o nosso. No entanto, temos visto a presença de problemas crônicos no atendimento integral à saúde, seja pela espera por uma consulta médica, que pode levar meses, seja pela falta de medicamentos essenciais para distribuição gratuita. Neste momento, portanto, é interessante descrever as principais características da população brasileira, a fim de conhecermos um pouco melhor nossas necessidades.

A população brasileira é de 187 milhões de pessoas concentradas no espaço urbano (81,2% do total da população) e com 14 cidades com mais de 1 milhão de habitantes, das quais São Paulo lidera com 11 milhões de habitantes (IBGE, 2006a e 2006b). Outra característica da população brasileira é a profunda desigualdade social, taxa elevada de desemprego (aproximadamente 10%) e alto grau de emprego informal.

Sendo assim, a necessidade de assistência social (seja em políticas de geração de renda, políticas de educação, emprego e saúde) aparece como fator importante, a fim de proporcionar melhores condições aos menos favorecidos.

2.2. Os atos legais: garantias da assistência farmacêutica

Nesta seção apresentamos os principais marcos legais e episódios importantes, no que tange à assistência farmacêutica, no Brasil.

Na década 1970, houve o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária, composto pela sociedade e pelos profissionais de saúde, visando a melhorar as condições de saúde no país. Em 1971, no intuito de proporcionar o acesso aos medicamentos para a população de baixa renda e de regular a produção e distribuição estatais, foi criada a Central de Medicamentos (CEME).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento político-sanitário mais importante da década e para onde fluíram todas as discussões dos sanitaristas (MENDES, 1996).

Dada a necessidade de maiores discussões, em 1988 foi realizado o 1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (1º ENAFPM), no qual se intensificaram as discussões “sobre uma prática necessariamente articulada de diferentes áreas e sobre a utilização do medicamento como expressão que transcende uma sucessão de eventos técnicos isolados – uma expressão da realidade política, social e cultural de uma população dada” (PERINI, 2003). O encontro resultou, em 1988, na chamada “Carta de Brasília”, que propôs estratégias para romper com a condição de pura mercadoria que o medicamento assumira no processo de acumulação de capital (KORNIS *et al.*, 2008).

Ainda no mesmo ano, a partir das inúmeras discussões ocorridas no 1º ENAFPM, foi promulgada a Constituição Federal brasileira (CF88). Esta incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e

hegemônica, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária (MENDES, 1996).

É importante ressaltar que um longo caminho foi percorrido desde as concepções teóricas definidas na VIII Conferência Nacional de Saúde e no 1º ENAFPM, para posteriormente serem incorporadas nos atos legais representados pela CF88 e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). (KORNIS *et al.*, 2008).

A CF88 prevê: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CF88 – Art.196). E ainda, que ao Sistema Único de Saúde compete:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; [...] V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; [...] VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. (CF88 – Art.200).

Cabe observar que na CF88 a assistência farmacêutica já aparece no cenário das políticas públicas. Em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº8.080/90, a questão do medicamento encorpa diretrizes de ação do SUS, tais como:

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

I - d) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (LOS – Art. 6º).

Portanto, foi previsto em lei o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros insumos, mas seria um desafio responder como atender a uma demanda elástica com recursos inelásticos. E como compatibilizar um Estado preocupado com o bem-estar social num sistema capitalista, com os crescentes graus de

competitividade e densidade tecnológica presentes na indústria farmacêutica contemporânea?

Além da CF88 e da LOS, outros atos legais foram implementados, tais como as normas operacionais (NOB e NOAS), que surgiram da necessidade de responsabilização e distribuição de atribuições aos demais níveis de governo, bem como as formas de financiamento e especificidades locais. Segundo Alves (2003), foram introduzidas importantes modificações no SUS, principalmente no que diz respeito à descentralização e priorização da atenção básica. Em função disso, o Ministério da Saúde começou a construir uma nova política de medicamentos.

Após o processo de consolidação jurídica da Reforma Sanitária brasileira, a assistência farmacêutica pôde entrar no foco das discussões. O Ministério da Saúde avançou em direção à definição das diretrizes e prioridades de uma política de medicamentos para o Brasil (KORNIS *et al.*, 2008).

Conforme aponta Alves (2003), em meados da década de 90 a CEME não era mais um instrumento voltado para a execução da política de medicamentos e sua prática centralizada incorria em mais erros que acertos. Segundo Negri (2002), com denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas sistemáticas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição, além de demandas superestimadas para compensar discontinuidades no abastecimento, esse órgão teve sua extinção decretada em julho de 1997.

Em 1998, foi editada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria nº 3.916/98. Segundo Alves (2003), a nova política de medicamentos estava

baseada em quatro pilares: 1) descentralização; 2) melhoria dos processos de aquisição centralizados; 3) intervenção mais ativa no mercado e 4) fortalecimento da produção estatal. A PNM surgiu como parte indispensável da Política Nacional de Saúde e seu objetivo era garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para isto estão envolvidos diferentes aspectos, entre os quais figuram, por exemplo, aqueles inerentes a uma transição epidemiológica que define as condições do Brasil – país que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos.

A PNM traz a definição do conceito de assistência farmacêutica, como sendo:

[...] grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (PNM, 1998b, p. 34).

Também ficou definido que esta política deveria formular diretrizes de reorientação do modelo de assistência farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS. Assim, o nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, seria o responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os repassados por outros níveis de governo. Caberia à gestão estadual a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade do provimento de medicamentos de alto custo ou excepcionais. (MESSEDER *et al.*, 2005).

Posteriormente, em 1999, com o objetivo de racionalizar a PNM, foi reeditada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), contendo a listagem dos medicamentos que deveriam ser disponibilizados pelo SUS, incluídos principalmente medicamentos de uso contínuo. Essa lista é um instrumento capaz de delimitar os medicamentos capazes de atender à imensa maioria das necessidades de saúde da população. No entanto, para que este instrumento funcione bem, é preciso que frequentemente a RENAME seja revisada pela equipe técnica nomeada. E, conforme nos lembra Bermudez (1995), a entrada ou saída de itens da lista deve ser isenta de pressões motivadas por interesses econômico-financeiros das indústrias.

Das discussões realizadas na reunião do 11º Conselho Nacional de Saúde (2001) e, posteriormente, na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003), surgiram diversas propostas, como a criação de um grupo técnico que discutisse melhor as etapas e as questões críticas da assistência farmacêutica, dentre elas a racionalização dos recursos para a assistência farmacêutica. Sendo assim, o Ministério da Saúde, através de sua equipe técnica, elaborou o ciclo da assistência farmacêutica, disposto a seguir (figura 1).

O ciclo contém um conjunto de atividades de cunho técnico, associadas à necessidade de estrutura física, e um gerente que assegure sua eficácia, eficiência e integração sistêmica.

Figura 1: Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Marin *et al.* (2003).

Segundo Marin *et al.* (2003), a utilização do enfoque sistêmico eleva para graus equivalentes de importância etapas da assistência farmacêutica, historicamente relegadas a um segundo plano. Além disso, é necessária uma estrutura administrativa que contemple o sistema de informação como uma das principais ferramentas do planejamento e gerenciamento das ações.

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 *et al.*, 2003, p.131).

A ineficiência na gerência dos recursos aplicados na assistência farmacêutica, em especial nas atividades do ciclo acima, traz perdas econômicas relevantes, embora não existam informações precisas e confiáveis a respeito (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Finalmente, a Resolução/MS nº 338/2004 trouxe a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que previa as seguintes ações: intensificar a pesquisa e o desenvolvimento, expandir a produção, reorganizar a prescrição e a dispensação farmacêutica e, ainda, garantir a qualidade de produtos e serviços.

A PNAF, pertinentemente, atendeu às diretrizes definidas pela OMS, segundo as quais, uma política farmacêutica nacional deveria ser:

uma política intersetorial e o processo de seu desenvolvimento deve contemplar amplo diálogo e negociação com todos os atores envolvidos, o que inclui outros ministérios de Estado (Educação, Comércio e Indústria), profissionais de saúde, indústria farmacêutica nacional e internacional, estabelecimentos farmacêuticos, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais e associações de profissionais e de usuários. (OMS, 2003).

No entanto, o caminho ainda é longo, e muitos ajustes ainda precisam ser feitos. As instituições públicas ainda estão se adequando a esses novos termos e responsabilidades, sobretudo àquelas descentralizadas como estados e municípios. A reorientação da assistência farmacêutica tem sido realizada todos os dias, através da qualificação de recursos humanos e ferramentas. É possível que só daqui a alguns anos possamos observar os resultados desta nova política. Hoje ainda somos obrigados a conviver com a realidade da falha do setor público na provisão

dos medicamentos, tendo em vista que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais (BRASIL, 2005a).

Além disso, observa-se na prática outro problema: a falta de informação. A reorganização da prescrição e da dispensação farmacêutica, prevista na PNAF, poderia amenizar os problemas relacionados a medicamentos (PRM). A automedicação e o uso irracional de medicamentos levam ao PRM, que conseqüentemente, induzem o aparecimento ou piora de sintomas nos pacientes. Profissionais de saúde mais bem qualificados, sobretudo médicos e farmacêuticos, podem combater com informação apropriada e conduzir para o uso racional de medicamentos (URM).

Com o objetivo de minimizar os problemas relacionados ao desabastecimento de medicamentos na rede pública de saúde, foi criada em 2005 a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, através da Portaria/MS nº 2.438/2005. O objetivo da rede é desenvolver ações que reorganizem a produção oficial de medicamentos, incluindo os fármacos e insumos. Com isso, pode-se, em princípio, garantir uma maior regularidade de abastecimento, além de priorizar os medicamentos mais solicitados pelo SUS.

Esta legislação vem dar continuidade às intenções do Ministério da Saúde, de articular ações para racionalização dos custos com medicamentos. Ações estas que possibilitam o desenvolvimento industrial ou, ainda, a recuperação de plantas já instaladas dos laboratórios públicos.

Por fim, em 2006 foi aprovada, através da Portaria/MS nº 2.475, a quarta edição da RENAME, atualizando, novamente, o elenco de medicamentos essenciais.

De acordo com Kornis *et al.* (2008), a estrutura legislativa e de regulação do mercado de medicamentos brasileiro se encontra bastante desenvolvida. No entanto, a má prática da gestão tem comprometido toda a cadeia da assistência farmacêutica. Há uma enormidade de regulamentações específicas, constantemente modificadas e que muitas vezes se sobrepõem. Embora abrangente, a legislação tem uma base legislativa deficiente, baseada na farmácia enquanto estabelecimento comercial (BRASIL, 2005a).

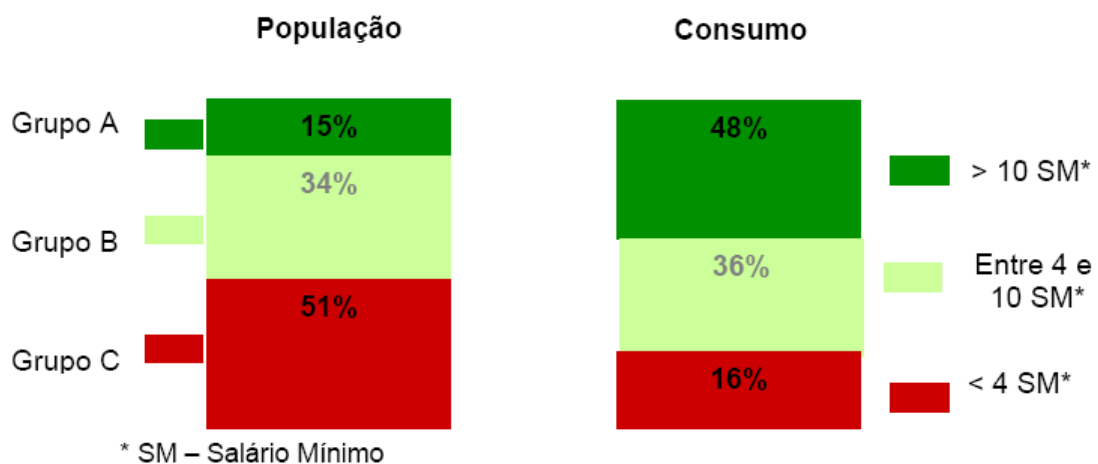
2.3. O financiamento da assistência farmacêutica: quem paga a conta?

Em países menos desenvolvidos como o Brasil, o financiamento da assistência farmacêutica é predominantemente privado, ou seja, as despesas com medicamentos são por desembolso direto, existindo dessa forma um grupo bastante heterogêneo e com poder de barganha quase inexistente em relação aos produtores, exceto em casos em que os governos procuram intervir junto aos fabricantes (HASENCLEVER, 2002). Buscando reduzir os preços e ampliar o acesso aos medicamentos, o governo promulgou a lei dos genéricos, que visa a minimizar os gastos dessa parcela da população que compra medicamentos, principalmente aqueles de uso contínuo (NASCIMENTO, 2002).

Sendo assim, e conforme descrevemos no capítulo anterior, o mercado farmacêutico tem inúmeras farmácias e drogarias dispostas a vender medicamentos de qualquer tipo. No Brasil, de acordo com dados do Banco Mundial de 1996, somente um quinto da população do país consumia regularmente medicamentos. Outra pesquisa realizada pela Abifarma em 1999 revelou que a renda monetária estabelece o consumo de medicamentos. Foi possível observar que apenas 15% da

população – com renda acima de dez salários mínimos – consomem 48% do mercado total, e 51% dessa população – com renda abaixo de quatro salários mínimos – consomem somente 16% (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

Figura 2: Perfil do consumo brasileiro de medicamentos, segundo a faixa de renda da população



Fonte: ABIFARMA, 1999, apud MACHADO-DOS-SANTOS (2001).

Embora os dados da Abifarma não sejam recentes, é possível que ainda hoje não se observem grandes modificações no perfil de consumo de medicamentos no Brasil. A situação dessas distorções no consumo nos leva a acreditar que se o SUS não prestar assistência farmacêutica à população de baixa renda, esta não terá condições de aderir ao tratamento farmacológico, estando assim vulnerável a internações hospitalares e agravos de saúde. Sendo assim, torna-se inquestionável o atendimento integral dessa parcela da população.

Outra questão agravante, conforme já alertava Bermudez (1995), é o processo de envelhecimento populacional e os problemas que esse processo

acarretaria nas políticas públicas, principalmente em relação aos reflexos sobre a política de medicamentos.

Conforme ressalta Alves (2003), os problemas de saúde na população idosa são frequentemente de natureza crônica; além disso, a pobreza também pode ser uma característica amarga da velhice. Se, por um lado, algumas melhorias nas condições de vida da população têm garantido aumento na expectativa de vida, por outro, a diminuição do poder de compra das aposentadorias e o desemprego estão contribuindo para uma velhice mais pobre.

Portanto, retomando a pergunta realizada no início desta seção, sobre quem paga a conta, poderíamos concluir que é o principal comprador: o consumidor, sobretudo aqueles mais abastados, que diante de uma situação de doença não hesitam em gastar parte de sua renda com medicamentos.

A partir deste momento, iremos abordar as principais ações e atos legais que instituem o financiamento da assistência farmacêutica básica no SUS.

2.3.1. A distribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo

Começamos mencionando a divisão das responsabilidades definidas pelo governo federal. Conforme definido pelas várias normas operacionais, sobretudo a NOB/SUS 01/96 e, posteriormente, a NOAS 01/2002, no que tange à pactuação entre os três níveis de gestão, haverá a adoção das modalidades de habilitação para gerência das unidades de atendimento do SUS.

Cabe à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) habilitar estados e municípios nas diferentes modalidades de gestão. A pactuação e programação das ações serão exercidas em conjunto, buscando a integração entre as diferentes esferas de

governo. A CIT é formada por representantes do gestor municipal (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), estadual (CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e federal (Ministério da Saúde).

Segundo ressaltam D'Ávila *et al.* (2002), as diferentes modalidades de gestão refletem a capacidade gestora e o grau de qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Por outro lado, refletem ainda o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo.

Os estados que foram habilitados na modalidade de Gestão Plena do Sistema Estadual são responsáveis por todas as ações em saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares. Recebem, através do Fundo Estadual de Saúde (FES), os recursos federais definidos nas Programações Pactuadas Integradas (PPI). Ficam ainda responsáveis pelos municípios que não se enquadram nas modalidades de gestão existentes.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) resolve sobre a partilha de gestão entre estado e municípios, ou seja, é o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta por representantes dos gestores municipal (COSEMS) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde).

Aos municípios habilitados na modalidade Gestão Plena do Sistema Municipal caberá a prestação de atendimentos de baixa, média e alta complexidades, a seus munícipes e aos não-residentes, de acordo com as PPIs. Para isso, será disponível o repasse automático, fundo a fundo, para o gestor municipal.

As transferências de recursos automáticas propiciam maior autonomia do gestor municipal, além de descentralizar os recursos da saúde, estendendo-os a milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais (D'ÁVILA *et al.*, 2002). A seguir, iremos relatar os principais atos legais instituídos para o financiamento da assistência farmacêutica no SUS.

Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 176, que estabeleceu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. O incentivo foi definido em um valor mínimo de R\$ 2,00 *per capita*, com financiamento partilhado pelas três esferas de governo. No ano seguinte sucedeu-se a regulamentação dessa portaria, através de duas outras portarias. A Portaria nº 956/2000 estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e definiu valores a serem transferidos (valores das contrapartidas pactuados nas CIB). E a Portaria SPS/MS nº 16 estabeleceu o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos (contendo 19 itens) para Pactuação na Atenção Básica, referente ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, de que tratam as Portarias nºs 176/99 e 956/2000.

Todo esse esforço do Ministério da Saúde foi com o propósito de exigir dos outros entes federados, estados e municípios, a participação na implementação e no financiamento da assistência farmacêutica básica.

Posteriormente, o Ministério da Saúde divulgou um novo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica através da Portaria nº 343/2001, que criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família (PSF), destinado aos municípios participantes. Os municípios com as equipes de PSF passariam a receber trimestralmente um *kit* contendo 31 itens. No

ano seguinte, em 2002, a Portaria/MS nº 786 alterou o anexo da Portaria/MS nº 343, referente ao elenco de medicamentos que compõe o Incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao PSF. As alterações foram: a inclusão do Captopril comprimido 25mg e a Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI; a alteração da apresentação da Hidroclorotiazida de 50mg para 25mg; o acréscimo de 100% nos quantitativos de Hidroclorotiazida e Propranolol.

A legislação mais recente que trata da questão do financiamento da assistência farmacêutica básica é a Portaria/MS nº 2.084/2005. Esta portaria estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, e ainda define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos.

Os mecanismos para financiamento com recursos do Ministério da Saúde são: Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), que é um fundo mínimo custeado pela União, estados e municípios, destinado à manutenção do suprimento de medicamentos; e o financiamento estratégico para assistência farmacêutica na atenção básica, que é composto por recursos do Ministério da Saúde destinados à aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Básica.

Os valores do IAFAB são apresentados no quadro abaixo, e são anuais *per capita*:

Quadro 2 - Valores investidos no IAFAB

| Oriundo do Orçamento de: | Valores anuais <i>per capita</i> |
|----------------------------|----------------------------------|
| Ministério da Saúde | R\$ 1,65 |
| Estados e Distrito Federal | R\$ 1,00 |
| Municípios | R\$ 1,00 |

Fonte: elaborado a partir da Portaria/MS nº 2.084/GM/2005.

Os recursos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica estão dispostos no quadro a seguir, são definidos por grupos e são anuais e *per capita*.

Quadro 3 - Valores investidos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

| Grupo | Valores anuais <i>per capita</i> |
|------------------------|----------------------------------|
| Hipertensão e Diabetes | R\$ 1,15 |
| Insulina | R\$ 0,90 |
| Asma e Rinite | R\$ 0,95 |
| Saúde da Mulher | R\$ 0,26 |
| Alimentação e Nutrição | R\$ 0,10 |
| Combate ao Tabagismo | R\$ 0,13 |

Fonte: elaborado a partir da Portaria/MS nº2.084/GM/2005

O elenco mínimo definido nessa portaria é amplo e de fato busca atender aos principais problemas de saúde da população. Estão incluídos medicamentos de uso contínuo para hipertensão e diabetes, até antibióticos e antiparasitários; e ainda, anticoncepcionais, vitaminas e aqueles utilizados no tratamento antitabagismo. Essa portaria é convergente com a estratégia do Ministério da Saúde de manter maior controle sobre as doenças controláveis mediante farmacoterapia. Afinal, trata-se de aspecto estratégico para a economia da saúde, uma vez que contribui para reduzir os custos sistêmicos com complicações e internações.

Quando esta dissertação já se encontrava em processo, foi editada a Portaria/MS nº 3.237/2007, modificando a forma de financiamento da assistência

farmacêutica no SUS. Esta portaria trouxe algumas novidades, além de aumentar o elenco de medicamentos e a inclusão de fitoterápicos.

Outra legislação editada recentemente é a Lei nº 11.347/2007, que assegurou a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Dentre os materiais necessários, estão as tiras reagentes de medida da glicemia, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

É importante comentar que é no mínimo intrigante a cada ano surgir uma nova regulamentação na área da assistência farmacêutica, seja em distribuição de responsabilidades, seja em financiamento. Torna-se evidente que o Ministério da Saúde cada vez mais tenta organizar e clarificar as responsabilidades, mas o excesso de regulamentações torna o processo mais confuso. O tempo de adequação a determinada regulamentação é insuficiente, e ainda, quando finalmente as gerências começam a se adequar, o Ministério da Saúde edita um novo ato legal modificando o anterior.

Após o relato das principais legislações federais, cabe registrar aqui a Lei estadual nº 3.542/2001, que concede descontos na aquisição de medicamentos nas farmácias instaladas, no Estado do Rio de Janeiro, para pacientes com 60 anos ou mais. Esta política de facilitação à assistência farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro assegura descontos de 15-30%, dependendo da faixa etária, nos preços dos medicamentos solicitados mediante prescrição médica.

Quando procedemos a uma análise minuciosa no texto desta legislação, observamos que pelo fato de esta lei ter sido instituída antes da lei federal que

definiu o PMC, a mesma está vulnerável a uma dupla interpretação: o desconto é concedido sobre qual preço: sobre o preço praticado no balcão ou sobre o PMC? Outra questão importante é que, até mesmo pela ambigüidade citada, esta lei frequentemente não tem sido aplicada pelos estabelecimentos comerciais. O desconto para idosos tem sido objeto de propaganda, na forma de uma política de concessão de descontos voluntária dos estabelecimentos, sem qualquer diferenciação em relação às faixas etárias.

2.3.2. O Co-financiamento

O Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), criado através do Decreto nº 5.090/2004, prevê a venda de medicamentos a baixo custo a qualquer paciente munido de prescrição, seja da rede pública ou particular. O Ministério da Saúde, juntamente com as contrapartidas das prefeituras, co-financia os 107 medicamentos do programa, buscando assim garantir adesão ao tratamento farmacológico das principais doenças existentes no país. As farmácias são montadas, informatizadas e abastecidas da primeira remessa de medicamentos, obedecendo aos moldes do programa. Hoje já existem 415 Farmácias Populares do Brasil, espalhadas por 26 estados brasileiros (FPB, 2008).

Recentemente, com o objetivo de expandir o programa, o Ministério da Saúde criou o “Aqui Tem Farmácia Popular”, através da Portaria/MS nº 491/2006, onde autoriza a venda de alguns itens em farmácias comerciais, sob as mesmas exigências das farmácias próprias. O empresário, ao adquirir o *kit* Farmácia Popular e realizar a venda das unidades, deve enviar relatório ao DataSUS, que posteriormente calculará os valores a serem repassados como forma de subsídio do Ministério da Saúde.

Conforme divulga o Ministério da Saúde, a Farmácia Popular busca suprir a demanda de medicamentos essenciais da população de poder aquisitivo médio. Ou seja, são as pessoas que não buscam assistência no SUS, precisamente na rede pública de saúde, no entanto, apresentam dificuldade para manter o tratamento medicamentoso devido ao alto preço dos medicamentos.

Isto nos leva a questionar que, se o SUS é um sistema universal, não deveria haver classificações ou mesmo priorizações para a dispensação de medicamentos nos serviços de saúde. Também é conhecida a dificuldade que as classes de baixa renda possuem para adquirir os medicamentos gratuitamente, mesmo quando é atendida na rede pública. Portanto, o Programa Farmácia Popular tem se apresentado como alternativa às diversas classes sociais para a aquisição de medicamentos, principalmente os de uso contínuo, a preços mais acessíveis.

O Programa Farmácia Popular torna-se cada vez mais polêmico, no tocante a seus objetivos e o público-alvo. Alguns autores, ainda, enriquecem a discussão quando abandonam a idéia de *merchandising* governamental e assinalam que esse projeto é sujeito a críticas em relação a sua própria concepção e a forma como tem sido conduzido. Machado-dos-Santos (2002) descreve que:

Primeiramente, quanto à forma representou mais uma ação verticalizada, sem a devida discussão preliminar e desconsiderou o importante papel dos administradores locais, especialmente do estadual. Além disso, abalou a confiança na política de descentralização da gerência no setor saúde – em particular da política de fármacos – que se desenvolve nos últimos anos, pois que garantiu o envio de medicamentos até os municípios que não cumpriam com a contrapartida em acordos realizados no plano estadual. Quanto à sua concepção, a restrição deve ser feita com relação à sobreposição entre o elenco de fármacos dos conjuntos e os já acordados em cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados, o que acarreta baixa cobertura, mínima repercussão sanitária, ineficiência econômica e riscos de perdas. Acrescente-se, ainda, o fato de que, nesse caso, não se levou em conta três aspectos relevantes para a formulação e para o desenvolvimento de

ações no campo farmacêutico: os diversos perfis epidemiológicos nas regiões, as diferentes condições de infra-estrutura, e as ações já executadas pelos administradores locais nessa área. (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Simultaneamente ao lançamento do Programa Farmácia Popular do Brasil, o Estado do Rio de Janeiro lançou o Programa Farmácia Popular Vital Brazil (FPVB). Este programa foi criado a partir da Lei estadual nº 4.167/2003 e está contemplado somente no Estado do Rio de Janeiro. O programa apresenta semelhanças em relação à gerência do programa FPB, no entanto, diferencia-se nas ações de dispensação, que só é feita para pessoas previamente cadastradas, residentes próximos, com 60 anos ou mais e devendo a prescrição médica pertencer à rede pública de saúde.

O programa não conta com incentivo do Ministério da Saúde, portanto é independente no que tange ao elenco de medicamentos. São 48 itens disponíveis, sem contar as fraldas descartáveis de adulto. A aquisição dos itens desse programa é realizada em separado, logo não foi contemplada nesta pesquisa. Hoje existem 19 farmácias FPVB atendendo em 13 municípios do Estado do Rio de Janeiro (FPVB, 2008). Cada cartela de medicamentos custa R\$ 1,00, independentemente do custo-base - portanto, dependendo do item, vale mais a pena comprar na FPB. Este programa segue o mesmo apelo eleitoral dos restaurantes populares Betinho, com refeições a R\$ 1,00.

2.3.3. O financiamento determinado pelo Judiciário

Devido à falta de medicamentos nos serviços de saúde para a dispensação aos pacientes, muitos têm entrado com recursos na justiça a fim de obter tais itens.

Este tipo de financiamento obrigatório tem-se tornado comum e representa um problema para estados e municípios em todo o país.

Baseados na CF88, que define a saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado, muitos juízes têm dado ganho de causa a pacientes, concedendo mandatos judiciais que, uma vez impetrados contra municípios e estados, obriga-os a fornecer os medicamentos requeridos. Esse tipo de manobra, ou seja, burlando o desabastecimento dos serviços de saúde do SUS, apresenta algumas conseqüências descritas minuciosamente a seguir.

A primeira é fruto da falta de conhecimento do Judiciário quanto às competências de cada nível de governo. Sendo assim, são impetrados mandatos judiciais aos estados requerendo itens de atenção básica que deveriam ser fornecidos pelos municípios. E o inverso, quando são mandatos contra o município para aquisição de medicamentos excepcionais. Sem mencionar os mandatos que requisitam itens já previstos em programas específicos, como itens do Programa HIV/Aids, que nesse caso são mandatos totalmente desnecessários, visto que o paciente somente precisa se cadastrar no programa para começar a receber os medicamentos. Neste caso, é verdade que existe certa burocracia, pois o paciente deve ser atendido no SUS e ser cadastrado num serviço de saúde público ou prestador do SUS para receber os medicamentos, mas isso não é um fator impeditivo.

Conforme Messeder *et al.* (2005) apontam, as dificuldades da população parecem evidenciar-se tanto no acesso aos medicamentos de atenção básica, quanto no desconhecimento sobre o papel de cada instância de gestão no processo.

A segunda conseqüência é o ganho obtido através de mandato judicial. O paciente, valendo-se do seu direito de cidadão, obriga o custeio do tratamento, mesmo quando este não se encontra disponível na rede. A facilitação ao tratamento farmacológico é uma situação vitoriosa ao paciente, visto que evita os agravos de saúde decorrentes da interrupção do tratamento.

A terceira conseqüência, importante neste caso para o ente público, refere-se à obrigação de fornecer o medicamento. Os recursos estão sendo gastos sem a prévia programação, e a situação obriga o setor público a priorizar o individual em detrimento do coletivo. Para esta discussão, lembramos que, com recursos escassos, a compra de um item muito caro pode prejudicar o financiamento dos itens básicos que atendam a um número maior de pessoas.

Como quarta conseqüência, observamos que o Judiciário não questiona o uso do medicamento – se de fato aquele seria o item escolhido, e se este é insubstituível. Não nos cabe questionar a capacidade do prescritor, mas, visto o desconhecimento do Judiciário, seria útil a confirmação de outro profissional isento no processo, que analisaria apenas a eficácia e confiabilidade do medicamento requerido. Este profissional estaria, ainda, avaliando os registros de efeitos colaterais graves, possíveis situações de suspensão de registro ou qualquer outra ressalva da Anvisa.

Para Messeder *et al.* (2005), o problema ainda tem outra característica: a falta de tempestividade no julgamento. Esta situação confirma as dificuldades do Judiciário em lidar com o julgamento dessas ações. Para o ente público processado, isso é grave, já que uma vez impetradas, as ações são cumpridas mesmo sem seu mérito julgado, para uma correta avaliação da adequação do pleito.

Capítulo 3 – AS POLÍTICAS DE AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS NO SUS

É importante registrar desde logo as principais características envolvidas na aquisição de medicamentos pelo SUS, ou seja, na relação entre fornecedor e instituições de saúde. Os fornecedores são organizações voltadas para vender, constituídas por profissionais treinados, geralmente bem remunerados proporcionalmente por volume de vendas. Do outro lado, estão instituições de saúde compradoras, que possuem as atividades menos focadas e treinamento específico muito restrito, pouco definidas e profissionalizadas, e conseqüentemente, os funcionários são mal treinados.

Assim, conforme ressaltam Luiza *et al.* (1999), os fornecedores são os detentores de um bem que se deseja adquirir, mas devem também ser percebidos como aqueles que, na realidade, precisam vender. A importância está em que não deve existir relação de submissão ao fornecedor.

Outra observação pode ainda ser feita a respeito do processo de compra e venda, que deve ser permeado por compromissos claramente estabelecidos entre comprador e fornecedor. Portanto, cabe aos fornecedores cumprir os prazos e os quantitativos acordados, enquanto ao comprador compete pagar os valores previstos nos prazos fixados.

3.1. O arcabouço legal brasileiro no tocante às aquisições de medicamentos no SUS

No Brasil não existe uma legislação específica que defina os termos sob os quais deve ser realizada a aquisição de medicamentos no âmbito público. São utilizadas duas normas gerais para aquisição de bens, sendo uma lei e um decreto, e outras três portarias que se referem especificamente a medicamentos. Serão dispostos a seguir os marcos legais que regem a compra de medicamentos e suas principais características: a Lei nº 8.666/93, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituindo as normas para licitações e contratos da Administração Pública. Esta lei regula todas as licitações e contratos na esfera pública, ou seja, não está limitada à área da saúde e muito menos à área de medicamentos e insumos.

Conforme a lei apresenta, podemos ter licitações de cinco tipos:

a) **Concorrência:** “§ 1º é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto”.

b) **Tomada de Preços:** “§ 2º Tomada de preços é a modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação”.

c) **Convite:** “§ 3º Convite é a modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais

cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas”.

d) **Concurso:** “§ 4º Concurso é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias”.

e) **Leilão:** “§ 5º Leilão é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, ou para a alienação de bens imóveis prevista no art. 19, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação”.

Ainda no âmbito dessa lei, cabe destacar:

Art. 45. O julgamento das propostas será objetivo, devendo a comissão de licitação ou o responsável pelo convite realizá-lo em conformidade com os tipos de licitação, os critérios previamente estabelecidos no ato convocatório e de acordo com os fatores exclusivamente nele referidos, de maneira a possibilitar sua aferição pelos licitantes e pelos órgãos de controle.

Excetuando-se a modalidade de concurso, para que o julgamento das propostas seja isento e justo, são utilizados critérios previamente definidos, que correspondam ao de menor preço e melhor técnica. Neste ponto vale apontar para um problema: o Art. 46 desta lei prevê que somente para serviços de natureza predominantemente intelectual se poderiam utilizar os critérios de melhor técnica e preço. Sendo assim, os medicamentos estariam utilizando apenas o critério de preço, o que pode comprometer a qualidade do produto.

Com o intuito de superar tal limitação da legislação, algumas instituições públicas passaram a exigir, no edital convocatório, as devidas provas de qualidade. No entanto, não ficou assegurado que todas as licitações seriam organizadas devidamente, abrindo-se a possibilidade de medicamentos falsificados e/ou adulterados surgirem no mercado.

A produção e comercialização de medicamentos falsificados, adulterados e fraudados constituem infração de natureza sanitária, previsto na lei nº 6.437/77 e configuram também crime previsto no Código Penal, a ser apurado na forma da lei, para punição dos culpados, exigindo ação conjunta das autoridades sanitárias, nos três níveis de governo, das empresas titulares de registro de medicamentos no Ministério da Saúde e das autoridades policiais competentes para coibir tais práticas delituosas (BRASIL, 1998b)

Após algumas denúncias de medicamentos falsificados à venda em estabelecimentos comerciais, foi editada a Portaria nº 1.818/97, que demonstra claramente a preocupação do Ministério da Saúde com o quesito qualidade dos medicamentos. Esta portaria considera “a necessidade de demonstração prévia da qualidade, por parte dos fabricantes e fornecedores de medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Sendo assim fica disposto:

Art. 1º Recomendar que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal, estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos. [...].

Parágrafo Único. Dentre os requisitos acima mencionados incluem-se a indicação das especificações técnicas dos produtos, os protocolos dos métodos de controle de qualidade e os certificados de conformidade dos lotes dos produtos a serem expedidos por

laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Esta portaria ainda prevê que laboratórios habilitados pela vigilância sanitária atestem a conformidade de produtos farmacêuticos. De fato, é importante que o laboratório que atesta a qualidade do produto seja isento, a fim de evitar fraudes nos laudos técnicos.

A Portaria/MS nº 1.818/97 apresenta uma lista de nove laboratórios universitários que estariam aptos a realizar os testes de qualidade. A lista é atualizada periodicamente, estando assim as licitações públicas obrigadas, de certa forma, a consultar a situação dos produtos farmacêuticos, antes de realizar a compra.

Outra legislação, a Portaria nº 2.814, editada em 1998, apresentou novas exigências, são elas:

Art. 5º Nas compras e licitações públicas de medicamentos, realizadas pelos serviços próprios, e conveniados pelo SUS, devem ser observadas as seguintes exigências: I - Apresentação da Licença Sanitária Estadual ou Municipal; II - Comprovação da Autorização de Funcionamento da empresa participante da licitação; III - Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle por linha de produção/produtos, emitido pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; IV - Certificado de Registro de Produtos emitido pela Secretaria de Vigilância Sanitária, ou cópia da publicação no D.O.U. (BRASIL, 1998b).

Essas exigências representam um grande avanço no que tange à confiabilidade das empresas e dos produtos oferecidos. Também foi exigido que as distribuidoras apresentassem declaração de credenciamento do laboratório produtor e, ainda, um Termo de Responsabilidade emitido pela distribuidora, garantindo a entrega dos produtos nos prazos e quantidades requeridos.

É importante também mencionar que:

Art. 6º - As distribuidoras devem apresentar, no caso de vencerem a licitação, certificado de procedência dos produtos, lote a lote, a serem entregues de acordo com o estabelecido na licitação.” “Art. 7º Os produtos a serem fornecidos pelas empresas vencedoras da(s) licitação(ões), devem apresentar em suas embalagens secundárias e/ou primárias a expressão "PROIBIDA A VENDA NO COMÉRCIO”.

É evidente a preocupação quanto à possibilidade de roubo de medicamentos. O cumprimento dessas exigências aumenta a credibilidade quanto ao lote adquirido e também permite que os lotes comprados por entidades públicas sejam “carimbados”, evitando que de alguma forma não pudessem ser identificados.

No mesmo ano, foi editada a Portaria nº 3.765/98, que complementou a portaria anterior (2.814/98), no que tange aos medicamentos importados. A portaria obriga o fornecedor a apresentar o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, emitido pela autoridade sanitária do país de origem, ou laudo de inspeção emitido pela autoridade sanitária brasileira.

Por fim, foi editado o Decreto nº 3.555/2000, que aprova o regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. Este decreto, assim como a Lei nº 8.666/93, não é específico para medicamentos, e se refere apenas à forma de licitação para compra de bens na administração pública.

Cabe ressaltar que a modalidade intitulada Pregão é:

a modalidade de licitação em que a disputa pelo fornecimento de bens ou serviços comuns é feita em sessão pública, por meio de propostas de preços escritas e lances verbais.” “...para julgamento, será adotado o critério de menor preço, observados os prazos máximos para fornecimento, as especificações técnicas e os parâmetros mínimos de desempenho e de qualidade e as demais condições definidas no edital.

O Decreto nº 3.555/2000 foi posteriormente convertido na Lei nº 10.520/2002, que passou a reger a modalidade de licitação por pregão. Esta modalidade de licitação é interessante do ponto de vista da competição entre os fornecedores, a qual se torna mais acirrada, podendo proporcionar condições de preços mais interessantes às entidades públicas.

Mediante esse arcabouço legal restrito, referente à questão de os medicamentos somente serem mencionados em portarias do Ministério da Saúde, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.536/2004, do deputado Walter Feldman. Este projeto dispõe sobre o atendimento de requisitos específicos, nas licitações para a compra de medicamentos e insumos farmacêuticos.

O projeto buscou esclarecer as exigências de documentação para medicamentos. Conforme o projeto, são solicitados: o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, como disposto na Portaria nº 2.814/98; os relatórios técnicos de testes de bioequivalência para genéricos, biodisponibilidade relativa para medicamentos similares e o teste de eficácia terapêutica mediante ensaios clínicos para os medicamentos novos. É ainda exigida a apresentação de Autorização Especial, quando se tratarem de medicamentos sujeitos a controle especial.

No caso de licitações para a compra de insumos farmacêuticos, serão exigidos os seguintes documentos: Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Insumos Farmacêuticos para o fornecedor de insumo, distribuidoras e fracionadoras; Laudo da análise físico-química e microbiológica da substância objeto da licitação; Autorização Especial, quando se tratar de insumos sujeitos à controle especial; Certificado de Boas Práticas de Distribuição para

insumos adquiridos de distribuidoras; Certificado de Boas Práticas de Fabricação do fabricante.

3.2. As especificidades do Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro possui uma população estimada em 15 milhões de pessoas, distribuídas em 92 municípios. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a rede estadual² é composta por 35 unidades, espalhadas pelas diversas regiões do estado, são elas: 1 Central de Transplantes, 1 Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais, 1 Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos, 1 Centro Psiquiátrico, 18 Hospitais Estaduais, 1 Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, 1 Instituto de Hematologia, 1 Instituto Estadual de Cardiologia, 1 Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária, 1 Instituto Estadual de Infectologia, 1 Laboratório Central de Saúde Pública, 2 Postos de Assistência Médica (PAM), 2 Unidades de Pronto-Atendimento 24hs (UPA24hs), 2 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) de atendimento em horário comercial e 1 Instituto Produtor de Medicamentos (Vital Brazil). (IBGE, 2007^a; RIO DE JANEIRO, 2008a).

As 35 unidades acima descritas são bastante diversificadas quanto às especialidades, e nem todas recebem medicamentos. A seguir, serão abordados tópicos referentes à compra de medicamentos realizada pela SES, com base em informações obtidas junto à Secretaria de Saúde, por meio de pesquisa e entrevista, e, quando se tratar de legislação, diretamente no *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*.

² Segundo o IBGE (2006c), existem 1.982 estabelecimentos de saúde públicos em todo o estado, mas somente 61 pertencem à rede estadual de saúde. Não foi possível esclarecer as divergências entre a pesquisa do IBGE e a SES no tocante à quantidade de unidades da rede estadual. No entanto, nesta dissertação estaremos considerando a rede estadual divulgada pela SES.

3.2.1. O padrão de compra

O Estado do Rio de Janeiro, através da Portaria GM nº 1.438/2002, foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual, passando a receber financiamento federal direto, mediante contrapartida. Sendo assim, o estado adquiriu responsabilidades e independência na gestão de diversas ações em saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES), conforme regimento interno, somente realiza compras através da Secretaria de Estado de Administração e Reestruturação (SARE). Cabe à SES coordenar tecnicamente a aquisição de medicamentos, sejam eles para a rede estadual ou para os municípios que não dispõem de mecanismos e/ou competência de repasse federal.

O ato legal que rege as compras de medicamentos é a Resolução SARE nº 3.019/2003, que dispõe sobre os procedimentos operacionais inerentes às modalidades de licitação denominadas pregão comum e pregão eletrônico, a que estão sujeitas a administração direta, as autoridades e as fundações, nos termos dos decretos n.ºs 31.863 e 31.864, ambos de 16 de setembro de 2002.

Conforme essa resolução:

Art. 1º - As licitações realizadas no âmbito da Administração Direta e Indireta que tenham por objeto a contratação de bens e serviços comuns, observarão, preferencialmente, a modalidade de pregão, nos termos do discriminado pelo Decreto n.º 31.863/02. Art. 2º - Somente poderão ser objeto da licitação na modalidade de pregão os bens e serviços comuns. (RIO DE JANEIRO, 2003).

Essa resolução classifica os medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos como bens comuns. Desta forma, o pregão é a forma pela qual serão adquiridos os medicamentos estudados nesta dissertação.

No entanto, o Estado do Rio de Janeiro não faz o Registro de Preços. Existe apenas a ata da sessão do pregão contendo o registro de todos os licitantes participantes, das propostas escritas e verbais apresentadas, na ordem de classificação, da análise da documentação exigida para habilitação e dos recursos interpostos. Não existe nenhum dispositivo legal que permita a revisão dos preços quando houver variações nos preços de mercado.

Outro ponto importante da resolução refere-se à não-obrigatoriedade da compra. Então:

Art. 2º § 3º - A existência de preços registrados não obriga a Administração a firmar as contratações que do registro poderão advir, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, respeitada a legislação relativa às licitações e contratações públicas, sendo assegurado ao beneficiário do registro preferência em igualdade de condições (RIO DE JANEIRO, 2003).

A aquisição de medicamentos no governo do estado depende do entendimento entre as duas secretarias envolvidas: a SES e a SARE. Não existe até o momento outro mecanismo de realização de licitações. A SES realiza a compra de medicamentos no nível central, com entrega direcionada ao estoque da Central Geral de Abastecimento (CGA). Esse estoque redistribui o quantitativo referente a cada uma das unidades da rede conforme recebe as solicitações. O processo de movimentação de estoque é feito de forma informatizada, permitindo que a SES mantenha certo controle a nível central.

No entanto, conforme ressalta Cosendey (2000), este sistema de distribuição apresenta como desvantagens: o alto custo de manutenção dos almoxarifados em termos de equipamentos, pessoal, transporte e outros custos operacionais, além de estar sujeito a interferências políticas e apresentar maior possibilidade de desvios e perda da validade.

3.2.2. A Secretaria de Estado de Saúde (SES): alguns problemas e desafios

A falha na provisão de medicamentos pela SES é antiga. Já em 2003, houve denúncias de pacientes junto ao Ministério Público, quanto à falta de medicamentos que deveriam ser fornecidos gratuitamente pelo estado. Na ocasião, o Ministério Público chegou a entrar com uma ação civil pública contra o governo de Rosinha Garotinho, pelo desvio de R\$ 81,55 milhões do Fundo Estadual de Saúde (FES) para programas como Restaurante Popular e Cheque-Cidadão. Na avaliação da presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), Cida Diogo, a aplicação da verba do FES em programas assistencialistas foi um dos motivos que levaram à constante falta de medicamentos (GAZZANEO, 2003).

Outro problema que também ocasionou o desabastecimento de medicamentos foi o endividamento do estado com fornecedores de medicamentos. Ao longo de alguns anos, o estado se comportou como um mau pagador, ou seja, contraiu inúmeras dívidas com fornecedores, o que acarretou uma descontinuidade no abastecimento, devido ao desinteresse em manter a SES como cliente. Tal problema afetou desde os programas de medicamentos excepcionais até os medicamentos de atenção básica. O gestor da Secretaria de Saúde comenta que:

Na questão do endividamento do estado com os fornecedores, nós temos ciência disso, no entanto, é um problema anterior a última gestão, de mais ou menos 12 anos, que levou fornecedores e fabricantes a perderem o interesse em vender, transferindo o risco do não pagamento para uma distribuidora. (Entrevista SES).

O Ministério Público chegou a intervir diversas vezes, alegando falta de comprometimento do Estado do Rio de Janeiro com suas obrigações pactuadas com o Ministério da Saúde. O caso é mais grave para pacientes dependentes de medicamentos considerados excepcionais, como transplantados, renais crônicos, portadores de hepatite C, entre outros. A descontinuidade do fornecimento dos medicamentos para tratamento acarreta prejuízos à saúde, podendo ir a conseqüências mais graves, irreversíveis e ao óbito.

A última notícia vinculada na imprensa foi o ineficaz gerenciamento do CGA. Houve a denúncia, em julho de 2007, de que havia medicamentos vencidos no estoque, e pior, medicamentos caros e ausentes nas unidades assistenciais. Segundo divulgação da própria secretaria, a maioria dos itens venceu entre 2003 e 2006. Dentre os itens, havia o medicamento Interferon, utilizado por pacientes hepáticos, que chega a custar até R\$ 5mil. (BRASIL, 2007)

A ALERJ fez a denúncia ao Ministério Público para que houvesse a responsabilização de funcionários quanto ao prejuízo. Também elegeu uma Comissão de Saúde para acompanhar o caso e manter maior controle quanto ao orçamento da SES. Segundo o presidente da Comissão de Saúde da ALERJ, o deputado Átila Nunes, o prejuízo de R\$ 20 milhões em medicamentos e insumos vencidos no CGA pode ter sido causado pela falta de entendimento entre as duas gestões, durante a transição dos governos Rosinha Garotinho e Sérgio Cabral. O ex-coordenador do CGA comprovou, por meio de documentos, que na gestão anterior a

perda por prazo de validade era de apenas 0,02% do total comprado, e que sempre que o prazo de validade se encontrava a 180 dias de vencer, era enviado um ofício à Subsecretaria de Bens e Serviços, para que esta tomasse providências. Ele alegou ainda que o CGA nunca teve autonomia para a distribuição de estoque (ALERJ, 2008).

3.2.3. A Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF-SES)

A Secretaria de Estado de Saúde gerencia as ações ligadas à assistência farmacêutica através da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF-SES), que é composta por farmacêuticos e técnicos qualificados. Uma das responsabilidades da SAF é a seleção dos medicamentos que irão compor a grade padronizada da rede estadual, sendo continuamente atualizada de acordo com a demanda por novos itens e a subutilização de outros.

A Superintendência também fica responsável pela elaboração de pareceres técnicos relativos às licitações de medicamentos, estando a compra submetida à análise da documentação técnica do fornecedor e do medicamento. Os itens que atenderem aos critérios exigidos no edital de licitação poderão ser comprados, desde que respeitados os critérios de menor preço e quantidade estimada.

Cabe ainda à SAF exercer colaboração com a Central de Mandados Judiciais, providenciando os itens exigidos via ação judicial. Nesse caso, os medicamentos são comprados de emergência ou, quando estão contemplados na grade da rede, são solicitados ao estoque e enviados para a SAF.

A SAF também exerce liderança e comunicação com as diversas unidades assistenciais. O controle de estoque no nível central (CGA) está disponível via rede

para a equipe de gerência; sendo assim, é possível observar as movimentações para as diversas unidades, atualizando ou mantendo os consumos médios respectivos em função do que é solicitado. Esse controle central também permite que itens que estejam sobrando em determinadas unidades sejam realocados onde estão faltando.

Vale registrar que a SAF não mantém controle do estoque das unidades assistenciais, apenas toma ciência das movimentações realizadas com o CGA. As unidades assistenciais possuem recursos próprios, liberados direto pela SES, para a compra de itens não-padronizados necessários aos pacientes em tratamento curto, ou para compras emergenciais, na ausência de licitações no nível central.

A SES, através do Centro de Vigilância Sanitária, realiza ações de farmacovigilância junto à SAF, às secretarias municipais de saúde e demais unidades em todo o estado. No caso do Estado do Rio de Janeiro, a SAF não atua diretamente na vigilância de medicamentos, mas apenas comunica alertas às unidades de saúde sob sua gerência.

3.3. As especificidades do município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro possui uma população estimada, segundo o IBGE, em 6 milhões de pessoas. (IBGE, 2007b). A Secretaria Municipal de Saúde divulga que possui 155 unidades de saúde³ de diversos tipos de atendimento, a saber: 1 Casa de Parto, 9 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro Municipal de Reabilitação, 18 Centros Municipais de Saúde (CMS), 3 Hospitais

³ Segundo o IBGE, na Pesquisa de Assistência Médico Sanitária sobre a oferta de serviços de saúde realizada em 2005, foi possível contabilizar 105 estabelecimentos da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. (BRASIL, 2006c). No entanto, esse dado diverge daquele informado pela SMS. Nesta dissertação consideramos a rede municipal divulgada pela SMS.

Maternidade, 17 Hospitais Municipais, 1 Instituto Municipal da Mulher, 2 Institutos Municipais de Assistência à Saúde, 1 Instituto Municipal de Geriatria e Gerontologia, 1 Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação, 1 Instituto Municipal de Medicina Veterinária, 1 Instituto Psiquiátrico, 12 Postos de Assistência Médica (PAM), 2 Policlínicas, 1 Posto de Saúde 24hs, 56 Postos de Saúde com atendimento no horário comercial, 25 unidades do Programa Saúde da Família e 3 Unidades Integradas de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2008b).

Portanto, temos uma rede assistencial grande que demanda por recursos de assistência farmacêutica intensamente. Desta forma, a programação e a gerência no nível central são imprescindíveis para o bom abastecimento da rede. A seguir serão abordados tópicos referentes à compra de medicamentos realizada pela SMS. As informações foram obtidas junto à Secretaria de Saúde, por meio de pesquisa e entrevista e, quando se tratar de legislação, diretamente no *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*.

3.3.1. O padrão de compra

O município do Rio de Janeiro está habilitado na modalidade Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), ou seja, possui independência e financiamento direto para realizar as ações de saúde, dentre as quais as referentes à assistência farmacêutica, seja na seleção dos itens, seja na compra dos mesmos.

O primeiro ato legal do município que dispõe a respeito da compra de medicamentos é o Decreto nº 18.143/1999, que regulamenta:

Art. 1º As aquisições de medicamentos e materiais hospitalares, quando efetuadas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, poderão ser realizadas pelo sistema de registro de preços, na forma do art. 241, §§ 2º e 3º, da Lei nº 207, de 19 de dezembro de 1980, e

da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações posteriores, sempre através de licitação, na modalidade de concorrência pública, do tipo menor preço. Parágrafo único. Serão necessariamente objeto de aquisição pelo sistema de registro de preços medicamentos sob denominação de sais padronizados, constantes de lista essencial preparada pelo corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde, assim como material médico de uso geral, vedada preferência por marca, tipo ou qualidade objetivamente discriminatória. (RIO DE JANEIRO, 1999).

Outros decretos surgiram posteriormente (Decreto nº 22.942/2003 e nº 23.863/2003), a fim de regulamentar o Sistema de Registro de Preços, seja por modalidade Concorrência ou por Pregão, para a aquisição de bens de uso geral e continuado, visto que esse tipo de compra apresenta vantagens.

Atualmente está vigorando o Decreto nº 23.957/2004, que dispõe:

Art. 22. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, notadamente os Decretos nº 22.942, de 26.05.2003 e o Decreto nº 23.863, de 22.12.2003, excetuando-se o contido no Decreto nº 18.143, de 30.11.99, que trata de aquisição de itens inerentes à atividade fim da Secretaria Municipal de Saúde, através de Sistema de Registro de Preços. (RIO DE JANEIRO, 2004).

Dessa forma, diferentemente do Estado do Rio de Janeiro, no município foi consolidado de modo definitivo o Sistema de Registro de Preços para aquisição de bens em geral, medicamentos e outros serviços, conforme dispõe:

Art. 1º Fica regulamentado no âmbito do Município do Rio de Janeiro o Sistema de Registro de Preços - SRP, previsto no inciso II, do art. 15 da Lei Federal nº 8.666/93, e suas alterações posteriores e no art. 11, da Lei Federal nº 10.520/2002, o qual deverá ser adotado, preferencialmente, pelos Órgãos da Administração Direta, Indireta e Fundacional para a aquisição de bens de uso geral e continuado e para a contratação de serviços. (RIO DE JANEIRO, 2004).

O Sistema de Registro de Preços identifica as possíveis alterações de preços no mercado, possibilitando negociações com os fornecedores registrados na Ata de Registro. Assim:

Art. 12. A Ata de Registro de Preços poderá sofrer alterações, obedecidas as disposições contidas no art. 65 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, nos seguintes casos: § 1º O preço poderá ser revisto a qualquer tempo quando for observada uma eventual redução ou acréscimo em relação aos preços praticados no mercado, no caso em que ocorra modificação significativa que venha a alterar o custo de fornecimento dos bens ou da contratação dos serviços, respondendo o Órgão Gerenciador pelas negociações necessárias junto aos beneficiários do registro. (RIO DE JANEIRO, 2004)

Conforme se pode observar, a prefeitura realiza as compras de medicamentos pelo sistema de adesão e registro de preços. No período pesquisado, a modalidade de licitação foi a concorrência com posterior assinatura da Ata de Registro de Preços, na qual o fornecedor disponibilizou o preço unitário, o prazo de validade da proposta e a quantidade estimada a ser fornecida.

Dentro desse contexto, a prefeitura, assim como o Estado do Rio de Janeiro, não é obrigada a comprar todo o quantitativo estimado na ata, mas somente o necessário para seu consumo. A Autorização de Fornecimento de Material é feita no nível central, com entrega descentralizada nas unidades assistenciais. Existe um depósito central da prefeitura, o S/CIN/CAL, localizado no bairro do Rocha, que possui um estoque estratégico para suprir eventuais desabastecimentos.

As vantagens obtidas por esta modalidade de compra são inúmeras, conforme veremos no capítulo a seguir, mas já é possível comprovar que o registro de preços e a solicitação no nível central possibilitam a barganha do preço unitário, devido à quantidade elevada para atender a toda a rede municipal, permitindo ainda a economia de recursos na distribuição dos medicamentos à rede, já que esta etapa é realizada pelos fornecedores.

3.3.2. O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF-SMS)

A gerência das compras municipais de medicamentos é feita pela articulação da Secretaria Municipal de Administração, que realiza as licitações juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, que estabelece os critérios técnicos dos produtos a serem licitados. O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF-SMS) é responsável pelas licitações de medicamentos no que tange às discussões técnicas, realizando a elaboração de pareceres técnicos quanto aos produtos oferecidos em licitações. Além disso, esse setor também elabora a relação de itens padronizados para a grade municipal, respeitando as especificidades das diversas unidades de saúde; realiza a comunicação entre o gabinete do Secretário de Saúde e as unidades de atendimento; e ainda exerce o poder de negociação de verbas extras para as diversas unidades de saúde. A seguir serão dispostas, mais detalhadamente, as funções do NAF-SMS.

A função primordial do NAF-SMS é a constante atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que servirá de base para os pedidos de compra. A Resolução SMS nº 1.048/2004 aprovou a REMUME como instrumento técnico-normativo que reúne todo o elenco de medicamentos padronizados usados pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta listagem possui 656 itens, distribuídos entre as principais classes terapêuticas.

Recentemente, em 2006, foi elaborada a REMUME para a Atenção Básica e Ambulatorial (REMUME-AB) pela equipe técnica de farmacêuticos que ainda permanece na gerência deste núcleo. O objetivo dessa listagem, da qual constam 216 medicamentos, é relacionar os itens padronizados para dispensação nas unidades da rede básica e ambulatorial da SMS. O NAF-SMS acredita que a

publicação da REMUME-AB facilita o acesso às informações sobre esses medicamentos, de forma a otimizar a prescrição e a dispensação aos usuários da rede.

Outra função do NAF-SMS é a elaboração de parecer técnico para as licitações de medicamentos. O parecer é realizado segundo critérios dispostos no edital de licitação, que estão de acordo com as exigências dispostas nos decretos federais mencionados no início deste capítulo. Cada empresa e medicamento devem obedecer aos critérios de qualidade e regularidade sanitária, para que sejam aprovados pelo corpo técnico. Quando algum item não corresponde a todos os requisitos, este é desclassificado, e procede-se à análise da documentação do fornecedor seguinte. Assim, embora pareça um tanto burocratizado, este trabalho é essencial para a garantia da qualidade dos itens que serão disponibilizados em toda a rede de saúde municipal.

Ainda no que diz respeito às questões técnicas, cabe ao núcleo comunicar as unidades assistenciais qualquer problema de natureza legal ou mesmo farmacológica com os medicamentos padronizados. Eventualmente, a Anvisa divulga comunicados de farmacovigilância sobre medicamentos comercializados que possam ter apresentado algum problema. Ou ainda, as próprias empresas fornecedoras solicitam o recolhimento/troca de eventuais lotes com desvio de qualidade. A situação inversa também pode ocorrer, quando determinado Serviço de Farmácia de uma das unidades assistenciais comunica a adulteração ou problema relacionado a um medicamento, estando assim o NAF responsável por confirmar a suspeita e comunicar às outras unidades.

Por fim, cabe ainda ao NAF-SMS gerenciar reclamações e pronunciamentos entre o gabinete do Secretário de Saúde e as unidades assistenciais. Em geral, os

problemas são relacionados ao desabastecimento de determinados itens. Para isso, são disponibilizados recursos que são enviados diretamente às unidades assistenciais, para que as mesmas adquiram os itens faltantes. No caso de medicamentos não-padronizados, também é utilizada essa verba extra para a compra emergencial, visto que somente um paciente fará uso por determinado período.

A SMS, sob a gerência do NAF, elaborou o Projeto Remédio em Casa, que possui como público-alvo inicial os pacientes em tratamento nos programas de Hipertensão Arterial (PHA) e Diabetes Mellitus (PDM), atendidos em 109 unidades municipais. Através de um sistema de remessa domiciliar de medicamentos, busca-se sobretudo estimular a adesão ao tratamento, quando o paciente se encontra em fase de manutenção, e ainda, descongestionar a porta de entrada e as farmácias das unidades de atendimento, às quais o paciente deveria comparecer para renovação mensal de receitas e recebimento de nova cota de medicamentos.

A SMS montou uma farmácia central no prédio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), que é a responsável pelo envio das remessas. Neste local estão presentes farmacêuticos e técnicos responsáveis pela montagem do *kit* da remessa, onde também existe um estoque dos medicamentos dispensados nesse projeto, que funciona como uma unidade assistencial no que tange a compra e entrega pelos fornecedores.

Segundo a SMS, o projeto-piloto iniciou-se em janeiro de 2002 em dez unidades, uma em cada uma das dez áreas programáticas da cidade. Em outubro de 2004, o Remédio em Casa concluiu sua implantação em 100% das unidades participantes dos PHA e PDM. Em maio de 2005, contabilizou 268.578 pacientes

cadastrados e 704.718 remessas realizadas para 240.434 pacientes (RIO DE JANEIRO, 2005).

O NAF-SMS possui a gerência das compras de forma informatizada, através do SISMED. Esta ferramenta possibilita verificar a situação das autorizações de fornecimento, quanto a entrega, pagamento ou pendência. Nesta dissertação utilizou-se o SISMED como ferramenta de pesquisa, no período de 2002-2006, para 13 itens previamente selecionados. Ainda foi realizada na pesquisa uma entrevista com um dos gerentes do NAF-SMS, a fim de esclarecer determinadas dúvidas. Os resultados da pesquisa serão apresentados no capítulo seguinte.

Capítulo 4 – AS AQUISIÇÕES DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Conforme apresentamos no capítulo anterior, tanto o estado quanto o município do Rio de Janeiro têm autonomia para realizar as compras de medicamentos para suas redes de atendimento, através de licitações realizadas de modo centralizado.

No presente capítulo será analisada a compra realizada por ambas as gerências, utilizando dados fornecidos pelas próprias Secretarias de Saúde. No caso do estado, será utilizado o período de 2000 a 2006, e no caso da prefeitura, será utilizado o período de 2002 a 2006. Os períodos serão analisados como um todo, compreendido do dia 1º de janeiro a 31 de dezembro. A data da compra considerada pela pesquisa é aquela da entrega do item, e não a data de solicitação. Dessa forma, somente contabilizamos o item quando este se encontra em estoque, quando então é solicitada a ordem de pagamento.

A seleção dos itens para a pesquisa seguiu dois critérios: 1º) pertencer ao elenco de medicamentos previsto na política de assistência farmacêutica básica em vigor – neste caso, a Portaria/MS nº 2.084/2005; 2º) a aquisição do item deve ser de responsabilidade das gerências pesquisadas, através de recursos próprios provenientes do fundo estadual/municipal de saúde, acrescido dos valores do incentivo federal.

A seleção contemplou 15 itens distribuídos entre os principais programas de assistência farmacêutica básica do SUS. São eles: hipertensão, diabetes e asma e rinite. O quadro 4, a seguir, apresenta os programas e seus respectivos medicamentos.

Lembramos que, ambas as gerências pesquisadas, a do estado e a do município do Rio de Janeiro, realizam as compras de modo centralizado. Portanto, compras à parte realizadas pelas próprias unidades de atendimento à saúde foram excluídas da pesquisa. Outra observação a respeito da captação de dados é que os mesmos foram coletados independentemente do destino final, ou seja, foram incluídos os consumos hospitalar e ambulatorial de toda a rede assistencial.

Quadro 4 - Medicamentos selecionados para a pesquisa

| Programa de Assistência Farmacêutica | Classe Terapêutica | Medicamento |
|---|-----------------------------------|--|
| Hipertensão | <u>Anti-hipertensivo</u> | Alfametildopa 250mg comprimido |
| | | Captopril 25 mg comprimido |
| | | Propranolol 40mg comprimido |
| | <u>Diurético</u> | Hidroclorotiazida 25mg comprimido |
| | <u>Cardiotônico</u> | Digoxina 0,25mg comprimido |
| Diabetes | <u>Hipoglicemiante oral</u> | Glibenclamida 5mg comprimido |
| | | Metformina 850mg comprimido |
| | <u>Hipoglicemiante injetável</u> | Insulina NPH 100UI Frasco-ampola |
| Asma e Rinite | <u>Antiinflamatório esteróide</u> | Beclometasona 250mcg inalatório uso oral |
| | | Beclometasona 50mcg spray inalatório uso nasal |
| | | Prednisona 20mg comprimido |
| | | Prednisona 5mg comprimido |
| | <u>Broncodilatador</u> | Salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope |
| | | Salbutamol 100mcg aerosol inalatório |
| Salbutamol 2mg comprimido | | |

Fonte: elaboração própria.

Os preços unitários são aqueles apresentados no julgamento final da licitação ou provenientes da nota fiscal de compra. Quando a licitação, que tem validade de um ano (doze meses corridos), ocupou dois anos diferentes, consideramos cada ano

separadamente. O preço unitário de cada licitação foi considerado proporcionalmente à quantidade adquirida. Ou seja, calculamos o preço médio unitário anual utilizando a média ponderada.

Com o objetivo de comparar essas compras regionais com compras nacionais, utilizamos também os preços médios unitários anuais das compras realizadas pelo diversos entes federados brasileiros disponíveis no Banco de Preços em Saúde (BPS). Os preços médios unitários anuais do BPS foram calculados a partir dos preços unitários de cada licitação e seus quantitativos correspondentes, ou seja, novamente utilizamos a média ponderada para calcular os preços de cada ano pesquisado.

Para todos os medicamentos, ainda foram calculados os preços médios unitários anuais no varejo, utilizando a *Revista ABCFarma* do mês de dezembro de cada ano pesquisado (REVISTA ABCFARMA, 2000-2006) Os preços médios do varejo foram calculados a partir dos diferentes preços de fabricante (PF) existentes na *Revista ABCFarma*, utilizando-se a média aritmética dos mesmos. Foram incluídos para o cálculo medicamentos de referência, similares e genéricos, sem distinção, da mesma forma que as gerências de assistência farmacêutica do estado e da prefeitura não o consideram. A listagem completa dos preços a varejo encontra-se no anexo 2. Estes dados somente serão mencionados quando necessários no próximo capítulo.

4.1. O Programa Hipertensão

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes aos itens distribuídos para o tratamento da hipertensão, a saber: na classe terapêutica de anti-

hipertensivos – metildopa 250mg comprimido, captopril 25mg comprimido, propranolol 40mg comprimido; na classe terapêutica de diurético – hidroclorotiazida 25mg comprimido; na classe terapêutica cardiotônico – digoxina 0,25mg comprimido. Para efeito de comparação, e conforme foi apresentado nos editais de licitação, foram utilizadas as unidades de comprimido, independente da forma de apresentação do fabricante (seja ela cápsula ou comprimido revestido). No final desta seção é feito um comparativo para o Programa Hipertensão como um todo, aí incluídos todos os seus itens.

4.1.1. O anti-hipertensivo: Metildopa 250mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2000, realizou apenas uma licitação, na qual foram compradas 20.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,11, totalizando R\$ 2.200,00 gastos com este item. O único fornecedor foi uma indústria farmacêutica.

No ano de 2001, foram realizadas três licitações diferentes, e foram adquiridas 118.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,099. O gasto total foi de R\$ 11.686,00. Os fornecedores foram duas indústrias farmacêuticas.

O ano de 2002 registrou duas licitações, nas quais foram compradas 177.270 unidades no total ao preço médio unitário anual de R\$ 0,098, totalizando um gasto de R\$ 17.410,80. Os fornecedores foram diferentes: o primeiro foi uma distribuidora de medicamentos e o segundo foi uma indústria farmacêutica.

Em 2003, não foi encontrado registro de compra centralizada de metildopa.

No ano seguinte, em 2004, foi realizada apenas uma licitação, que adquiriu 70.000 unidades ao preço unitário único de R\$ 0,158, totalizando o gasto de R\$ 11.060,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

Em 2005 o estado realizou uma licitação na qual houve a compra de 50.000 unidades ao preço unitário único de R\$ 0,28, com gasto de R\$ 14.000,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

O último ano analisado, 2006, registrou a compra de 208.000 unidades ao preço unitário único igual ao ano anterior (de R\$ 0,28), totalizando o gasto de R\$ 58.240,00. O fornecedor foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior.

Em relação à prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2002 foi realizada a compra de 345.880 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,1000, totalizando o gasto de R\$ 34.588,00 neste item. A compra anual foi realizada por duas licitações diferentes, cada qual com um fornecedor diferente, sendo ambos indústrias farmacêuticas.

No ano de 2003, foram totalizadas 459.000 unidades compradas ao preço médio unitário anual de R\$ 0,1114, totalizando o gasto de R\$ 51.151,00. A compra anual foi realizada por duas licitações diferentes: a licitação do ano anterior e outra nova, em ambas o fornecedor foi o mesmo, no entanto o preço unitário cobrado foi diferente. Este fornecedor é uma indústria farmacêutica.

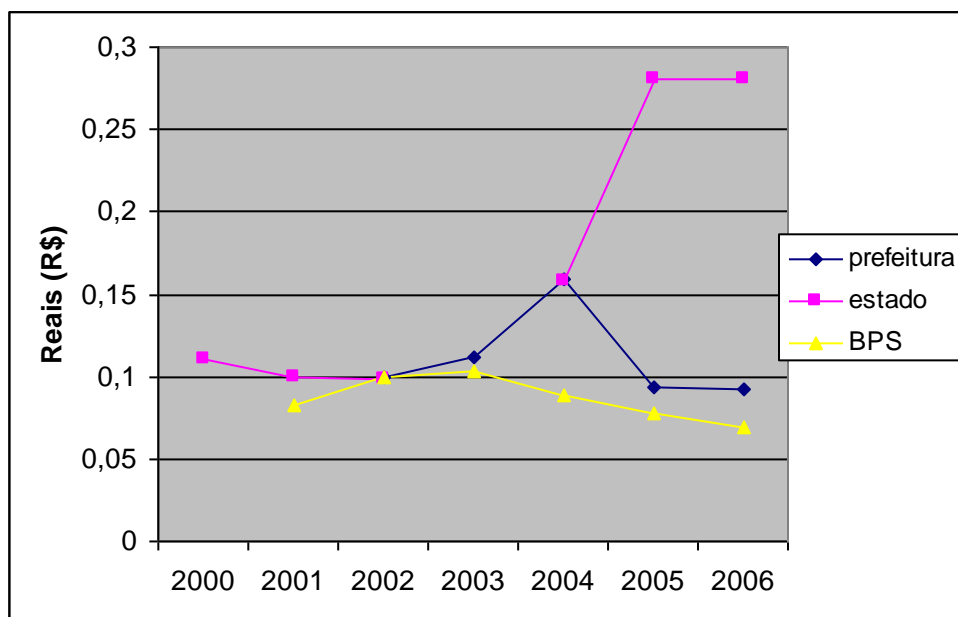
No ano de 2004 foram realizadas compras, para este item, apenas pela licitação do ano anterior. Foram compradas 1.809.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,159, totalizando o gasto de R\$ 287.631,00. O único fornecedor foi a mesma indústria farmacêutica.

Em 2005, a prefeitura realizou apenas uma licitação, e comprou 507.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,094, totalizando R\$ 47.705,00 gastos. O único fornecedor foi uma indústria farmacêutica.

O último ano analisado foi 2006, quando a prefeitura realizou a compra de 687.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0922, totalizando gastos de R\$ 63.328,00. Neste ano houve duas licitações, a primeira, a mesma do ano anterior, cujo fornecedor foi a mesma indústria farmacêutica e a segunda, uma nova licitação, cujo fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

A fim de comparar as compras realizadas pelo estado e pela prefeitura do Rio de Janeiro, apresentaremos a seguir o gráfico 2, que compara os preços médios unitários anuais. Para a metildopa 250mg comprimido foi possível calcular no BPS: ano 2000 – não existiam licitações registradas no BPS para este item; ano 2001 – R\$ 0,083; ano 2002 – R\$ 0,099; ano 2003 – R\$ 0,1028; ano 2004 – R\$ 0,0889; ano 2005 – R\$ 0,0779; ano 2006 – R\$ 0,0689.

Posteriormente, apresentamos os gráficos 3 e 4, correspondentes ao número de fornecedores do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro, respectivamente. Assim, podemos proceder à análise da relação entre os preços médios unitários anuais e seus fornecedores.

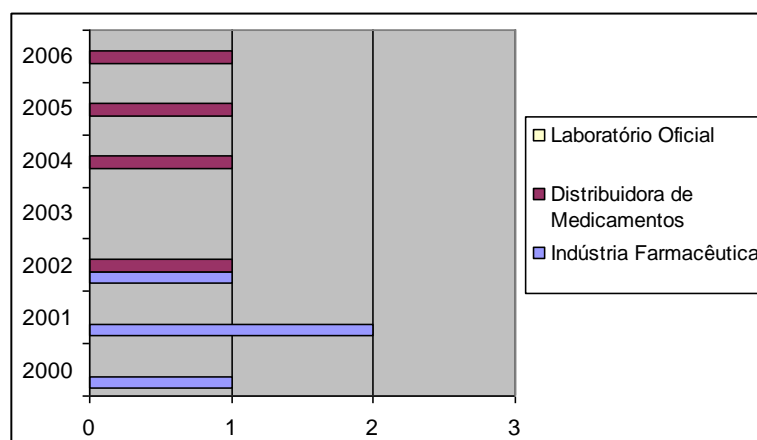
Gráfico 2 – Comparação dos Preços de Metildopa 250mg comprimido

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Conforme podemos observar no gráfico 2, os preços do BPS comportam-se, comparativamente aos outros, de maneira estável, com uma pequena alta em 2003. Os preços da prefeitura são próximos aos do BPS, com exceção do ano 2004, quando houve uma alta repentina. Esta corresponde a uma alta de 42,73% em relação ao ano anterior.

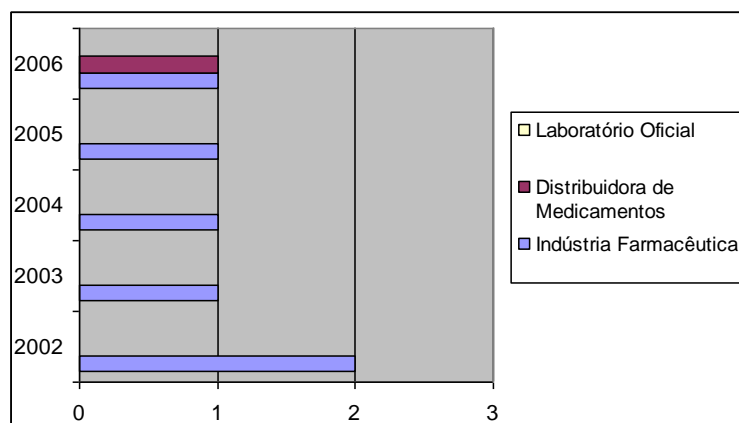
Os preços do estado acompanham a prefeitura somente nos anos 2002 e 2004, quando também houve a alta. Nos outros anos o estado aparece isolado, com preços sempre superiores às demais fontes estudadas. Os anos de 2005 e 2006 caracterizam-se pelo distanciamento em referência ao preço do BPS. Nesses dois anos, os aumentos chegaram a ser de 259% em 2005 e 306% em 2006, em relação aos preços dos respectivos anos no BPS. A princípio, esses aumentos não são justificados, mesmo tratando-se da compra em distribuidoras de medicamentos, conforme veremos nos gráficos a seguir.

Gráfico 3 – Número de Fornecedores de metildopa 250mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 4 – Número de Fornecedores de metildopa 250mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Podemos observar nos gráficos 3 e 4 que, nas compras do estado, as distribuidoras tem parcela significativa nas vendas, enquanto nas compras da prefeitura predominam as indústrias farmacêuticas. Vale comparar os gráficos 2 e 4 e observar que quando o preço da prefeitura foi mais alto (2004), o fornecedor era uma indústria farmacêutica.

4.1.2. O anti-hipertensivo: Captopril 25mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2000, comprou 1.750.020 unidades de captopril, com preço médio unitário anual de R\$ 0,0227, perfazendo um total de R\$ 39.800,46 gastos neste item. Foram realizadas duas licitações: a primeira foi vencida por uma distribuidora de medicamentos, e a segunda, por uma indústria farmacêutica.

Em 2001, foram compradas 1.848.820 unidades, com preço médio unitário anual de R\$ 0,0214, totalizando um gasto de R\$ 39.652,11 neste item. Foram comprados de três fornecedores diferentes, o primeiro foi uma distribuidora de medicamentos, que vendeu 300 unidades ao preço unitário de R\$ 0,05; o segundo foi o laboratório oficial de Farmanguinhos, que vendeu 848.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,0255; e o terceiro foi uma indústria farmacêutica, que vendeu 1.000.020 unidades ao preço unitário de R\$ 0,018.

No ano de 2002 o estado adquiriu 2.307.160 unidades com preço médio unitário anual de R\$ 0,0356 e gasto total de R\$ 82.246,25. Foram realizadas três licitações com diferentes vencedores: o primeiro foi uma distribuidora de medicamentos, que vendeu 1.660 unidades ao preço unitário de R\$ 0,05; o segundo foi o laboratório oficial de Farmanguinhos, que vendeu 1.351.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,0255; e o terceiro foi o laboratório oficial da Marinha, que forneceu 954.000 unidades ao preço de R\$ 0,05.

O ano de 2003 propiciou a compra de 2.776.628 unidades com preço médio unitário anual de R\$ 0,0283. O total gasto foi de R\$ 78.580,44. Neste ano houve uma situação interessante: a prefeitura do Rio repassou, em forma de venda ao estado, 1.548.000 unidades ao preço de R\$ 0,0269, já contados no total citado

acima. Os fornecedores neste ano foram três distribuidoras de medicamentos diferentes e também a prefeitura do Rio.

No ano de 2004, o estado adquiriu 4.900.020 unidades ao preço unitário de R\$ 0,03, totalizando R\$ 147.000,60 gastos em apenas uma distribuidora de medicamentos.

Em 2005, a empresa fornecedora foi a mesma do ano anterior, e foram vendidas 2.800.020 unidades a R\$ 0,03, totalizando R\$ 84.000,60 gastos.

Por fim, em 2006 o estado adquiriu 4.345.860 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0324, totalizando R\$ 140.833,80 gastos na mesma distribuidora de medicamentos dos dois últimos anos (2005 e 2004).

A prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2002, realizou a compra de 1.164.205 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,02, totalizando um gasto de R\$ 23.284,10 neste item. A compra anual foi realizada através de duas licitações diferentes, cada qual com um fornecedor diferente, sendo ambos distribuidores de medicamentos.

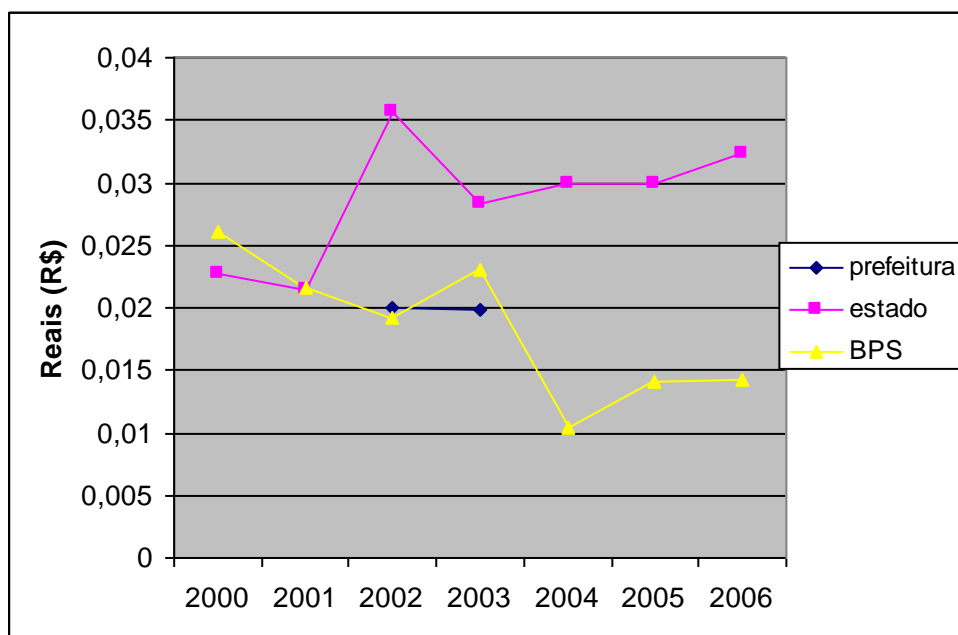
Em 2003, foram adquiridas 8.599.311 unidades com preço médio unitário anual de R\$ 0,0198, totalizando gastos de R\$ 170.338,69. Foram realizadas duas licitações, vencidas por dois distribuidores de medicamentos diferentes.

Nos anos 2004, 2005 e 2006 não foram encontrados registros de compra centralizada pela prefeitura do Rio de Janeiro para este item.

A seguir, apresentamos o gráfico 5, que apresenta o comportamento dos preços ao longo dos anos, nas compras realizadas pelo estado e pela prefeitura do Rio de Janeiro. Serão também utilizados os preços médios unitários anuais nacionais do BPS. São eles: 2000 – R\$ 0,026; 2001 – R\$ 0,0216; 2002 – R\$ 0,0193;

2003 – R\$ 0,023; 2004 – R\$ 0,0103; 2005 – R\$ 0,014; 2006 – R\$ 0,014. Em seguida, apresentamos os gráficos 6 e 7, que apresentam os fornecedores dos respectivos entes pesquisados.

Gráfico 5 – Comparação dos preços de Captopril 25mg comprimido



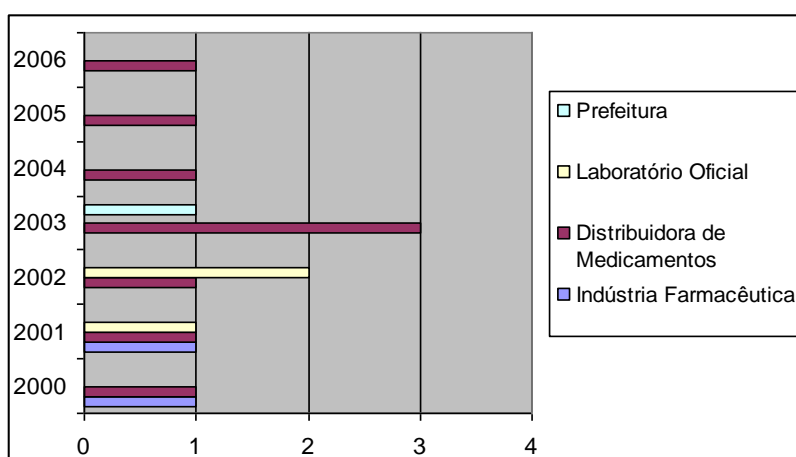
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Ao observar o gráfico 5, é possível constatar a instabilidade dos preços unitários de captopril em todas as fontes consultadas. Esse fato configura um problema, visto que dificulta a análise e a comparação entre os entes pesquisados. Se observarmos em linhas gerais, podemos ver que os preços do BPS caem ao longo do período pesquisado, embora apresentem ligeira alta em alguns anos, mas não o suficiente para atingir o ponto máximo inicial.

Os preços do estado, ao contrário, sobem ao longo do período, apresentando uma alta repentina no ano de 2002, e conforme apresenta o gráfico 6, a seguir, novamente aparecem laboratórios oficiais como o principal fornecedor. É importante

ainda lembrar que, conforme apresentamos acima, o laboratório da Marinha vendeu 954.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,05, enquanto o laboratório de Farmanguinhos vendeu 1.351.500 unidades ao preço de R\$ 0,0255. Sendo assim, o preço médio unitário anual subiu em decorrência do preço cobrado pelo laboratório da Marinha.

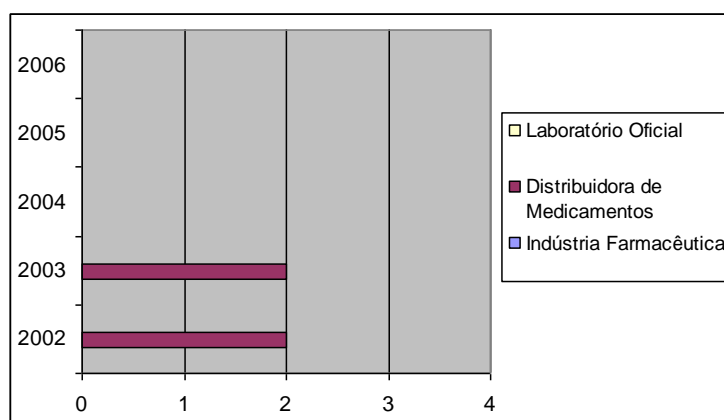
Gráfico 6 – Número de Fornecedores de captopril 25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Quanto à prefeitura, a análise fica limitada, já que somente dois anos aparecem no gráfico. No entanto, é possível afirmar que os preços em 2002 e 2003 se comportam de maneira estável. Em 2002 encontra-se próximo ao BPS, e em 2003, ligeiramente abaixo do BPS. E os fornecedores, conforme apresentamos no gráfico 7, foram nos dois anos distribuidoras de medicamentos.

Gráfico 7 – Número de Fornecedores de captopril 25mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.1.3. O anti-hipertensivo: Propranolol 40mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2000, comprou um total de 1.112.500 unidades de propranolol. Foram realizadas três licitações, nas quais a empresa vencedora foi o laboratório oficial Vital Brazil, que em cada uma das licitações vendeu a um preço unitário diferente. O gasto total do estado nesse ano, em propranolol, foi R\$ 18.249,70 e o preço médio unitário anual praticado foi R\$ 0,0164.

No ano de 2001, foram compradas 625.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,019, totalizando R\$ 11.875,00 gastos. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

Em 2002, foram adquiridas 3.760 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,043, totalizando gastos da ordem de R\$ 170,88. Neste ano é interessante observar que ocorreram várias compras pequenas em três fornecedores diferentes: duas distribuidoras de medicamentos e uma drogaria.

O ano de 2003 se comportou de maneira semelhante ao ano anterior. Foram realizadas várias compras pequenas, sendo adquiridas 2.700 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0486, perfazendo um gasto total de R\$ 131,28. Os fornecedores foram uma distribuidora de medicamentos e duas drogarias.

Em 2004, foi realizada apenas uma licitação, em que foram adquiridas 1.485.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,022, totalizando o gasto de R\$ 32.670,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

No ano de 2005, o estado realizou duas licitações, adquirindo o total de 3.200.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,02226, totalizando R\$ 71.250,00 gastos. Os fornecedores foram: na primeira licitação, o laboratório oficial Vital Brazil e, na segunda, uma distribuidora de medicamentos.

Em 2006, o estado comprou, através da última licitação do ano anterior, 510.620 unidades de propranolol ao preço unitário de R\$ 0,04, perfazendo um gasto total de R\$ 20.424,80. O fornecedor foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior.

A prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2002, utilizou inicialmente a licitação do ano anterior, na qual venceu uma distribuidora de medicamentos que vendeu o total de 386.800 unidades ao preço unitário de R\$ 0,01. O gasto total da prefeitura foi de R\$ 3.868,00. Posteriormente, foi realizada nova licitação, e a empresa vencedora foi uma indústria farmacêutica, que não realizou nenhuma entrega de medicamentos.

No ano de 2003, começou-se por utilizar a última licitação do ano anterior, na qual a empresa vencedora, uma indústria farmacêutica, novamente não realizou a entrega de medicamentos. Posteriormente, foi realizada nova licitação, vencida por

outra indústria farmacêutica que também não entregou os medicamentos. A prefeitura nesse ano acabou não recebendo de forma centralizada nenhuma quantidade de propranolol 40mg comprimido.

Em 2004, permaneceu valendo a licitação do ano anterior: a indústria farmacêutica vencedora entregou 1.261.704 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02, totalizando gastos R\$ 25.234,08 neste item. Com o término da validade desta licitação, foi realizada uma nova, no entanto não houve pedido para este ano.

No ano de 2005, a prefeitura, utilizando a última licitação, solicitou à indústria farmacêutica vencedora a quantidade de 1.800 unidades ao preço unitário de R\$ 0,0149, gastando R\$ 26,82.

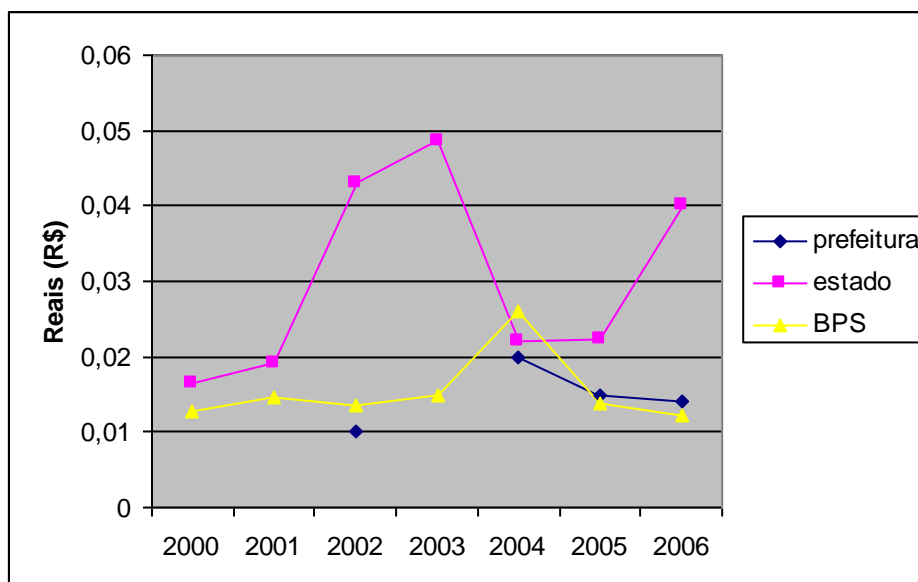
Em 2006, aproveitou-se ainda a validade da licitação anterior para realizar pedidos. Posteriormente, foi realizada uma nova licitação, e a mesma indústria farmacêutica foi vencedora. A prefeitura recebeu o total de 532.200 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,014, totalizando o gasto de R\$ 7.473,48.

A seguir, apresentamos o gráfico 8, que compara os preços médios unitários anuais do estado e do município do Rio de Janeiro ao longo dos anos estudados. Como referência de comparação, utilizaremos os preços médios unitários anuais nacionais do BPS.

A partir do BPS foram calculados, através da média ponderada, os seguintes preços anuais: 2000 – R\$ 0,0128; 2001 – R\$ 0,0145; 2002 – R\$ 0,01346; 2003 – R\$ 0,015; 2004 – R\$ 0,0259; 2005 – R\$ 0,0139; 2006 – R\$ 0,012.

Posteriormente, dispomos os gráficos 9 e 10, apresentando o número de fornecedores de propranolol 40mg comprimido nos anos referidos, do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro.

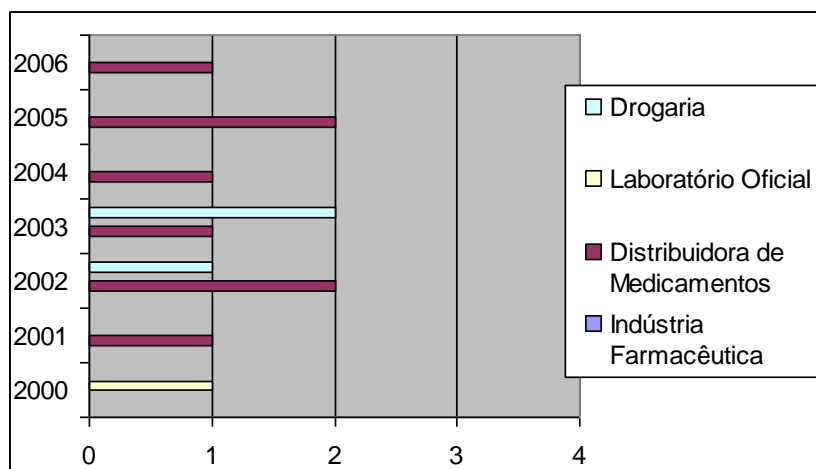
Gráfico 8 – Comparação dos Preços de Propranolol 40mg comprimido



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Podemos observar que, no gráfico 8, com relação aos dados do estado, mais uma vez nos deparamos com uma situação delicada: o distanciamento da linha do estado em relação às outras linhas de referência. No entanto, no caso deste medicamento, é possível correlacionar as altas dos anos 2002 e 2003 com os respectivos fornecedores, apresentados no gráfico 9 abaixo, que foram distribuidoras de medicamentos e drogarias. A alta significativa em 2006 pode ser explicada pelo preço unitário praticado pela distribuidora de medicamentos, que se aproxima ao preço médio unitário do ano de 2004, quando os fornecedores eram predominantemente drogarias. Ou seja, é possível afirmar que essa distribuidora pratica um preço alto quando comparada às outras empresas atacadistas.

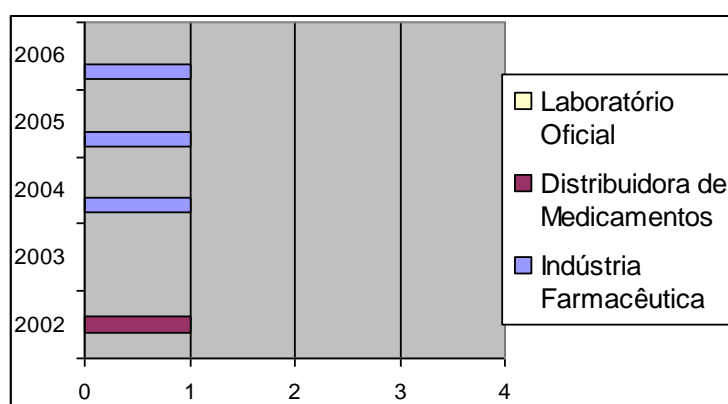
Gráfico 9 – Número de Fornecedores de Propranolol 40mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Ainda em relação ao gráfico 8, é possível observar que os preços da prefeitura, embora irregulares, acompanham as altas e baixas que aparecem na linha de preços do BPS. Observamos também que os preços não necessariamente variam de acordo com o tipo de fornecedor (gráfico 10), visto que em 2002 era uma distribuidora de medicamentos e o preço era o mais baixo de todos.

Gráfico 10 – Número de Fornecedores de Propranolol 40mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.1.4. O diurético: Hidroclorotiazida 25mg comprimido

No Estado do Rio de Janeiro, em 2000, não foram registradas compras centralizadas para este item. Nos anos seguintes (2001 e 2002) e parte de 2003, caracterizaram-se pela compra de emergência, tendo em vista as pequenas quantidades solicitadas, como veremos a seguir.

Em 2001, foi realizada uma pequena compra de 120 unidades ao preço unitário de R\$ 0,04, gastando-se R\$ 4,80. O fornecedor foi um distribuidor de medicamentos. Devido à baixa quantidade requisitada de forma central, especulamos que este item pode ter sido comprado para atender a um mandato judicial.

Em 2002, foram adquiridas apenas 340 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0435, totalizando R\$ 14,80 gastos. O fornecedor foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior. Neste ano, também devido à baixa quantidade requisitada de forma central, supomos que também tenha sido pedido para atender a mandato judicial.

O ano de 2003 caracterizou-se pela várias compras feitas. Inicialmente foram compradas 240 unidades, na mesma distribuidora de medicamentos dos anos anteriores. Depois foram compradas também 240 unidades ao preço unitário de R\$ 0,135, em uma drogaria. E por fim, foi realizada uma licitação na qual a empresa vencedora foi outra distribuidora de medicamentos, que forneceu 600.000 unidades a um preço mais baixo que as compras anteriores (R\$ 0,036). Sendo assim, neste ano foram totalizadas 600.480 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,036, com gastos de R\$ 21.640,80.

Em 2004, permaneceu a licitação realizada no ano anterior. Foram adquiridas 2.300.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,036, totalizando o gasto de R\$ 82.800,00. O fornecedor foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior.

Em 2005, não houve registro de compra centralizada para este item.

E finalmente, em 2006, foram realizadas duas licitações, que adquiriram 552.900 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0873. O gasto total foi R\$ 48.259,30. Uma única distribuidora de medicamentos venceu as duas licitações realizadas. No entanto, cabe ressaltar que, na primeira licitação o preço unitário foi de R\$ 0,08, enquanto que na segunda, o mesmo item passou a custar R\$ 0,165. Essa diferença abrupta no preço elevou o preço médio unitário anual, respeitando as quantidades adquiridas, que são, respectivamente, 505.520 unidades (ao preço R\$ 0,08) e 47.380 unidades (ao preço R\$ 0,165).

A prefeitura do Rio de Janeiro realizou em 2002 licitação onde foram adquiridas 6.289.600 unidades de hidroclorotiazida ao preço unitário de R\$ 0,0179, totalizando o gasto de R\$ 112.584,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

No ano 2003, foram utilizadas a licitação do ano anterior e também duas novas licitações. A quantidade total adquirida foi de 26.586.800 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0179, totalizando gastos de R\$ 475.421,32. Os fornecedores foram a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior e uma indústria farmacêutica.

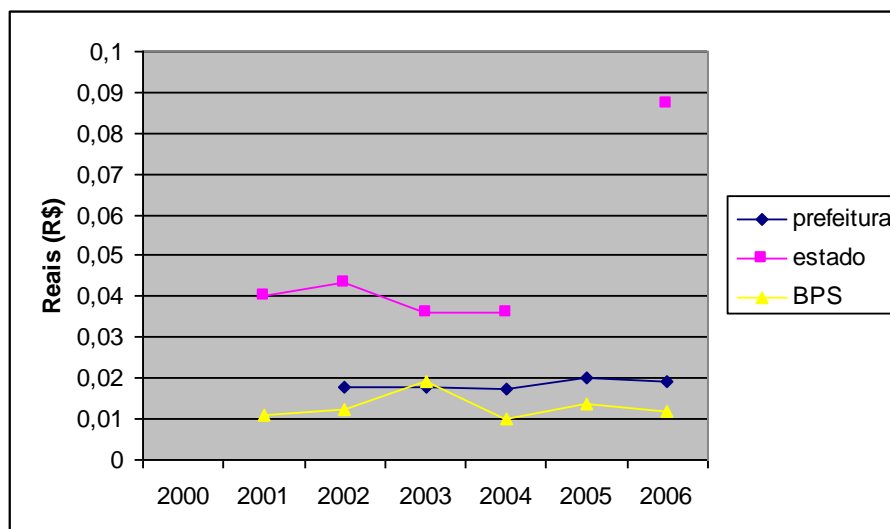
Em 2004 foram compradas 58.391.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,0175, com um gasto total de R\$ 1.021.851,00. Foi utilizada a última licitação do ano anterior, com um único fornecedor, que foi a mesma indústria farmacêutica.

No ano de 2005, a prefeitura realizou uma licitação, cuja empresa vencedora foi uma distribuidora de medicamentos. Foram adquiridas 54.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02, totalizando o gasto de R\$ 1.080,00.

No último ano estudado, 2006, estiveram ativas duas licitações: a do ano anterior, na qual foi feito pedido a uma distribuidora, mas esta não entregou; e uma nova licitação, cuja empresa vencedora foi outra distribuidora de medicamentos que entregou 17.641.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,019, totalizando um gasto de R\$ 335.188,50.

A seguir, apresentamos o gráfico 11, que compara os preços médios unitários anuais das compras realizadas pelo estado e pela prefeitura do Rio de Janeiro. Utilizamos também o BPS, a fim de fornecer os preços médios unitários anuais da hidroclorotiazida em nível nacional.

Os preços calculados a partir do BPS foram: 2000 – o banco não registra compra; 2001 – R\$ 0,011; 2002 – R\$ 0,0123; 2003 – R\$ 0,019; 2004 – R\$ 0,0099; 2005 – R\$ 0,0135; 2006 – R\$ 0,012. Posteriormente, ainda apresentamos os gráficos 12 e 13, com o número de fornecedores, nos respectivos anos pesquisados, para o estado e para a prefeitura do Rio de Janeiro.

Gráfico 11 – Comparação dos Preços de Hidroclorotiazida 25mg comprimido

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

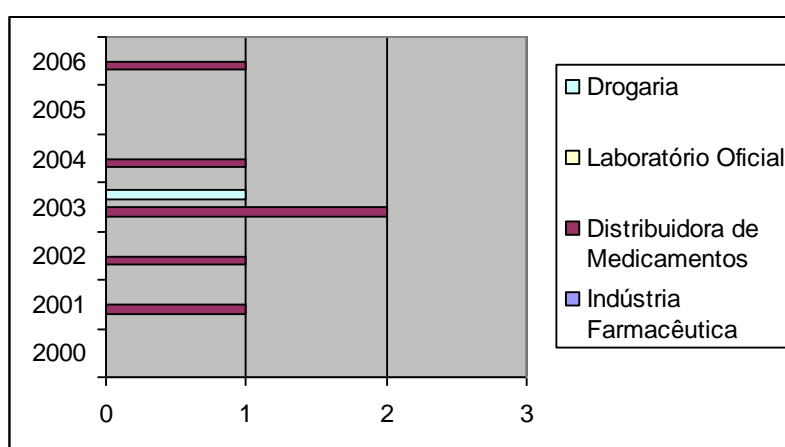
Ao observarmos o comportamento do gráfico 11, no que tange aos dados relativos ao estado, os preços encontram-se muito acima das outras referências. Também é evidente o alto preço da hidroclorotiazida no ano de 2006. Conforme já mencionamos, nesse ano, na segunda licitação, a distribuidora de medicamentos apresentou um preço unitário muito superior ao anterior, elevando assim o preço médio unitário anual.

Os preços da prefeitura se apresentaram de forma diferente. Conforme demonstramos no gráfico 11, as linhas da prefeitura e do BPS se comportam de maneira semelhante, diferindo apenas no ano de 2003, quando a linha do BPS teve uma alta. É importante registrar que, embora se comportem de maneira semelhante, os preços da prefeitura são bem mais altos que os do BPS. As diferenças são de aproximadamente: 2002 – preço da prefeitura 45,5% mais caro; 2004 – preço da prefeitura 76,8% mais caro; 2005 – preço da prefeitura 48,1% mais caro; e 2006 – preço da prefeitura 58,3% mais caro. No ano de 2003, o único cujo preço do BPS

registra alta em relação aos da prefeitura, o preço do BPS é 6,15% mais caro quando comparado ao preço da prefeitura nesse mesmo ano.

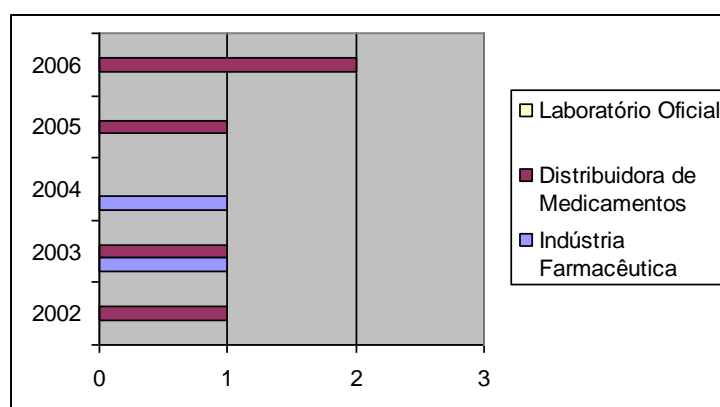
Nos gráficos 12 e 13, a seguir, podemos observar a prevalência de distribuidoras de medicamentos, tanto no estado quanto na prefeitura.

Gráfico 12 – Número de Fornecedores de Hidroclorotiazida 25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 13 – Número de Fornecedores de Hidroclorotiazida 25mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.1.5. O cardiotônico: Digoxina 0,25mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, em 2000, realizou uma licitação que adquiriu 693.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,024, com um gasto total de R\$ 16.644,00. O fornecedor foi uma indústria farmacêutica.

Em 2001, uma nova licitação comprou 800.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02, com gasto total de R\$ 16.000,00. A empresa vencedora da licitação foi uma indústria farmacêutica.

No ano de 2002, a licitação do ano anterior ainda permitiu que fossem adquiridas 400.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02 na mesma indústria farmacêutica. Posteriormente, ainda foi realizada uma compra de emergência de 80 unidades ao preço unitário de R\$ 0,03 numa distribuidora de medicamentos. O preço médio unitário anual foi de R\$ 0,02, e o gasto total com as compras da digoxina foi de R\$ 8.002,40.

No ano de 2004, a única licitação teve como vencedor uma distribuidora de medicamentos, que vendeu 65.925 unidades ao preço unitário de R\$ 0,059, totalizando um gasto de R\$ 3.889,60.

Em 2003 e 2005 não houve registro central de compras para digoxina.

Por fim, em 2006, houve uma licitação que adquiriu 75.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,05, totalizando um gasto de R\$ 3.750,00. A empresa fornecedora foi uma distribuidora de medicamentos.

A prefeitura do Rio de Janeiro, em 2002, realizou duas licitações, nas quais comprou 1.538.529 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,02, totalizando

um gasto de R\$ 30.771,00. Os fornecedores foram uma distribuidora de medicamentos e uma indústria farmacêutica.

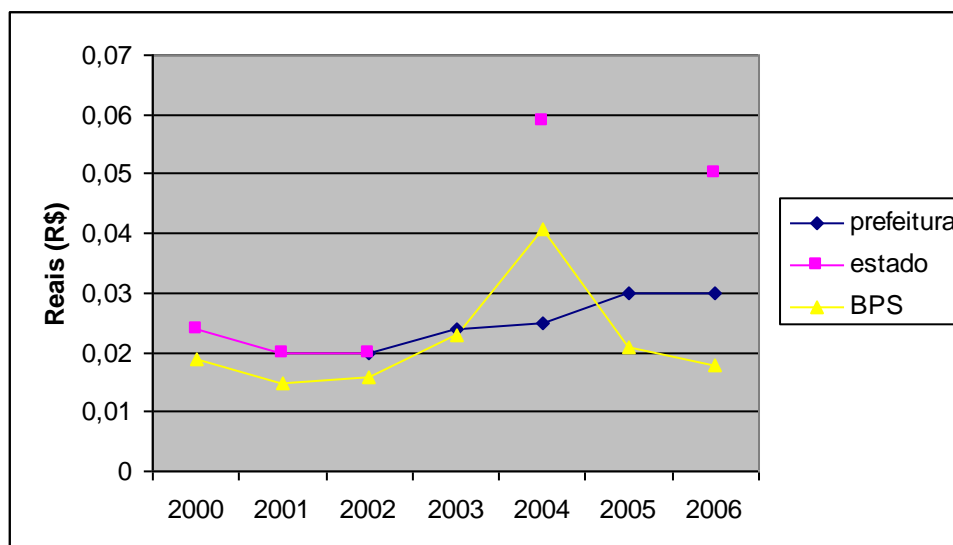
Em 2003, além de utilizar a última licitação do ano anterior, foram realizadas mais três licitações. A indústria farmacêutica vencedora no ano anterior não entregou o pedido feito pela prefeitura. Nas licitações seguintes, foram entregues 1.729.955 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0238, totalizando um gasto de R\$ 41.163,41. Os fornecedores foram duas distribuidoras de medicamentos.

No ano de 2004, foi utilizada a última licitação do ano anterior. Foram compradas 2.999.355 unidades ao preço unitário de R\$ 0,025, totalizando um gasto de R\$ 74.984,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

Em 2005 foi realizada apenas uma licitação, na qual foram adquiridas 448.940 unidades ao preço unitário de R\$ 0,03, totalizando um gasto de R\$ 13.468,20. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

No ano de 2006, a licitação do ano anterior ainda estava valendo. Foram adquiridas 8.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,03, totalizando o gasto de R\$ 240,00. A empresa fornecedora foi uma distribuidora de medicamentos, a mesma do ano anterior.

A fim de comparar os preços encontrados na pesquisa, calculamos o preço médio unitário anual do BPS, são eles: 2000 – R\$ 0,0189; 2001 – R\$ 0,0148; 2002 – R\$ 0,0158; 2003 – R\$ 0,023; 2004 – R\$ 0,0409; 2005 – R\$ 0,021; 2006 – R\$ 0,0179. A seguir, apresentamos os gráficos que serão úteis para uma comparação.

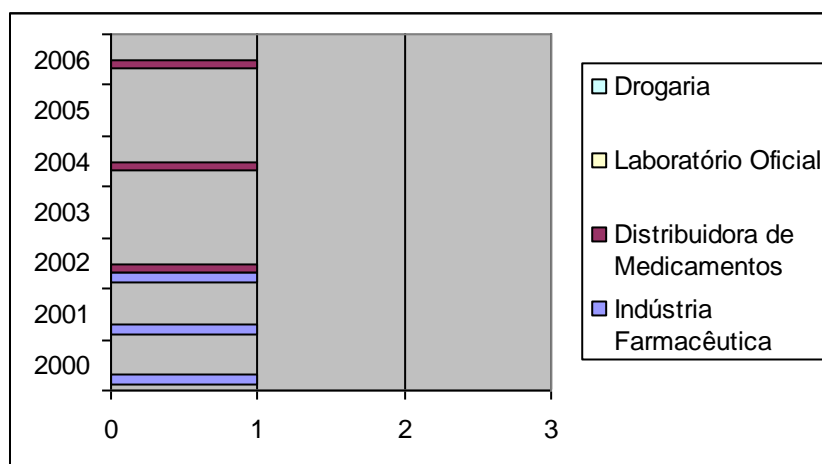
Gráfico 14 – Comparação dos Preços de Digoxina 0,25mg comprimido

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 14 permite observar que os preços das diferentes fontes se comportam de maneira irregular. Portanto, a comparação não se mostra muito eficaz. Em relação ao estado, podemos inicialmente perceber um acompanhamento da variabilidade dos preços do BPS (anos 2000, 2001 e 2002), embora os preços do estado sejam mais altos que os do BPS. Em 2004 e 2006, o estado apresenta preços imensamente superiores quando comparado aos outros entes. No ano de 2004, o preço do estado é 136% mais alto que o da prefeitura, ou seja, é mais que o dobro. E no ano de 2006, o preço do estado é 179% mais alto que o preço do BPS, equivalendo a quase três vezes o valor do BPS. A única explicação está no alto preço unitário praticado pelas duas distribuidoras de medicamentos que forneceram nos respectivos anos.

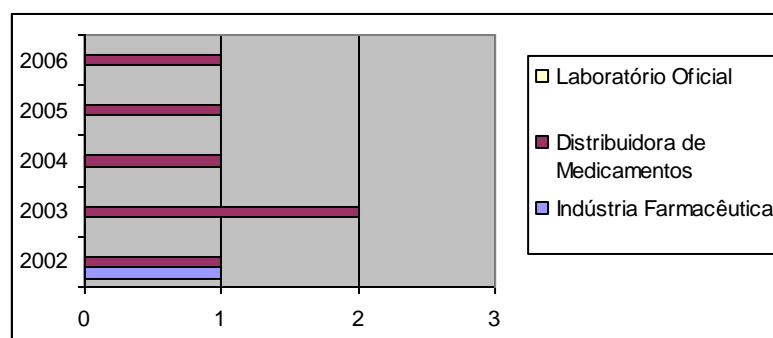
No caso da prefeitura, podemos observar a variação de preços progressivamente, não existindo nenhuma alteração abrupta. Os preços também se apresentam mais altos em relação ao BPS, com exceção do ano 2004, quando o BPS tem uma alta acentuada.

Gráfico 15 – Número de Fornecedores de Digoxina 0,25mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 16 – Número de Fornecedores de Digoxina 0,25mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando os gráficos 15 e 16, é possível afirmar que a prefeitura comprou este item predominantemente em distribuidoras de medicamentos, enquanto o estado equilibrou as vendas entre indústrias farmacêuticas e distribuidoras de medicamentos. Ainda é possível correlacionar que nos anos 2000, 2001 e 2002, quando as indústrias farmacêuticas estavam presentes, foi possível manter os preços unitários mais próximos aos preços do BPS.

Enfim, observando o Programa Hipertensão, seus gastos e número de unidades compradas, foi possível construirmos um resumo, que se encontra no anexo 3. É importante considerar aqui que:

- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista do preço unitário, em ambas instâncias de governo, foi a metildopa 250mg comprimido, custando R\$ 0,159 a unidade para a prefeitura no ano de 2004 e R\$ 0,28 a unidade para o estado no ano de 2006.
- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista dos gastos anuais, foi, para o estado, o captopril 25mg comprimido, que consumiu R\$ 147.000,60 dos recursos no ano de 2004. E para a prefeitura, a hidroclorotiazida 25mg comprimido, que consumiu R\$ 1.021.851,00 dos recursos no ano de 2004.
- Nos anos pesquisados, registramos que 2004 foi o ano mais dispendioso do ponto de vista de recursos para o estado e para a prefeitura.

4.2. O Programa Diabetes

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes aos itens distribuídos para o tratamento de diabetes, são eles: na classe terapêutica de hipoglicemiantes orais – glibenclamida 5mg comprimido e metformina 850mg comprimido, na classe terapêutica de hipoglicemiantes injetável – insulina NPH 100U.I. frasco-ampola.

Para efeito de comparação, e conforme apresentado nos editais de licitação, foram utilizadas as unidades de comprimido e de frasco-ampola, independentemente

da apresentação do fabricante. No final desta seção, será feito um comparativo para o Programa Diabetes como um todo, o que inclui todos os seus itens.

4.2.1. O hipoglicemiante oral: Glibenclamida 5mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, em 2000, realizou duas licitações que, juntas, compraram 588.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0264, totalizando um gasto de R\$ 15.540,00. As duas empresas fornecedoras são indústrias farmacêuticas. É importante ressaltar, ainda, a diferença entre os preços unitários praticados por cada uma das indústrias. A primeira cobra R\$ 0,03 por unidade e a segunda, R\$ 0,016.

Em 2001, foram realizadas duas licitações: na primeira venceu o laboratório oficial de Farmanguinhos e, na outra, uma indústria farmacêutica. Foram adquiridas 780.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0107, representando um gasto total de R\$ 8.355,00.

No ano de 2002, permaneceu a última licitação realizada no ano anterior, vencida por uma indústria farmacêutica. Foram compradas 627.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,01, totalizando o gasto de R\$ 6.270,00.

Em 2003, foram realizadas apenas duas compras pequenas, caracterizadas como de emergência. Na primeira, o fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos e, na segunda, uma drogaria. Foram compradas 360 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0467, totalizando um gasto de R\$ 16,80.

Em 2004, houve uma licitação que permitiu a compra de 34.780 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02, totalizando um gasto de R\$ 695,60 em uma indústria farmacêutica. No ano de 2005 não houve registro de compras de glibenclamida.

Em 2006, foram realizadas duas licitações, nas quais venceram duas distribuidoras de medicamentos. Foram adquiridas 1.996.440 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0236, totalizando o gasto de R\$ 47.128,80. Ressaltamos que a primeira distribuidora cobrou R\$ 0,04 pela unidade e a segunda cobrou a metade, ou seja, R\$ 0,02. Vale registrar que o estado concentrou as compras (1.636.440 unidades), na distribuidora de melhor preço.

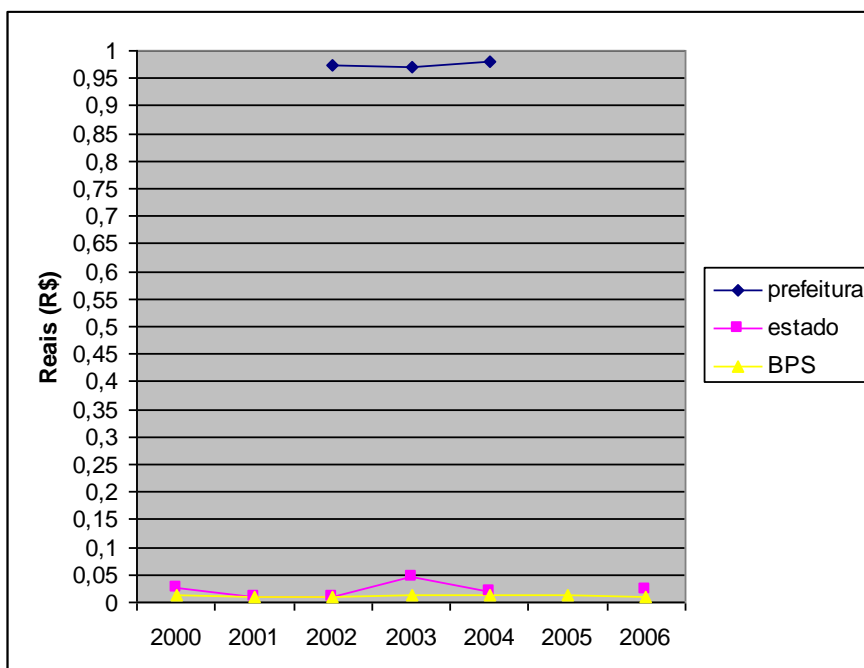
A prefeitura do Rio de Janeiro comprou, em 2002, um total de 106.295 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,9723, totalizando um gasto de R\$ 103.350,62. No ano foram realizadas duas licitações, cujos vencedores são duas indústrias farmacêuticas.

Em 2003, a última licitação do ano anterior foi utilizada para a compra de 76.812 unidades ao preço unitário de R\$ 0,97, totalizando gastos de R\$ 74.507,64 junto à mesma indústria farmacêutica.

No ano de 2004, essa mesma indústria farmacêutica venceu a única licitação anual para este item. Foram adquiridas 234.241 unidades ao preço unitário de R\$ 0,98, totalizando R\$ 229.556,00 gastos.

Os anos de 2005 e 2006 não houve registro de compras centralizadas.

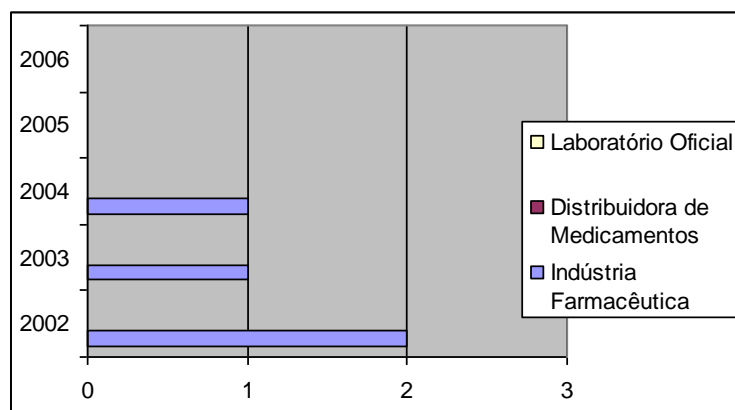
A seguir apresentamos os gráficos 17, 18, 19 e 20, que serão úteis à análise. Serão utilizados os seguintes preços médios unitários anuais do BPS: 2000 – R\$ 0,01227; 2001 – R\$ 0,0111; 2002 – R\$ 0,0098; 2003 – R\$ 0,0131; 2004 – R\$ 0,0130; 2005 – R\$ 0,0142; 2006 – R\$ 0,0111.

Gráfico 17 – Comparação dos preços de Glibenclamida 5mg comprimido

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Fica evidente, ao observarmos o gráfico 17, que a prefeitura do Rio comprou glibenclamida comprimido a um preço muito superior às compras do estado e do BPS. Mais intrigante é que, conforme o gráfico 18, abaixo, os fornecedores dos anos 2002, 2003 e 2004 são indústrias farmacêuticas, que teoricamente venderiam a preços melhores. Sendo assim, procedeu-se a uma nova vista nos julgamentos de cada ano para verificar a possibilidade de algum dado incorreto. Por fim, foi constatado que os dados estavam corretos.

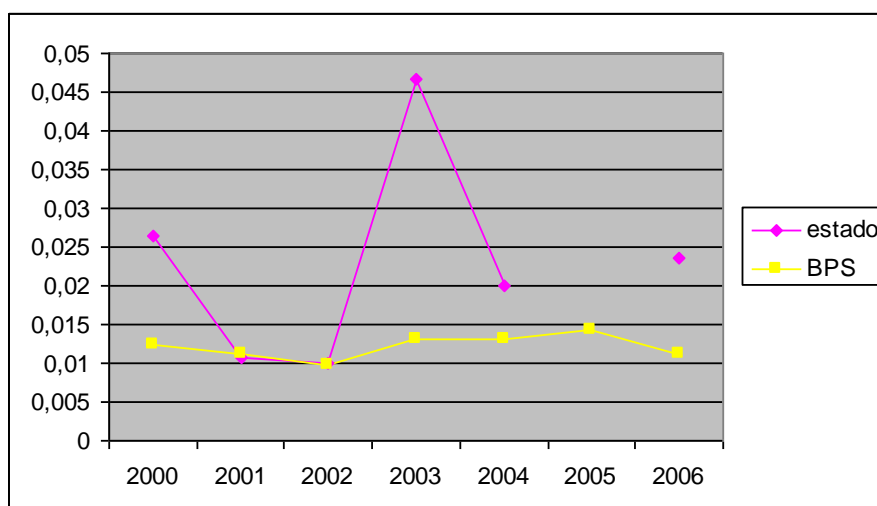
Gráfico 18 – Número de Fornecedores de Glibenclamida 5mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Conforme demonstramos acima, os dados da prefeitura distorciam a escala do gráfico 17. Sendo assim, optamos por analisar o estado e o BPS isoladamente, excluindo a prefeitura. O gráfico 19 nos permite comparar de maneira confiável os dados do estado e do BPS.

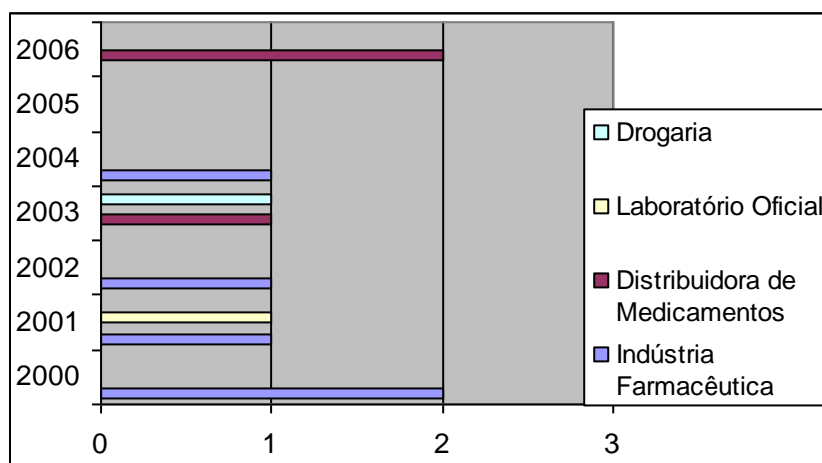
Gráfico 19 – Comparação dos Preços de Glibenclamida 5mg comprimido



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 19 permite a melhor visualização do que aconteceu nos preços do Estado do Rio de Janeiro. Os anos 2001 e 2002 foram os únicos em que o estado conseguiu preços competitivos, igualando-se aos preços do BPS. Nos outros anos, os preços se distanciaram muito. Podemos ver que em 2000 ocorreu alta significativa, que somente pode ser explicada, de acordo com o gráfico 20, pelo preço unitário praticado por uma das indústrias farmacêuticas fornecedoras. A outra alta ocorre em 2003, quando o estado fez compras de emergência pequenas, comprando inclusive em drogaria, o que possivelmente elevou o preço médio unitário anual. Em 2004, a única indústria farmacêutica fornecedora, contrariando as expectativas, cobrou um preço unitário alto. E por fim, em 2006, o preço cobrado por uma das distribuidoras, o dobro da outra, elevou o preço médio unitário anual.

Gráfico 20 – Número de Fornecedores de Glibenclamida 5mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.2.2. O hipoglicemiante oral: Metformina 850mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2000, não registrou compra centralizada. No ano seguinte, 2001, foram realizadas duas licitações. As empresas

vencedoras foram duas distribuidoras de medicamentos das quais foram compradas 29.250 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,1208, com custo total de R\$ 3.532,50.

Em 2002, o estado comprou pequenas quantidades, através de compra de emergência, em apenas uma distribuidora. Foram adquiridas 1.650 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,147, com um custo total de R\$ 242,55.

No ano de 2003, foram realizadas duas compras pequenas, na primeira o fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos e na segunda foi uma drogaria. Ainda foi feito um repasse da prefeitura, através de venda, de uma quantidade maior. No total foram adquiridas 138.910 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0785, com um gasto total de R\$ 10.907,48.

Em 2004, houve apenas uma licitação de 540.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,09, totalizando um gasto de R\$ 48.600,00. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

Nos anos de 2005 e 2006 foi realizada apenas uma licitação, que englobou as compras dos dois anos numa única distribuidora de medicamentos ao preço unitário de R\$ 0,14. No primeiro ano foram compradas 116.000 unidades, com custo total de R\$ 16.240,00, enquanto no segundo ano foram compradas 378.290 unidades, ao custo total de R\$ 52.960,60.

A prefeitura do Rio de Janeiro, em 2002, realizou três licitações para a compra de metformina. Foram adquiridas 6.821.858 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0739, totalizando um gasto de R\$ 503.891,06. As empresas vencedoras foram três indústrias farmacêuticas.

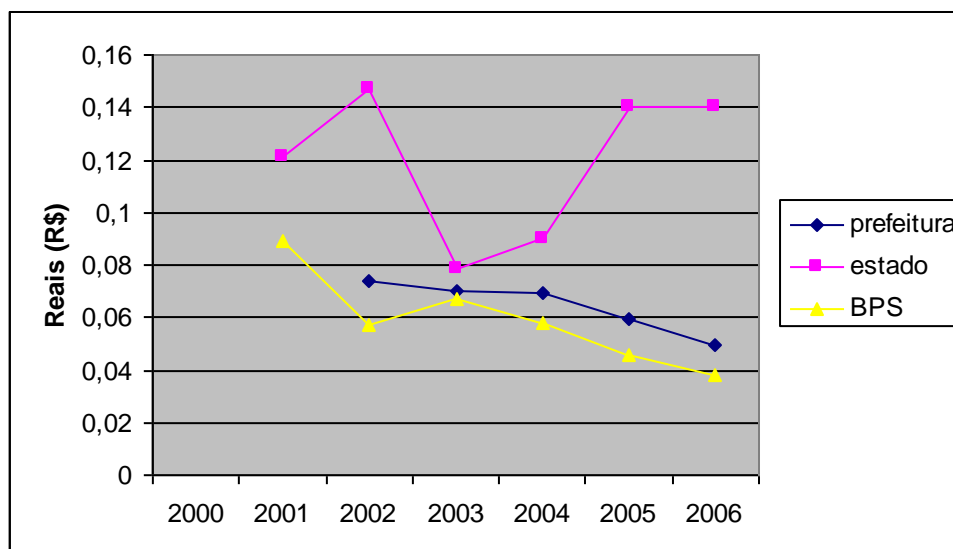
Em 2003, foram adquiridas 14.865.888 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0698, totalizando um gasto de R\$ 1.038.025,41. Os fornecedores foram três indústrias farmacêuticas.

No ano de 2004, uma única licitação contemplou uma indústria farmacêutica, que forneceu 24.918.349 unidades ao preço unitário de R\$ 0,069, totalizando um gasto de R\$ 1.719.366,00.

Em 2005, foram compradas 22.201.428 unidades ao preço médio unitário anual R\$ 0,0596, totalizando um gasto de R\$ 1.322.769,96. Neste ano foi aproveitada a última licitação do ano anterior, e o fornecedor foi uma indústria farmacêutica, sendo posteriormente realizada nova licitação, vencida por outra indústria farmacêutica.

No ano de 2006, foram compradas 24.322.589 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0498, totalizando um gasto de R\$ 1.211.778,92. Os fornecedores foram duas indústrias farmacêuticas, a pertencente à última licitação do ano anterior e a outra contemplada em nova licitação.

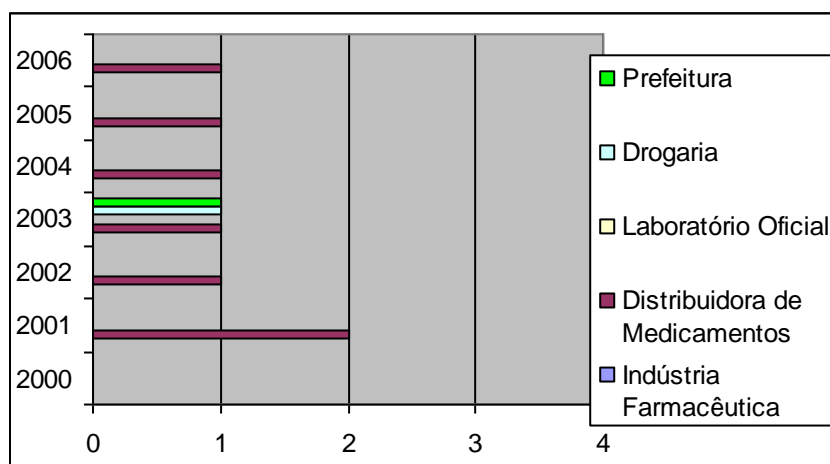
Os preços médios unitários anuais do BPS que foram utilizados no gráfico 21 são: 2000 – não registrou compra; 2001 – R\$ 0,0889; 2002 – R\$ 0,0569; 2003 – R\$ 0,0668; 2004 – R\$ 0,0578; 2005 – R\$ 0,0456; 2006 – R\$ 0,0384. A seguir, apresentamos os gráficos 22 e 23, relativos ao número de fornecedores do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro nos anos pesquisados.

Gráfico 21 – Comparação dos Preços de Metformina 850mg comprimido

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

De acordo com o gráfico 21, os preços praticados pelo Estado do Rio de Janeiro se comportaram de maneira muito instável, e mesmo quando confrontamos com o gráfico 22, abaixo, tornou-se complicado explicar tamanha flutuação. Em 2003, poderíamos explicar a queda no preço médio unitário pelo fornecimento de uma quantidade significativa pela prefeitura do Rio de Janeiro. Nos demais anos, a compra foi feita em distribuidoras de medicamentos, o que permite explicar por que os preços praticados por essas empresas estão mais altos que os praticados pelas indústrias farmacêuticas que forneceram para a prefeitura nos mesmos anos.

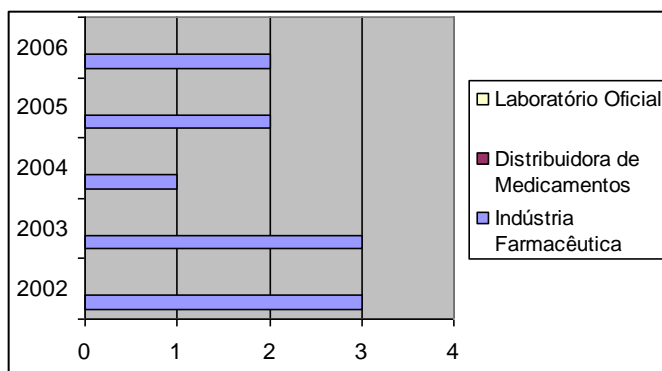
Gráfico 22 – Número de Fornecedores de Metformina 850mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Ainda conforme o gráfico 21, os preços da prefeitura se comportam com menos variações que os preços das demais fontes analisadas. Podemos observar que, em 2002, o preço da prefeitura (R\$ 0,0739) é aproximadamente 30% mais alto que o do BPS (R\$ 0,0569). Em 2003, o preço fica muito próximo ao BPS. A partir de 2004, inicia-se uma queda nos preços tanto da prefeitura, quanto do estado. O preço da prefeitura (R\$ 0,069) em 2004 ainda é 19% superior ao do BPS (R\$ 0,0578). Em 2005 e 2006, os preços da prefeitura encontram-se aproximadamente 30% superiores aos do BPS. Em relação ao gráfico 23, a seguir, observamos que em todos os anos pesquisados os fornecedores da prefeitura foram indústrias farmacêuticas.

Gráfico 23 – Número de Fornecedores de Metformina 850mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.2.3. O hipoglicemiante injetável: Insulina NPH 100U.I. frasco-ampola

A insulina NPH é um item que possui repasse direto do Ministério da Saúde, portanto as compras realizadas pela prefeitura e pelo estado são pequenas.

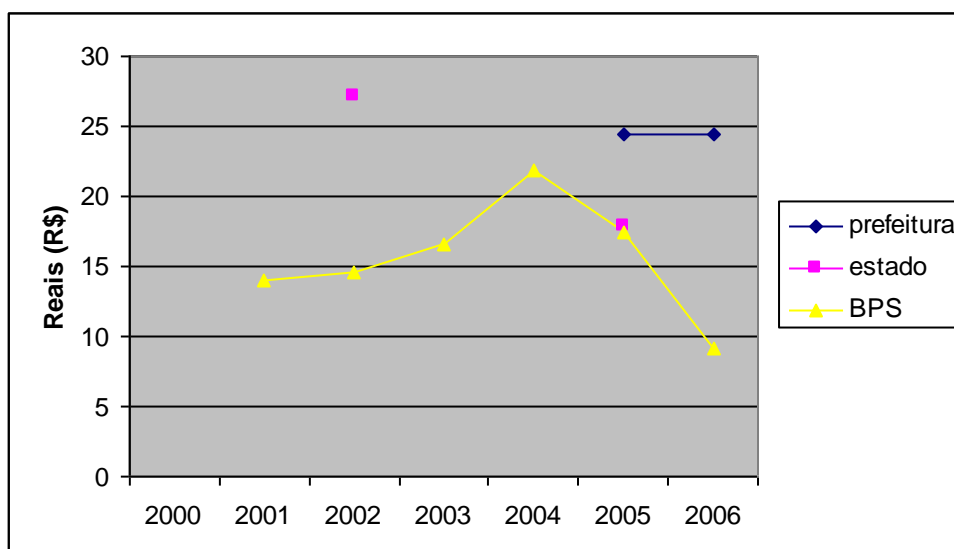
O Estado do Rio de Janeiro não registrou compras nos anos 2000, 2001, 2003, 2004, 2005 e 2006. Em 2002, foram compradas de uma distribuidora de medicamentos apenas 24 unidades ao preço unitário de R\$ 27,12, totalizando o custo de R\$ 650,88.

A prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2002 e 2004, não registrou compras. Em 2003 ocorreu licitação, mas não houve entrega. Em 2005, uma distribuidora de medicamentos ganhou a licitação e entregou 507 unidades ao preço unitário de R\$ 24,41, totalizando R\$ 12.375,87. Em 2006, a mesma distribuidora de medicamentos forneceu ao mesmo preço unitário o total de 1.424 unidades, com um gasto de R\$ 34.759,84.

A partir do banco de preços BPS, podemos calcular os seguintes preços médios unitários anuais: 2000 – não há registro; 2001 – R\$ 13,99; 2002 – R\$ 14,526; 2003 – R\$ 16,53; 2004 – R\$ 21,865; 2005 – R\$ 17,47; 2006 – R\$ 9,18.

A seguir apresentamos o gráfico 24, comparativo dos preços do estado, da prefeitura e do BPS ao longo dos anos, e também os gráficos 25 e 26, com os respectivos fornecedores nos anos pesquisados.

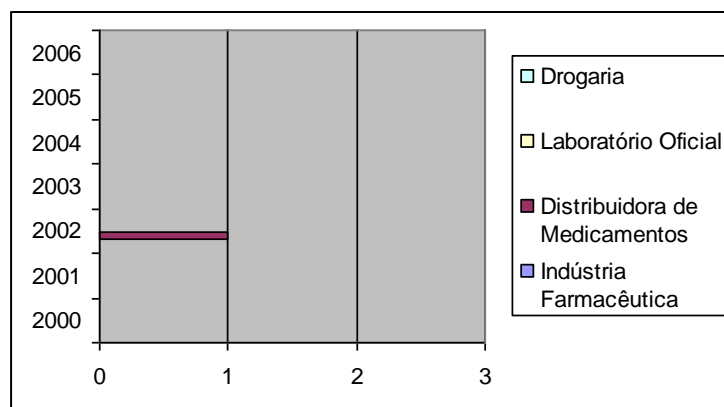
Gráfico 24 – Comparação dos Preços de Insulina 100U.I. frasco-ampola



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

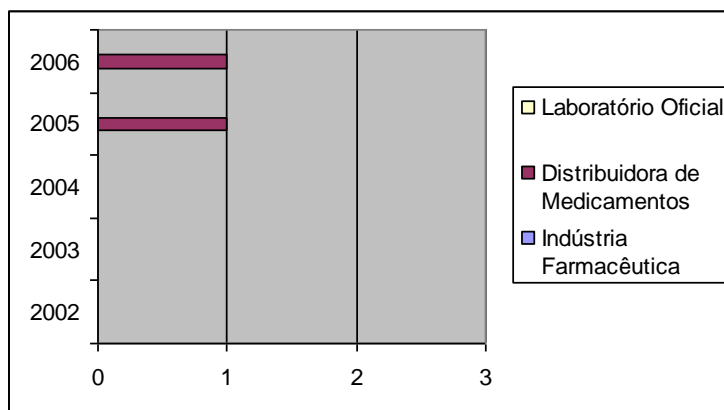
No gráfico 24, é possível observar que o BPS apresenta preços melhores que a prefeitura e o estado. A prefeitura aproxima-se do BPS em 2005 somente. É possível calcular que, em 2002, a diferença entre os preços do estado e do BPS foram de 86%. A prefeitura, por sua vez, comprou em 2005 e em 2006 a preços 39,7% e 165,9%, respectivamente, superiores ao BPS. Essa situação comprova que a compra de insulina pelo Ministério da Saúde permite uma barganha melhor nos preços.

Gráfico 25 – Número de Fornecedores de Insulina 100U.I. frasco-ampola para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 26 – Número de Fornecedores de Insulina 100U.I. frasco-ampola para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Conforme apontam os gráficos 25 e 26, a compra em ambas as instâncias foi realizada em distribuidoras de medicamentos. Logo, a compra direta nos fabricantes é uma situação inviável para o estado e para a prefeitura do Rio de Janeiro, visto que a quantidade comprada é muito pequena. Isto ainda dificulta a barganha por preços melhores.

Por fim, resumimos os gastos e o número de unidades compradas no anexo 4. Neste momento, cabe-nos salientar algumas questões a respeito do Programa Diabetes ao longo de todo o período pesquisado:

- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista do preço unitário, em ambas as instâncias de governo foi sem dúvida a insulina 100U.I. frasco-ampola. Conforme podemos constatar, a compra em pequena quantidade e através de distribuidoras de medicamentos custa muito caro aos cofres públicos.
- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista dos gastos anuais, foi, para o estado, a metformina 850mg comprimido, que consumiu R\$ 52.960,60 dos recursos no ano de 2006. Este mesmo item foi também para a prefeitura, consumindo R\$ 1.719.366,00 dos recursos no ano de 2004.
- Nos anos pesquisados, registramos que 2006 foi o ano mais dispendioso do ponto de vista de recursos para o estado. Para a prefeitura, o ano mais dispendioso foi 2004.

4.3. O Programa Asma e Rinite

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes aos itens distribuídos para o tratamento de asma e rinite: na classe terapêutica de antiinflamatório esteróide – beclometasona 250mg inalatório de uso oral frasco, beclometasona 50mcg spray inalatório de uso nasal frasco, prednisona 20mg comprimido e prednisona 5mg comprimido; na classe terapêutica de broncodilatador – salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope ou líquido frasco, salbutamol 100mcg

aerossol inalatório frasco e salbutamol 2mg comprimido. Para efeito de comparação, e conforme apresentado nos editais de licitação, foram utilizadas as unidades de comprimido e de frasco, independentemente da apresentação do fabricante. No caso do salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope ou líquido foram considerados frascos de 100ml ou 120ml, sem distinção, assim como nos editais não houve a diferenciação. No final desta seção, será feito um comparativo para o Programa Asma e Rinite como um todo, incluídos todos os seus itens.

4.3.1. Os Antiinflamatórios esteroidais: Beclometasona 250mg inalatório de uso oral frasco e beclometasona 50mcg spray inalatório de uso nasal frasco

Estes itens são freqüentemente repassados pelo Ministério da Saúde, portanto as compras da prefeitura e do Estado do Rio de Janeiro são pequenas e irregulares. Não houve dados suficientemente registrados. Sendo assim, estes dois itens foram excluídos da pesquisa.

4.3.2. O antiinflamatório esteróide: Prednisona 20mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro realizou, em 2000, duas licitações nas quais venceram duas indústrias farmacêuticas. Foram compradas 196.500 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0747, totalizando um gasto de R\$ 14.685,00.

Em 2001, foi realizada apenas uma licitação, que forneceu 320.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,0576 totalizando um gasto de R\$ 18.432,00. A empresa fornecedora foi o laboratório oficial de Farmanguinhos.

Em 2002, foi utilizada a mesma licitação do ano anterior. Foram adquiridas 180.000 unidades, com gasto total de R\$ 10.368,00.

No ano de 2003 não houve registro de compras de prednisona 20mg.

Em 2004, uma única licitação forneceu 101.750 unidades ao preço unitário de R\$ 0,132, totalizando R\$ 13.431,00 gastos. O fornecedor foi uma distribuidora de medicamentos.

No ano de 2005 foi realizada nova licitação, que contemplou uma distribuidora de medicamentos. Esta forneceu 120.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,16, totalizando o gasto de R\$ 19.200,00.

Finalmente, em 2006, a mesma licitação anterior forneceu 461.500 unidades, totalizando um gasto de R\$ 73.840,00.

A prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2002, adquiriu 731.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,06, totalizando um gasto de R\$ 43.860,00. A empresa vencedora da única licitação foi uma indústria farmacêutica.

Em 2003, foi utilizada inicialmente a licitação do ano anterior, fornecida pela mesma indústria farmacêutica e, posteriormente, uma nova licitação contemplou uma distribuidora de medicamentos. Foram compradas 1.708.411 unidades, pelo preço médio unitário anual de R\$ 0,0723, totalizando gasto de R\$ 123.469,32.

No ano de 2004, uma nova licitação foi feita, no entanto a mesma empresa anterior venceu. Foram compradas 875.714 unidades ao preço unitário de R\$ 0,12, totalizando R\$ 105.086,00.

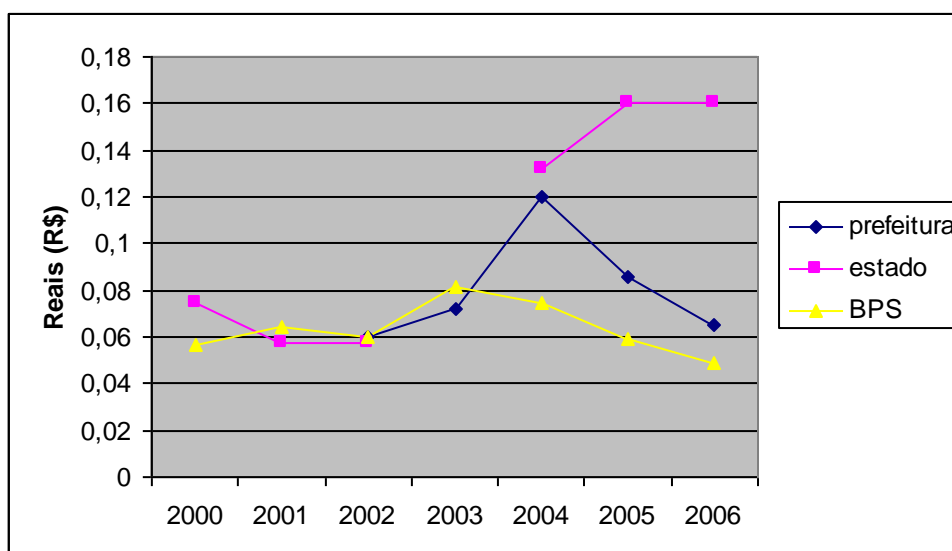
Em 2005, foram utilizadas a licitação do ano anterior e uma nova. Foram compradas 493.327 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,086, totalizando R\$ 42.462,64 gastos. A primeira empresa fornecedora foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior, e a segunda foi uma indústria farmacêutica.

Por fim, em 2006, foram compradas 1.347.060 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,065, totalizando um gasto de R\$ 87.742,48. A única empresa fornecedora foi a mesma indústria farmacêutica da licitação do ano anterior, sendo utilizadas a última licitação de 2005 e uma nova licitação, com preço modificado.

Os preços médios unitários anuais calculados a partir do BPS são: 2000 – R\$ 0,057; 2001 – R\$ 0,064; 2002 – R\$ 0,0597; 2003 – R\$ 0,0816; 2004 – R\$ 0,0745; 2005 – R\$ 0,059; 2006 – R\$ 0,0486.

A seguir apresentamos gráficos 27, 28 e 29, que serão úteis na comparação dos preços do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro ao longo do período estudado. Será utilizado o BPS como referência nacional.

Gráfico 27 – Comparação dos Preços de Prednisona 20mg comprimido

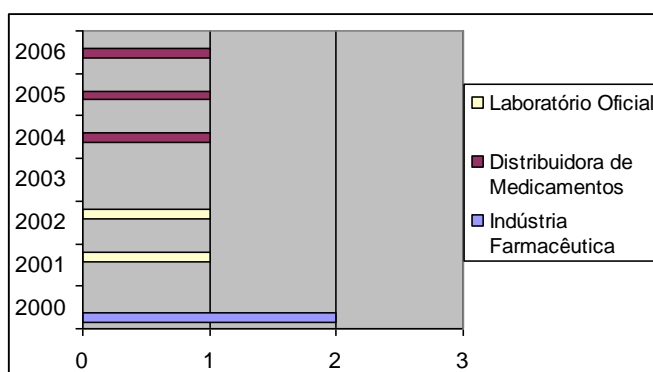


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 27 permite visualizar as inúmeras variações ocorridas ao longo do tempo nos preços das fontes pesquisadas. Em 2002, houve correspondência dos preços das três fontes pesquisadas.

No caso do estado, podemos ver que em 2000 este apresenta um preço 31% superior ao do BPS. Nos dois anos seguintes, 2001 e 2002, os preços ficaram muito próximos daqueles praticados no BPS. Esta situação poderia ser explicada observando-se o gráfico 28, que apresenta como fornecedores o laboratório oficial de Farmanguinhos em ambos os anos. Nos anos 2004, 2005 e 2006, os preços do estado se distanciaram muito e se tornaram cada vez mais altos. Conforme o gráfico 28, abaixo, os fornecedores nesses anos são distribuidores de medicamentos, que poderiam estar, de fato, praticando um preço mais caro.

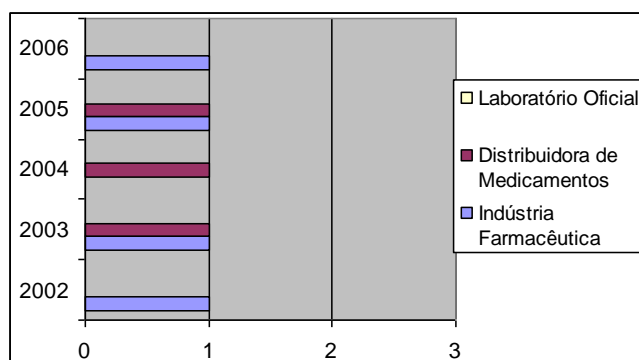
Gráfico 28 – Número de Fornecedores de Prednisona 20mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Em relação à prefeitura, o comportamento dos preços corresponde diretamente aos respectivos fornecedores. Como podemos comprovar, o gráfico 29 apresenta no ano de 2004, quando houve a maior alta do preço, uma distribuidora de medicamentos como fornecedora. Nos anos 2002 e 2006, os preços estão mais baixos, sendo os fornecedores duas indústrias farmacêuticas.

Gráfico 29 – Número de Fornecedores de Prednisona 20mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados

4.3.3. O antiinflamatório esteróide: Prednisona 5mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro não registrou compra centralizada de prednisona de 5mg em 2000. Em 2001, a compra foi realizada numa indústria farmacêutica e no laboratório oficial de Farmanguinhos. No total foram adquiridas 246.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0184. O total gasto foi de R\$ 4.533,00.

No ano seguinte, em 2002, a compra se deu da mesma forma, numa indústria farmacêutica e no laboratório oficial de Farmanguinhos. No total foram adquiridas 206.000 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,018, totalizando um gasto de R\$ 3.753,00.

No ano de 2003, o estado realizou pequenas compras características de emergência numa distribuidora de medicamentos. No total foram compradas apenas 720 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,095, custando R\$ 68,40 para o estado.

Em 2004, a compra foi realizada numa distribuidora de medicamentos, que forneceu 66.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,045, com gasto total de R\$ 2.992,50.

No ano de 2005, outra distribuidora de medicamentos forneceu 50.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,08, totalizando um gasto de R\$ 4.000,00.

Em 2006, o estado realizou a compra em duas distribuidoras diferentes, totalizando a compra de 215.200 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0993. O gasto total foi de R\$ 14.416,00.

A prefeitura do Rio de Janeiro, em 2002, adquiriu 821.384 unidades ao preço unitário de R\$ 0,02, totalizando um gasto de R\$ 16.428,00. A empresa fornecedora foi uma indústria farmacêutica.

Em 2003, valendo-se da licitação do ano anterior e a partir de uma nova licitação, a prefeitura comprou 1.289.660 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0313. O gasto total foi de R\$ 40.358,92 e as empresas fornecedoras foram a indústria farmacêutica do ano anterior e uma distribuidora de medicamentos.

No ano de 2004, foram adquiridas 866.524 unidades ao preço unitário de R\$ 0,06 e gasto total de R\$ 51.991,00. A única empresa fornecedora foi a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior.

Em 2005, foram realizadas duas novas licitações. A primeira contemplou a mesma distribuidora de medicamentos do ano anterior e a segunda, uma indústria farmacêutica. No total foram adquiridas 867.005 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0388, totalizando um gasto de R\$ 33.635,70.

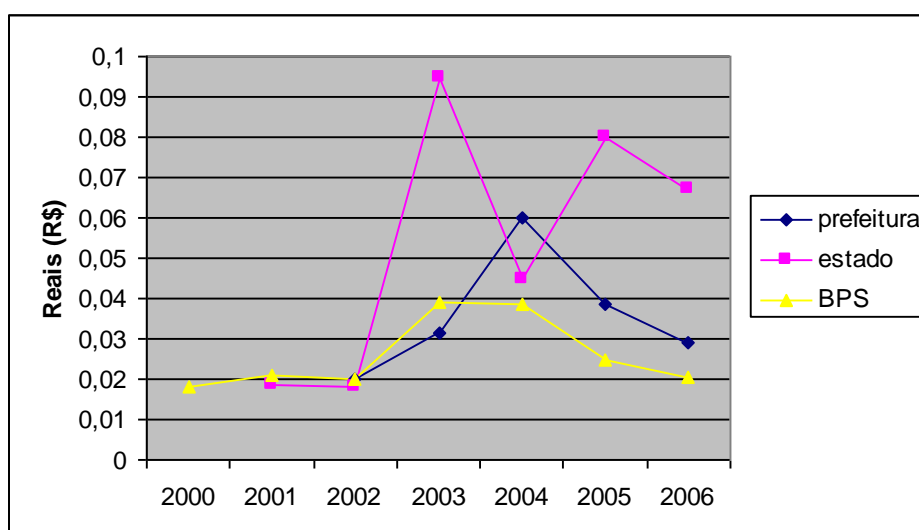
Em 2006, foram compradas 1.110.800 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0292, totalizando um gasto de R\$ 32.379,26. A empresa fornecedora foi a mesma indústria farmacêutica do ano anterior, mas nesse caso valeram a última licitação do anterior (em parte) e uma nova licitação.

A partir dos dados obtidos no Banco de Preços em Saúde (BPS), foi possível calcular a média ponderada dos preços de cada ano. São eles: 2000 – R\$ 0,018; 2001 – R\$ 0,0208; 2002 – R\$ 0,0199; 2003 – R\$ 0,0389; 2004 – R\$ 0,03869; 2005 – R\$ 0,0249; 2006 – R\$ 0,0203.

Com os dados obtidos, traçamos o gráfico 30, de comparação dos preços ao longo dos anos pesquisados. A seguir, também apresentamos os gráficos 31 e 32, contendo o número de fornecedores do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro ao longo do período.

O gráfico 30 mostra que ocorrem flutuações nos preços de todas as fontes, inclusive no BPS. Sendo assim, é necessário abordar cada fonte separadamente.

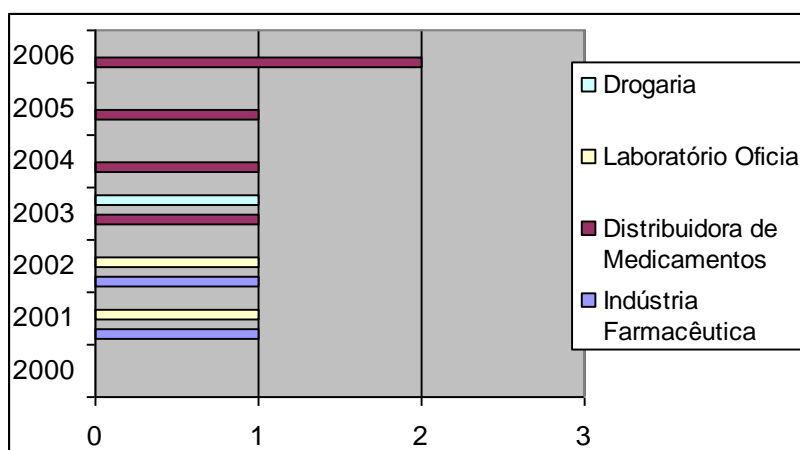
Gráfico 30 – Comparação dos Preços de Prednisona 5mg comprimido



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Os preços do estado, nos anos 2001 e 2002, são semelhantes àqueles praticados no BPS, o que pode ser explicado observando-se os respectivos fornecedores nesses anos. Segundo o gráfico 31 tratava-se, nos dois anos, de uma indústria farmacêutica e o laboratório oficial de Farmanguinhos. O ano de 2003 apresentou uma alta abrupta no preço, que pode ser explicada pelas compras emergenciais feitas em uma drogaria e um distribuidor. No ano de 2004, o preço aproximou-se do preço do BPS, embora o fornecedor tenha sido uma distribuidora de medicamentos. Em 2005, o preço voltou a subir e em 2006 caiu novamente. Nestes dois últimos anos fica claro que as distribuidoras de medicamentos podem praticar preços muito variáveis, dependendo da negociação feita com o fabricante.

Gráfico 31 – Número de Fornecedores de Prednisona 5mg comprimido para o Estado do Rio de Janeiro

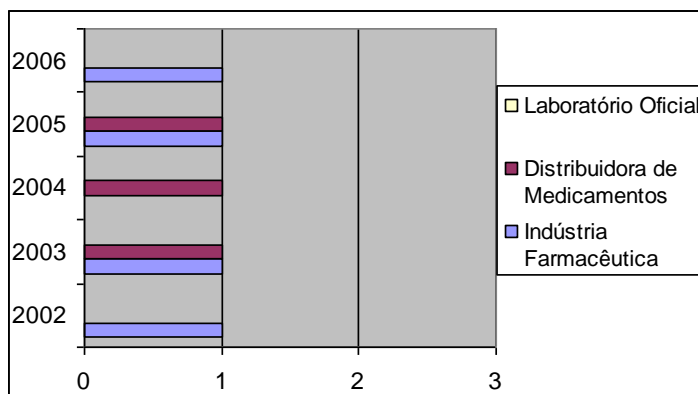


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Os preços da prednisona 5mg comprada pela prefeitura se comportaram de maneira semelhante à prednisona 20mg comprimido: quando os fornecedores são indústrias farmacêuticas (2002 e 2006), os preços são mais próximos do BPS;

quando o fornecedor é uma distribuidora de medicamentos (2004), o preço sobe bastante.

Gráfico 32 – Número de Fornecedores de Prednisona 5mg comprimido para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

4.3.4. O broncodilatador: Salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope ou líquido frasco

O Estado do Rio de Janeiro não registrou a compra centralizada deste item no período estudado.

A prefeitura do Rio de Janeiro realizou duas licitações em 2002, nas quais foram vencedoras uma distribuidora de medicamentos e uma indústria farmacêutica. Foram adquiridas 327.185 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,49396, totalizando um gasto de R\$ 161.615,63.

Em 2003, valendo-se da última licitação do ano anterior e de uma nova, a mesma indústria farmacêutica forneceu 200.955 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,5076, totalizando o gasto de R\$ 102.011,07.

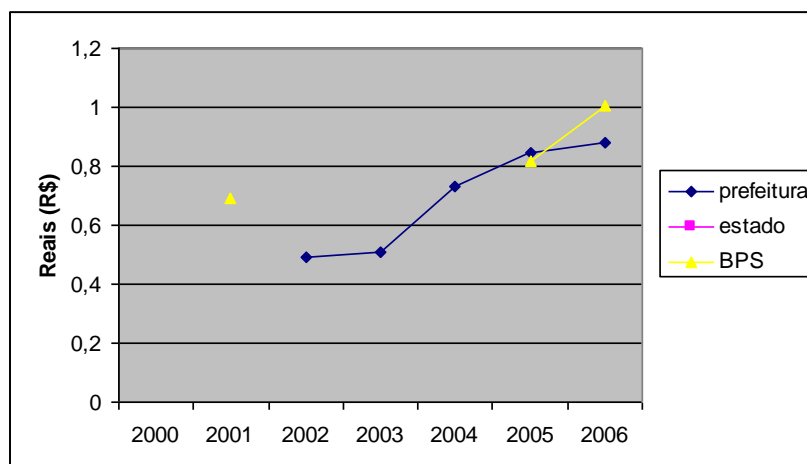
No ano de 2004, a prefeitura recebeu da mesma indústria farmacêutica a quantidade de 128.794 unidades ao preço unitário de R\$ 0,73. Dessa forma, a prefeitura realizou um gasto total de R\$ 94.019,62 no tocante a este item.

Em 2005, foram adquiridas 167.128 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,8474, totalizando um gasto de R\$ 141.621,10 neste item. As empresas fornecedoras foram duas indústrias farmacêuticas.

E em 2006, a prefeitura recebeu o total de 131.800 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,8783, totalizando um gasto de R\$ 115.754,75. Os fornecedores foram: uma indústria farmacêutica e uma distribuidora.

No banco de preços em saúde, obtivemos os dados necessários para realizar o cálculo do preço médio unitário anual que nos servirá de referência para a construção do gráfico de comparação de preços. Os valores do BPS são: 2000, 2002, 2003 e 2004 – não registraram compras; 2001 – R\$ 0,69; 2005 – R\$ 0,82; 2006 – R\$ 1,003. A seguir apresentamos o gráfico 33, de comparação dos preços, e o gráfico 34, referente aos fornecedores da prefeitura do Rio de Janeiro.

Gráfico 33 – Comparação dos Preços de Salbutamol 2mg/5ml xarope ou líquido frasco

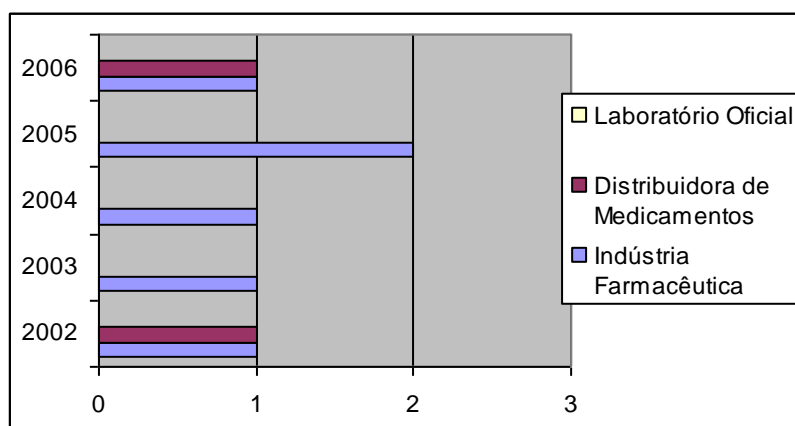


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Conforme podemos ver no gráfico 33, existe a limitação de compararmos os dados da prefeitura com qualquer outro, visto que o estado não comprou e o BPS não registrou em todos os anos.

No entanto, é possível assinalar que os preços da prefeitura acompanharam os preços do mercado atacado nacional: houve aumento no preço unitário ao longo do tempo, assim como no BPS. Cabe ainda ressaltar que o preço do BPS no ano de 2006 foi consideravelmente maior que o preço pago pela prefeitura: o preço do BPS é 14% maior.

Gráfico 34 – Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg/5ml xarope ou líquido frasco para a prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

No gráfico 34, é possível ver a predominância de fornecedores diretos (indústrias farmacêuticas) nas compras da prefeitura, o que pode ser um elemento explicativo quanto aos preços competitivos envolvidos.

4.3.5. O broncodilatador: Salbutamol 100mcg aerosol inalatório frasco

O Estado do Rio de Janeiro, ao longo do período pesquisado, fez pequenas compras emergenciais e irregulares. Nos anos de 2000, 2001, 2004, 2005 e 2006 não houve registro de compras centralizadas.

Em 2002, o estado comprou 41 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 14,166. O gasto de R\$ 580,82 foi realizado em uma distribuidora de medicamentos e uma drogaria.

No ano de 2003, foram adquiridas 26 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 18,677, ao custo total de R\$ 485,62. As compras foram realizadas em uma distribuidora de medicamentos e em uma drogaria.

A prefeitura do Rio de Janeiro realizou em 2002 a compra de 8.674 unidades ao preço unitário de R\$ 7,03, totalizando o gasto de R\$ 60.978,22. A empresa vencedora da licitação foi uma indústria farmacêutica.

Em 2003, a mesma indústria farmacêutica, através da última licitação, e uma distribuidora de medicamentos, através de uma nova licitação, forneceram 7.637 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 9,2949, totalizando o gasto de R\$ 70.985,31.

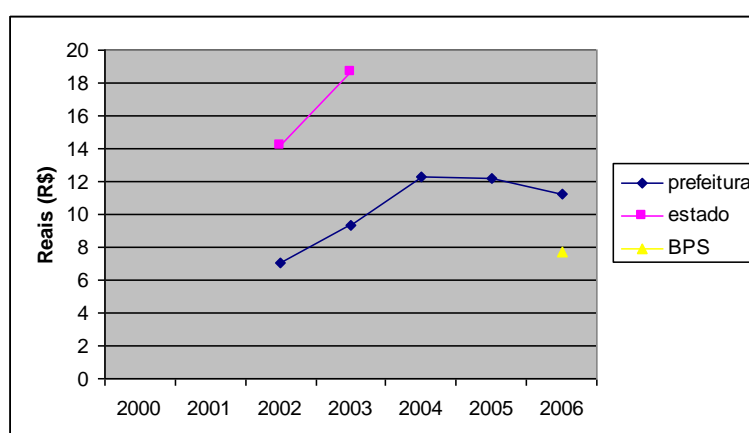
No ano de 2004, valendo-se da última licitação do ano anterior, a mesma distribuidora de medicamentos entregou 8.565 unidades ao preço unitário de R\$ 12,24, totalizando um gasto de R\$ 104.835,60.

Em 2005, uma nova licitação foi realizada, contemplando uma indústria farmacêutica. A quantidade comprada foi de 4.410 unidades ao preço unitário de R\$ 12,20, totalizando um gasto de R\$ 53.802,00.

Em 2006, a mesma indústria farmacêutica do ano anterior e uma distribuidora de medicamentos (nova licitação) forneceram 9.363 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 11,27. O gasto neste item foi R\$ 105.525,15.

Por fim, ao consultar BPS, foi possível calcular o preço médio unitário anual em nível nacional, no entanto só no ano de 2006 foi registrada compra. O preço médio unitário neste ano foi R\$ 7,69. Com o objetivo de comparar os preços obtidos nessa pesquisa foi construído o gráfico 35, abaixo.

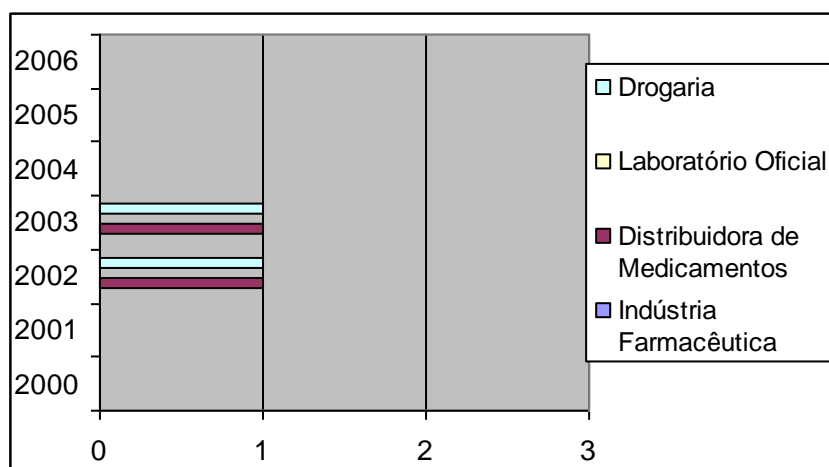
Gráfico 35 – Comparação dos Preços de Salbutamol 100mcg aerossol inalatório frasco



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

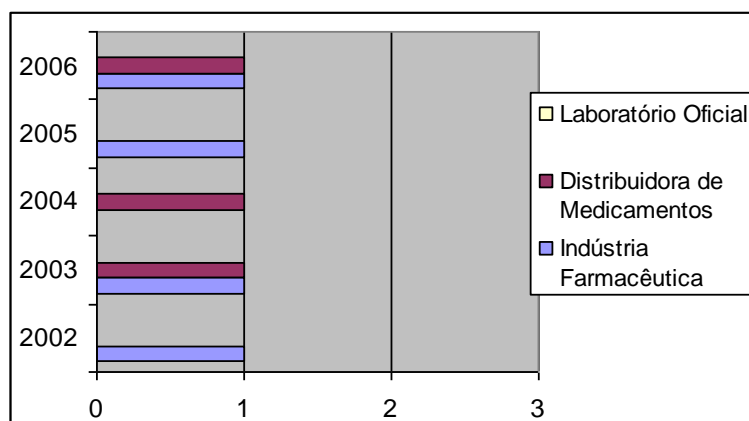
Conforme podemos ver no gráfico 35, não é possível correlacionar as diferentes fontes de preços. Cada fonte se encontra num patamar diferente da outra. É possível apenas constatar que o estado compra o salbutamol aerossol com os preços mais altos, muito distantes do preço de referência do BPS. A prefeitura, por sua vez, também não consegue preços tão competitivos quanto o BPS. Somente em 2006, a prefeitura pagou 46% a mais que o BPS por um frasco de salbutamol aerossol.

Gráfico 36 – Número de Fornecedores de Salbutamol 100mcg aerossol inalatório frasco para o Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 37 – Número de Fornecedores de Salbutamol 100mcg aerossol inalatório frasco para a Prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Os gráficos 36 e 37 apontam algumas diferenças entre o estado e a prefeitura, que se repetem em vários itens anteriores: as compras do estado estão ocorrendo predominantemente em distribuidoras e até drogarias, que apresentam o preço mais caro. Por outro lado, a prefeitura apresenta fornecedores predominantemente diretos (indústrias farmacêuticas).

4.3.6. O broncodilatador: Salbutamol 2mg comprimido

O Estado do Rio de Janeiro, em 2000, realizou uma licitação na qual o laboratório oficial da Marinha venceu. Foram vendidas 232.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,1. O valor total gasto foi de R\$ 23.200,00.

No ano de 2001, uma nova licitação contemplou uma indústria farmacêutica, com a venda de 101.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,01. O gasto total foi de R\$ 1.010,00.

Em 2002, a mesma licitação do ano anterior foi utilizada para a compra de 150.500 unidades, totalizando um gasto de R\$ 1.505,00.

No ano de 2003, nova licitação foi realizada, na qual venceu uma distribuidora de medicamentos, com a venda de apenas 2.500 unidades ao preço unitário de R\$ 0,06, totalizando um gasto de R\$ 150,00.

Em 2004, uma outra distribuidora de medicamentos venceu a licitação. A venda total foi de 97.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,023, totalizando um gasto de R\$ 2.231,00.

No ano de 2005 não houve registro de compras centrais para salbutamol comprimido.

Por fim, em 2006, uma nova licitação contemplou uma distribuidora de medicamentos, que vendeu 50.000 unidades ao preço unitário de R\$ 0,03. O valor total gasto foi de R\$ 1.500,00.

A prefeitura do Rio de Janeiro realizou, em 2002, duas licitações para a compra deste item. O laboratório oficial da Marinha e uma indústria farmacêutica

forneceram juntos, 245.500 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0099. O gasto total neste item foi de R\$ 2.425,00.

Em 2003, fez-se inicialmente a compra pela última licitação do ano anterior e, posteriormente, nova licitação foi realizada. A quantidade comprada foi de 1.312.800 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0109, totalizando o gasto de R\$ 14.328,96. Os fornecedores foram a indústria farmacêutica do ano anterior e uma distribuidora de medicamentos.

No ano de 2004, as compras foram realizadas utilizando a última licitação e uma nova. Os fornecedores foram uma distribuidora de medicamentos e uma indústria farmacêutica. Foram compradas 317.600 unidades ao preço médio unitário anual de R\$ 0,0564. O gasto total foi de R\$ 17.926,08.

Em 2005, foi realizada licitação na qual venceu uma distribuidora de medicamentos. Foram fornecidas 347.652 unidades ao preço unitário de R\$ 0,025. O gasto total foi de R\$ 8.691,30.

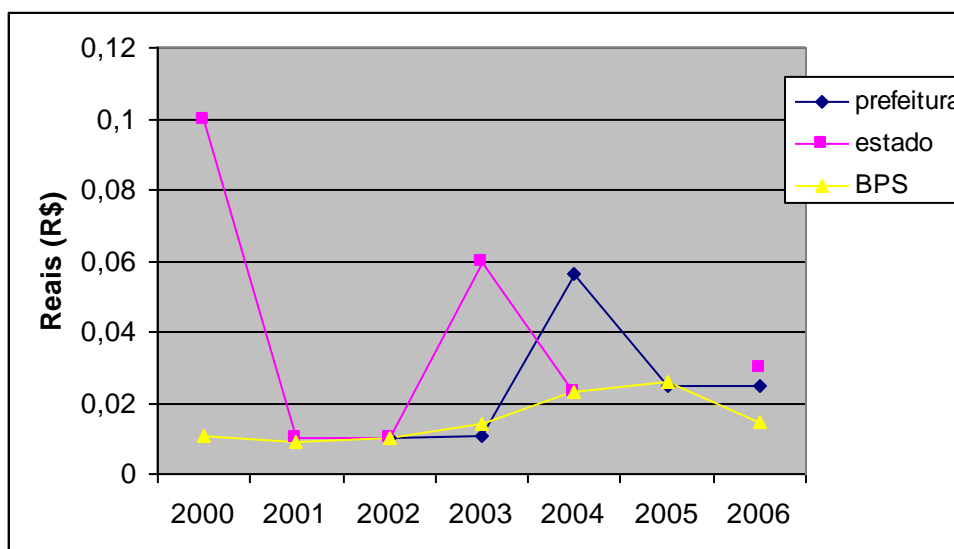
Por fim, em 2006, a prefeitura utilizou a licitação do ano anterior. Comprou 362.500 unidades, totalizando o gasto de R\$ 9.062,50.

Com o objetivo de comparar os preços obtidos na prefeitura e no Estado do Rio de Janeiro, foi pesquisado o BPS, a fim de estabelecer o preço médio unitário anual em nível nacional. Sendo assim, com os dados obtidos foi possível calcular, através da média ponderada, os valores de referência do BPS. São eles: 2000 – R\$ 0,0105; 2001 – R\$ 0,009; 2002 – R\$ 0,0104; 2003 – R\$ 0,014; 2004 – R\$ 0,023; 2005 – R\$ 0,026; 2006 – R\$ 0,0147.

O gráfico 38, a seguir, apresenta a comparação dos preços das diversas fontes ao longo do período estudado. Posteriormente, ainda apresentamos os

gráficos 39 e 40, correspondentes ao número de fornecedores do estado e da prefeitura do Rio de Janeiro.

Gráfico 38 – Comparação dos Preços de Salbutamol 2mg comprimido



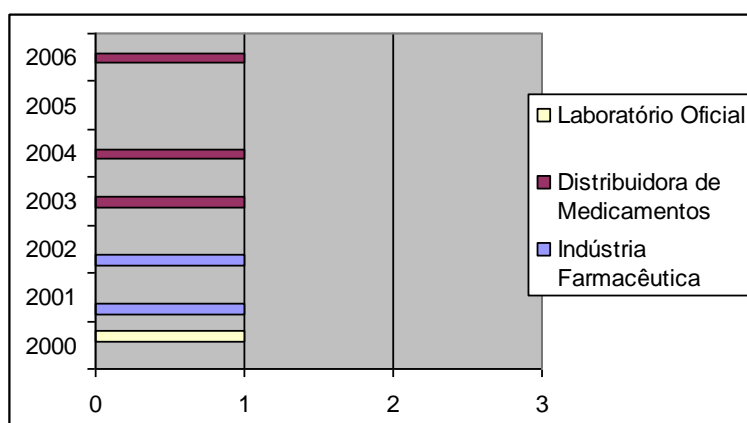
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 38 permite visualizar o comportamento estável da linha dos preços do BPS, com apenas uma ligeira alta no ano de 2005. O estado aparece com altas expressivas nos anos 2000 e 2003. Nos outros anos (2001, 2002, 2004 e 2006), o preço está mais próximo das outras fontes. É interessante observar que, quando o estado teoricamente economizaria mais, ou seja, comprando de um laboratório oficial, no caso, o da Marinha (em 2000), ele pagou mais caro pelo comprimido. Em 2003, a distribuidora de medicamentos apresentou um preço unitário mais caro.

Em relação aos preços da prefeitura, estes se aproximam consideravelmente dos preços do BPS, com exceção dos anos 2004 e 2006. Na realidade, as duas situações precisam ser analisadas separadamente. Em 2004, realmente a prefeitura pagou quase duas vezes e meia o preço do BPS, ou melhor, o preço da prefeitura é

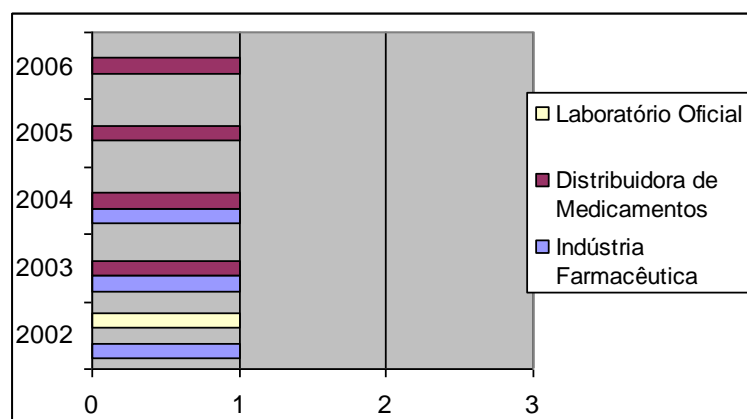
145% mais caro que o do BPS. No entanto, em 2006, comparando-se com 2005, o preço do comprimido de salbutamol do BPS caiu, enquanto o da prefeitura se manteve estável. A queda de R\$ 0,0113 representou 43% a menos em relação ao ano anterior (2005).

Gráfico 39 – Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg comprimido para o estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Gráfico 40 – Número de Fornecedores de Salbutamol 2mg comprimido para a prefeitura do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados

A partir dos gráficos 39 e 40, é possível observar que o estado apresentou um fornecedor por ano, havendo em 2000, como afirmamos antes, uma compra cara no laboratório oficial da Marinha. Este novamente contraria as expectativas de ter preços menores, por ser um laboratório oficial. É possível ainda que as compras diretas realizadas em 2001 e 2002 tenham proporcionado o preço competitivo e semelhante ao BPS.

A prefeitura costuma diversificar seus fornecedores num mesmo ano. Isso é devido ao início e término das licitações, que com frequência têm começado no meio do ano e terminado 12 meses depois, logo no meio do ano seguinte. Outra questão a ser observada é que, diferentemente da maioria dos itens estudados, a prefeitura comprou mais nos fornecedores indiretos, ou seja, em distribuidoras de medicamentos, mas ainda assim conseguiu preços competitivos.

Por fim, o resumo dos gastos e do número de unidades compradas neste programa se encontra no anexo 5. Cabe-nos destacar algumas questões a respeito do Programa Asma e Rinite ao longo de todo o período pesquisado:

- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista do preço unitário, em ambas as instâncias de governo, foi sem dúvida o Salbutamol 100mcg aerossol inalatório frasco. Conforme podemos constatar, a compra em pequena quantidade, esporádica e prevalentemente através de distribuidoras de medicamentos e drogarias, custa caro. Vale ressaltar ainda que este item é a conhecida “bombinha” dos asmáticos, portanto no seu preço está incluída a tecnologia da liberação das doses.

- O item mais dispendioso para o programa, do ponto de vista dos gastos anuais, foi, para a prefeitura, o Salbutamol 2mg/5ml xarope ou líquido frasco, que consumiu R\$ 161.615,63 dos recursos no ano de 2002. Para o estado, o item mais dispendioso foi a prednisona 20mg comprimido, que em 2006 consumiu R\$ 73.840,00 dos recursos.
- Nos anos pesquisados, registramos que 2004 foi o mais dispendioso do ponto de vista de recursos para a prefeitura. Para o estado, o ano mais dispendioso foi 2006.

Capítulo 5 – AS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA REALIZADA

Discutiremos neste capítulo as questões que mais chamaram atenção na descrição dos resultados. Nossa análise se dará a partir da comparação dos preços unitários praticados no atacado com os preços médios unitários do varejo, calculados a partir da *Revista ABCFARMA*.

No Programa Hipertensão, o medicamento metildopa 250mg comprimido, conforme apresentamos acima, teve preço médio unitário anual mais caro nos anos de 2005 e 2006, quando correspondia a R\$ 0,28. Ao compararmos com o preço médio do varejo, que nestes anos correspondeu a R\$ 0,4492 e R\$ 0,4623, respectivamente, observamos que o Estado do Rio de Janeiro, mesmo tendo pago muito acima da prefeitura e do BPS, ainda pagou mais barato que o preço médio do varejo.

O medicamento captopril 25mg comprimido teve preço médio unitário anual mais alto no ano de 2002, quando o Estado do Rio de Janeiro pagou R\$ 0,0356 por unidade. O preço médio do varejo neste mesmo ano foi de R\$ 0,3265, ou seja, quase dez vezes maior que o preço pago pelo estado. Vale ainda ressaltar que o preço praticado pelo laboratório oficial da Marinha (R\$ 0,05) no ano de 2002 é alto, pois se iguala aos preços praticados por algumas distribuidoras de medicamentos.

O medicamento propranolol 40mg comprimido apresentou o preço médio unitário anual mais caro em 2003, quando o Estado do Rio de Janeiro pagou R\$

0,0486 por unidade. Esse preço mesmo alto, quando comparado à prefeitura e ao BPS, se encontra pela metade do preço médio do varejo, que neste mesmo ano era de R\$ 0,0895.

O medicamento hidroclorotiazida 25mg comprimido comprado pelo Estado do Rio de Janeiro apresentou nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004 um preço muito acima dos praticados pelos outros entes pesquisados, mas foi em 2006 que o preço médio unitário anual (R\$ 0,0873) chegou muito próximo do preço médio do varejo (R\$ 0,1117).

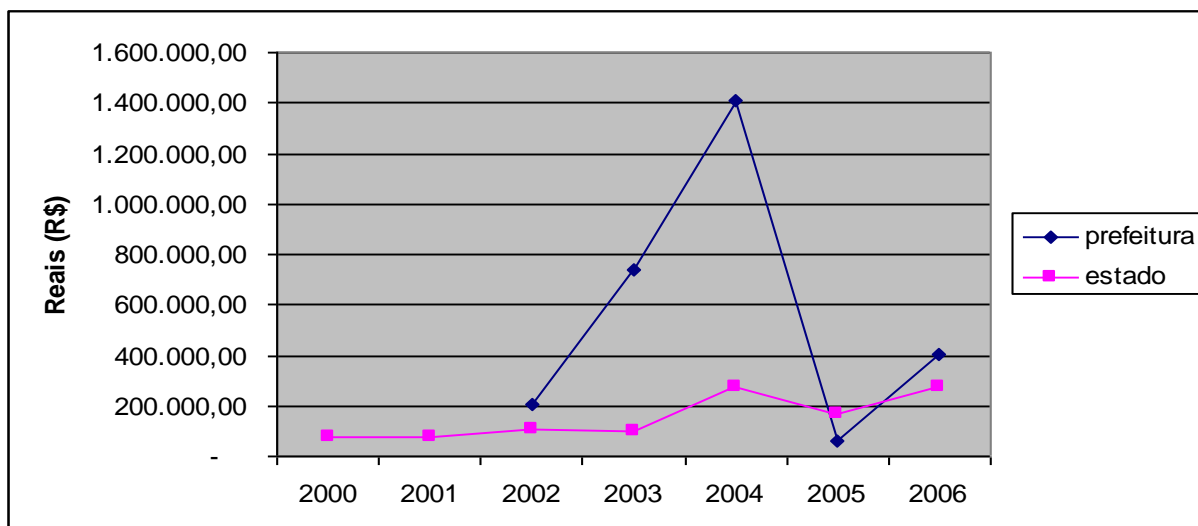
O medicamento digoxina 0,25mg comprimido teve preço médio unitário anual mais alto no ano de 2004, quando o Estado do Rio de Janeiro pagou R\$ 0,059 por unidade. No entanto, este valor ainda se encontra muito abaixo do preço médio do varejo (R\$ 0,1674) no mesmo ano.

No Programa Hipertensão podemos observar, ainda, que o Estado do Rio de Janeiro comprou em 30 distribuidoras de medicamentos, 9 indústrias farmacêuticas, 3 laboratórios oficiais e 4 drogarias durante o período pesquisado. A Prefeitura do Rio de Janeiro comprou no total de 17 distribuidoras de medicamentos e 12 indústrias farmacêuticas ao longo do período pesquisado. Além disso, em todas as compras, a prefeitura apresentou preços melhores que o estado. Isto nos aponta que, embora ambas as gerências comprem bem quando os valores são comparados ao preço médio do varejo, a prefeitura apresenta maior concorrência de fornecedores, o que lhe propiciou preços mais baixos.

O resumo, no anexo 3, nos permitiu observar a variabilidade dos investimentos no Programa Hipertensão ao longo do período pesquisado. Os

gráficos 41, 42 e 43, a seguir, apresentam os valores gastos e as quantidades adquiridas a cada ano.

Gráfico 41 – Valores Gastos no Programa Hipertensão (2000-2006)

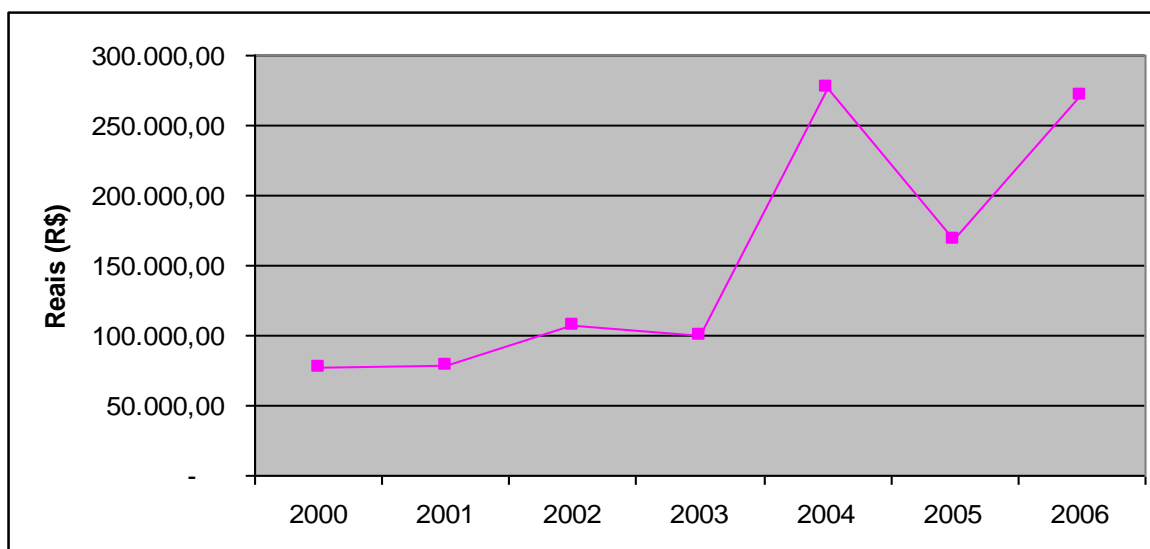


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Uma análise isolada do gráfico 41 nos revela que o Programa Hipertensão não tem sido financiado de maneira constante pelos poderes públicos estudados. Fica evidente que o financiamento realizado pela prefeitura não respeitou um critério de gastos mínimos; no entanto, uma análise mais detalhada a respeito do financiamento é necessária para qualquer resposta conclusiva.

E dada a dificuldade de avaliação do comportamento do estado no gráfico acima, dispomos a seguir o gráfico 42, onde a variabilidade do estado se apresenta ampliada.

Gráfico 42 – Valores Gastos pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Hipertensão (2000-2006)

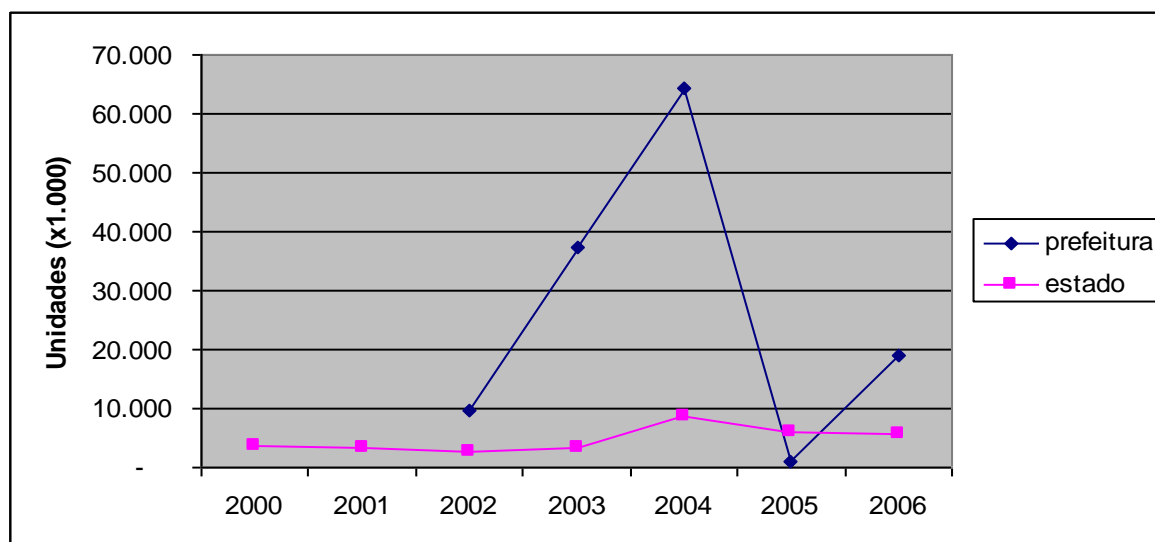


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando o gráfico 42, confirmamos a hipótese mencionada acima, de que nem mesmo o Estado do Rio de Janeiro financia de forma constante o Programa Hipertensão, ocorrendo assim grande variabilidade, com exceção do quadriênio 2000-2003, dos recursos investidos ao longo do período pesquisado.

Ambos os gráficos contradizem toda a argumentação discutida nesta dissertação, quanto ao planejamento de compras de medicamentos padronizados para este programa de assistência farmacêutica básica. Uma hipótese a ser aprofundada em pesquisas e debates é que não existem quaisquer quantitativos previamente acordados para as compras anuais.

Gráfico 43 – Número de Unidades Adquiridas no Programa Hipertensão (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Os gráficos 41 e 43, quando analisados em conjunto, revelam a correlação existente entre o número de unidades adquiridas e os valores gastos em cada um dos anos pesquisados. Isto nos permite afirmar que não houve, no Programa Hipertensão como um todo, prejuízo com os preços unitários praticados.

No tocante ao Programa Diabetes, o item que mais chamou atenção foi a glibenclamida 5mg comprimido, que a prefeitura comprou nos três anos (2002, 2003 e 2004) em indústrias farmacêuticas, mas pagou mais caro que o preço médio do varejo. O preço da prefeitura oscilou entre R\$ 0,97-0,98, enquanto o preço médio do varejo foi no mesmo período R\$ 0,1112-0,1351 – ou seja, o preço da prefeitura foi quase oito vezes o valor do varejo.

Esta situação, já descartada a possibilidade de erro na consulta aos dados, requer uma pesquisa mais detalhada e até um questionamento junto à prefeitura, quanto ao motivo de esse preço ter sido registrado nas respectivas atas de registro de preço. Nesse caso, mesmo que a prefeitura tenha errado na digitação do preço, o fornecedor pode, em princípio, exigir o pagamento do que consta em ata.

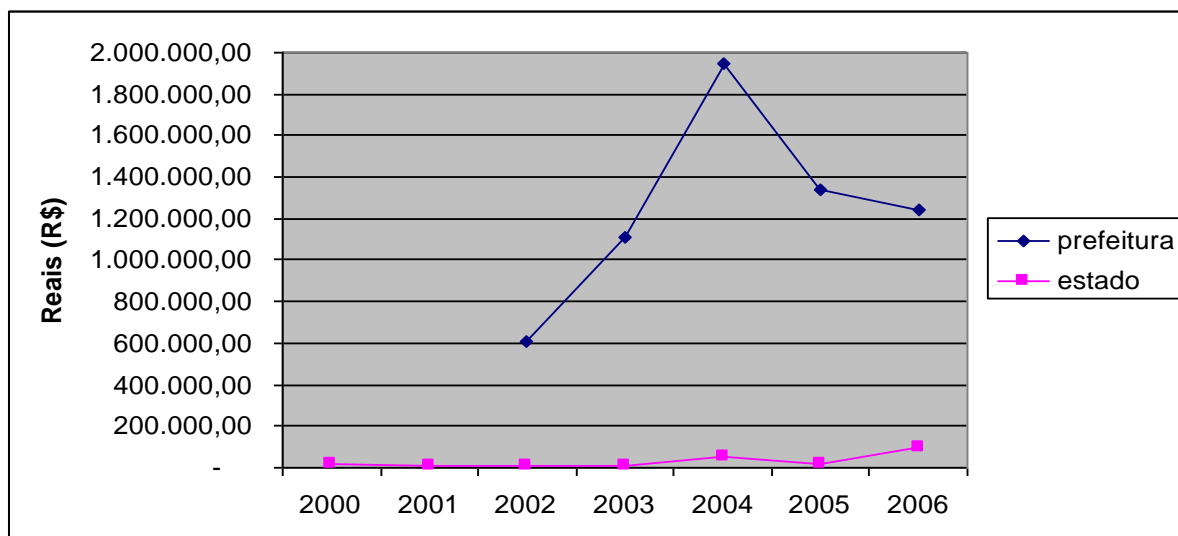
Quanto aos outros itens, a metformina 850mg comprimido, mesmo tendo como preço médio unitário anual mais alto em 2002, quando o Estado do Rio de Janeiro pagou R\$ 0,147 por unidade, ainda obteve vantagem ao preço médio do varejo, que foi R\$ 0,2315.

A insulina NPH 100UI frasco ampola foi pouco comprada pelos entes pesquisados, mas em 2002 o valor mais alto (R\$ 27,12) pago pelo Estado do Rio de Janeiro foi superior ao preço médio do varejo (R\$ 22,1067).

Ainda é possível observar que, no Programa Diabetes, o Estado do Rio de Janeiro comprou em 11 distribuidoras de medicamentos, cinco indústrias farmacêuticas, um laboratório oficial e duas drogarias. Enquanto isso, a prefeitura do Rio de Janeiro comprou em duas distribuidoras de medicamentos e 15 indústrias farmacêuticas.

O resumo, no anexo 4, nos permitiu observar a variabilidade dos investimentos no Programa Diabetes ao longo do período pesquisado. Os gráficos 44, 45 e 46, a seguir, apresentam os valores gastos e as quantidades adquiridas a cada ano.

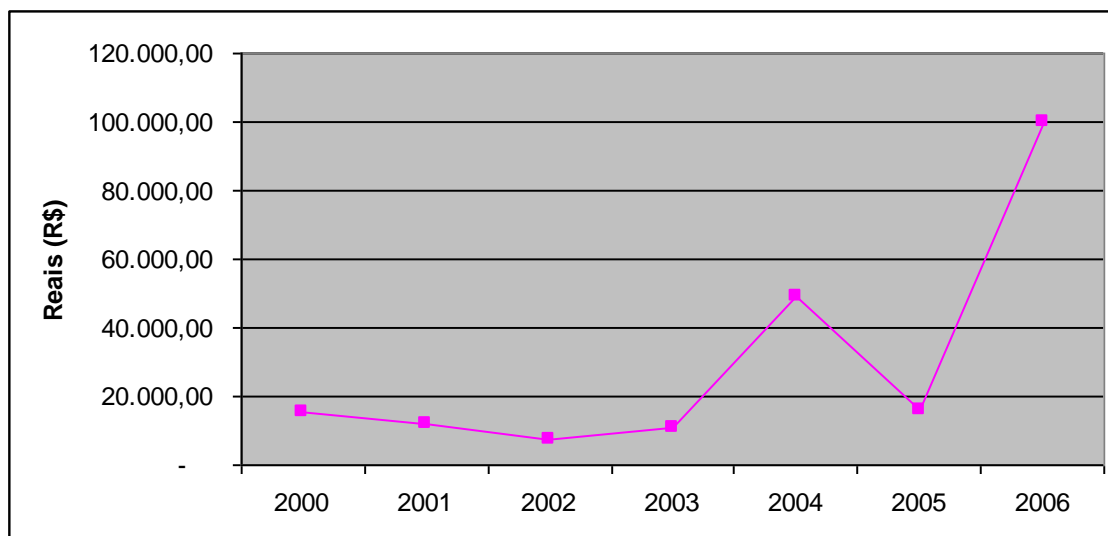
Gráfico 44 – Valores Gastos no Programa Diabetes (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando-se o gráfico 44, podemos revelar que, assim como os achados em relação ao Programa Hipertensão, a mesma situação se repete com o Programa Diabetes. A prefeitura do Rio de Janeiro não realizou o financiamento de maneira constante do programa ao longo do período pesquisado. Quanto ao estado, este gráfico não permite uma boa visualização. A seguir, no gráfico 45, apresentamos o estado isoladamente.

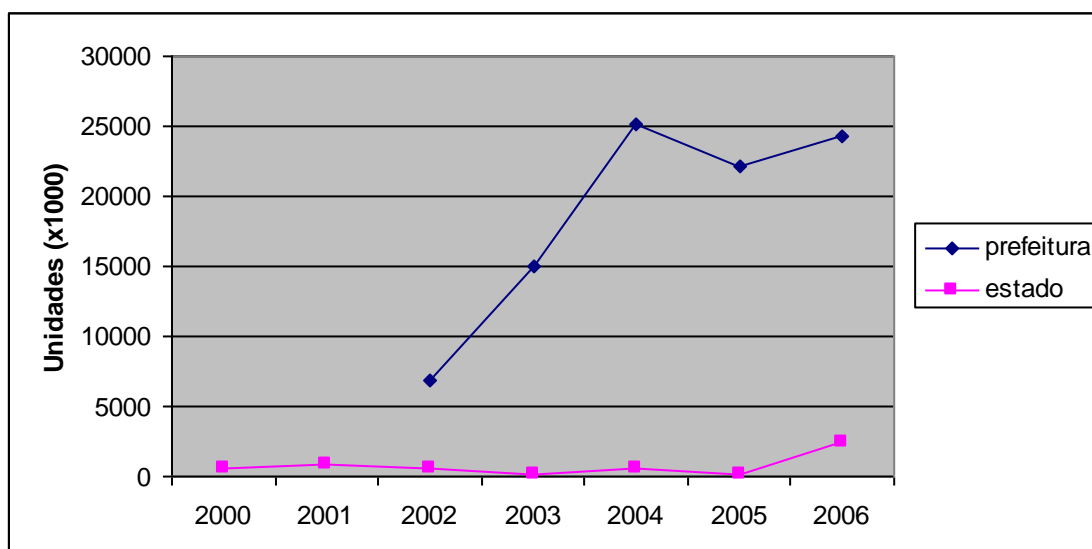
Gráfico 45 – Valores Gastos pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Diabetes (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 45 identifica no quadriênio 2000-2003 uma pequena redução dos valores gastos, mas, no geral, este período apresenta alguma constância de gastos. Em seguida, quando observamos os anos seguintes, não detectamos qualquer motivo que justifique tanta variação nos gastos do programa. Novamente, questionamos a existência do planejamento de compras anual.

Gráfico 46 – Número de Unidades Adquiridas no Programa Diabetes (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando os gráficos 44 e 46 em conjunto, identificamos a correlação existente entre os valores gastos e o número de unidades adquiridas no Programa Diabetes. Existe uma pequena variação na prefeitura nos anos 2005 e 2006, quando o número de unidades se mostra ligeiramente superior ao que, em princípio, era esperado. É possível que isto tenha sido consequência do problema ocorrido com o item glibenclamida, que a prefeitura do Rio de Janeiro comprou a um preço alto nos anos anteriores (2002, 2003 e 2004). A predominância de correlação existente entre os valores gastos e o número de unidades adquiridas revela que também no Programa Diabetes não houve prejuízo com os preços unitários praticados.

No Programa Asma e Rinite, dois itens chamam atenção quanto aos preços médios unitários anuais praticados: salbutamol 100mcg aerosol inalatório e salbutamol 2mg comprimido.

No caso do salbutamol aerossol, os preços mais caros pagos no período pesquisado foram em 2002 (R\$ 14,166) e em 2003 (R\$ 18,677). Estes valores são, respectivamente, próximo em 2002 e mais alto em 2003, que os preços médios do varejo: 2002 - R\$ 14,315 e 2003 - R\$ 16,23.

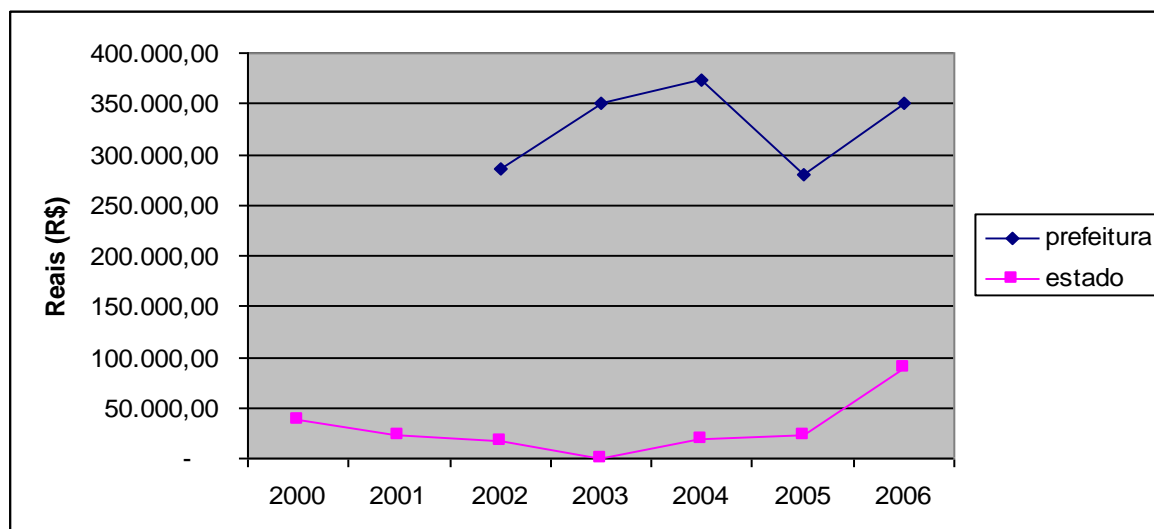
Quanto ao salbutamol comprimido, o preço praticado (R\$ 0,10) pelo laboratório oficial da Marinha em 2000, foi superior ao preço médio do varejo (R\$ 0,0806). Mais uma vez, nos surpreendemos com o preço alto praticado pelo laboratório da Marinha.

Os outros itens, mesmo nos preços médios unitários anuais mais altos, apresentaram-se inferiores ao preço médio do varejo.

Ainda foi possível observar neste programa que o Estado do Rio de Janeiro realizou as compras em 13 distribuidoras de medicamentos, seis indústrias farmacêuticas, cinco laboratórios oficiais e três drogarias. A prefeitura realizou as compras em 15 distribuidoras de medicamentos, 21 indústrias farmacêuticas e um laboratório oficial. Vale registrar que a prefeitura realizou predominantemente suas compras a preços inferiores ao estado.

O resumo, no anexo 5, nos permitiu observar a variabilidade dos investimentos no Programa Asma e Rinite ao longo do período pesquisado. Os gráficos 47, 48 e 49, a seguir, apresentam os valores gastos e as quantidades adquiridas a cada ano.

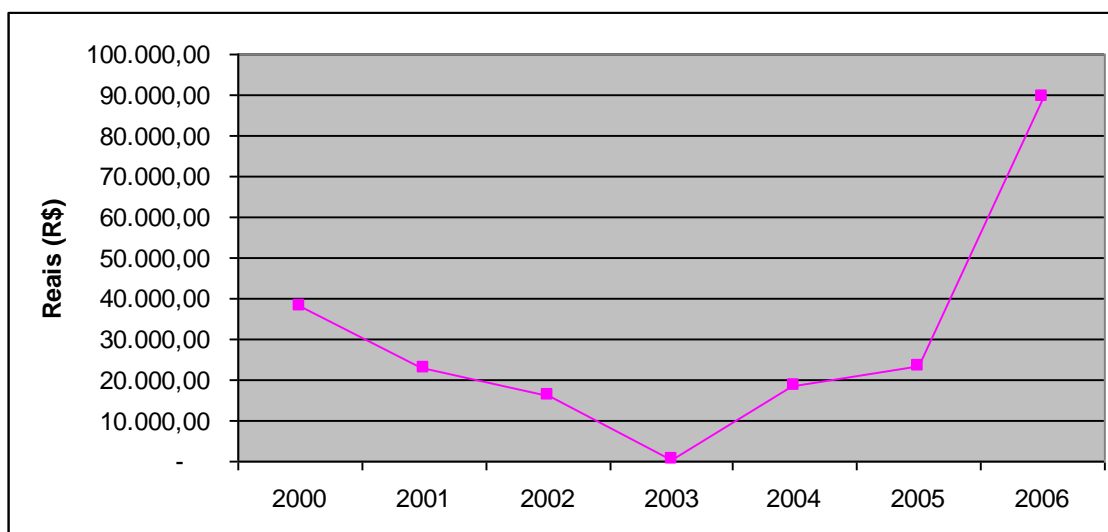
Gráfico 47 – Valores Gastos no Programa Asma e Rinite (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

O gráfico 47 não permite uma boa visualização do comportamento do Estado do Rio de Janeiro. Sendo assim, apresentamos o gráfico 48, que analisa isoladamente o estado.

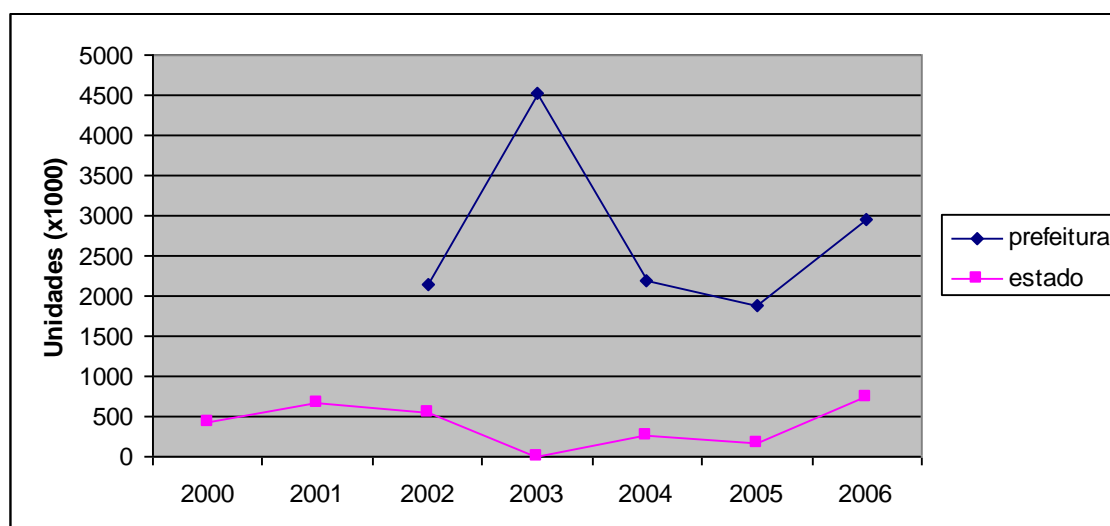
Gráfico 48 – Valores Gastos pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Asma e Rinite (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando os gráficos 47 e 48, percebemos novamente a ausência do financiamento de maneira constante para o Programa Asma e Rinite ao longo do período pesquisado. Este programa apresenta a maior variabilidade do financiamento ao longo dos anos quando comparado aos programas já citados.

Gráfico 49 – Número de Unidades Adquiridas no Programa Asma e Rinite (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

Observando os gráficos 47 e 49, não é possível identificar, predominantemente, a correlação existente entre os valores gastos e o número de unidades adquiridas no Programa Asma e Rinite. Isto revela um grave prejuízo com os preços unitários praticados. Quando focamos nas compras do estado, torna-se útil a ampliação do gráfico de unidades, para assim compararmos com o gráfico de gastos.

Gráfico 50 – Número de Unidades Adquiridas pelo Estado do Rio de Janeiro no Programa Asma e Rinite (2000-2006)



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados coletados.

A comparação dos gráficos 48 e 50 nos revela que somente nos anos 2003, 2005 e 2006 existem alguma correlação entre os valores gastos e o número de unidades adquiridas. Nos outros anos, os gráficos se comportam distintamente. Somente no ano de 2001 é fácil observar a correlação positiva entre os valores gastos e a quantidade adquirida, ou seja, houve vantagem com os preços unitários praticados neste ano. A comprovação pode ser feita comparando-se os preços unitários de cada item do programa ao longo dos anos.

Em relação às compras da prefeitura, a comparação dos gráficos 47 e 49 revela alguma correlação existente entre os valores gastos e o número de unidades adquiridas nos anos 2002, 2005 e 2006. No ano 2003, evidencia-se significativa vantagem no quantitativo recebido. No entanto, no ano de 2004 os valores gastos são altos e as quantidades adquiridas caem, ou seja, neste ano foi detectado algum prejuízo com os valores dos preços unitários.

Capítulo 6 – À GUIA DE CONCLUSÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

As forças de mercado conduzem a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no SUS a um conflito de interesses. As associações e entidades empresariais pressionam o Estado por condições mais favoráveis de produção, seja nos assuntos referentes às importações de insumos e maquinários, seja no registro de produtos e patentes.

Enquanto isso o Estado, principal comprador de medicamentos, se vê refém da aquisição de medicamentos, uma vez que sua rede de laboratórios públicos não é capaz de suprir suas necessidades, além de muitas vezes não apresentar preços competitivos ao da indústria. Seja pelo fator de produtividade, seja pela qualidade dos produtos, ou até pela exclusividade de outros (patenteados), a indústria farmacêutica tem demonstrado sua supremacia no mercado farmacêutico brasileiro.

Sendo assim, o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde e da ANVISA, precisa sensibilizar os outros ministérios, como da Fazenda, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e, ainda, o da Ciência e Tecnologia, para as questões farmacêuticas. Não é possível sustentar um sistema de saúde tal como o nosso, dependendo da importação de insumos e sobretudo das empresas estrangeiras.

Em 2006, a ANVISA instituiu a Resolução CMED nº 4, que prevê o desconto obrigatório para venda ao governo dos medicamentos constantes nesta legislação.

Infelizmente, a lista é restrita e não engloba os itens aqui pesquisados, mas já é um avanço na imposição dos interesses do Estado junto ao mercado farmacêutico.

Os dados coletados na pesquisa nos permitem constatar que as aquisições têm-se dado numa grande gama de fornecedores, desde indústrias farmacêuticas e laboratórios oficiais, até distribuidoras de medicamentos e drogarias. No caso das aquisições no âmbito do SUS, surpreendeu-nos a pequena participação dos laboratórios oficiais, que deveriam suprir prioritariamente a demanda do sistema. Portanto, a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, criada em 2005, que previa a reorganização da produção oficial de medicamentos, ainda não permitiu observar melhora de suprimento no âmbito do SUS no estado e no município do Rio de Janeiro.

É interessante observar que o laboratório oficial Vital Brazil, conforme apresentamos no capítulo anterior, vendeu somente o item propranolol ao estado em apenas dois anos 2000 e 2005. Segundo informações obtidas em entrevista:

o laboratório Vital Brazil é o laboratório farmacêutico do Estado do Rio de Janeiro, logo este, deveria estar produzindo para suprir a demanda estadual. No entanto, houve problemas no repasse de medicamentos, seja por incapacidade de garantir a produção, acarretando a descontinuidade do abastecimento, seja porque, o mesmo, foi fechado por questões sanitárias. (Entrevista SES)

Sendo assim, ficou evidente que o laboratório Vital Brazil não está cumprindo seu papel no que tange a assegurar o abastecimento da rede estadual, e as vendas de apenas um item, o propranolol, em 2000 e 2005, tornam claro o problema em que este se encontra.

Em relação ao laboratório oficial de Farmanguinhos, este aparece realizando algumas vendas consideráveis ao Estado do Rio de Janeiro, mas nenhuma ao município. O Laboratório Oficial da Marinha realizou apenas uma venda à prefeitura em 2002, de salbutamol comprimido. Quando questionado a respeito de a compra não ter sido feita em laboratórios oficiais com maior freqüência, o gestor da Secretaria Municipal de Saúde justificou:

A premissa da compra é que o transporte de medicamentos é de competência da própria empresa contratada para fornecer os medicamentos. A questão é que: Vital Brazil estava em condições precárias, por questões sanitárias: não tinha certificado de boas práticas de fabricação, esteve interditado, enfim não atendia às condições de funcionamento. Quanto à Farmanguinhos, existe todo o problema de operacionalização da entrega. Assim como os outros laboratórios, eles não garantem o transporte até cada unidade assistencial. E, uma outra questão que gostaria de ressaltar é que, fazendo um comparativo de preços, alguns laboratórios privados, apresentam preços mais baixos que os dos laboratórios oficiais. (Entrevista SMS).

Observando as empresas privadas, constatamos que a maioria das vencedoras em licitações está envolvida predominantemente no mercado de venda no atacado; no entanto, não é desprezível a atuação das empresas do varejo, neste caso, as drogarias.

É visível a predominância de indústrias farmacêuticas nas compras da prefeitura do Rio de Janeiro, enquanto as distribuidoras de medicamentos predominam nas compras do Estado do Rio de Janeiro.

Em relação a esta questão, a autoridade da Secretaria de Estado de Saúde comentou:

A maioria dos laboratórios não entram na venda direta, fazendo com que as distribuidoras consigam ser de fato maioria. Nós já conseguimos melhorar na questão do número de fornecedores, que ampliou. Hoje nós já temos mais distribuidores que fornecem para a secretaria, antes existia um perfil diferenciado mais conectado àquelas que corriam o risco, visto que a secretaria era considerada arriscada para realizar a venda. (Entrevista SES).

No que tange ao arcabouço legal, foi possível confirmar que, no âmbito do serviço público no Brasil, existe farta legislação que tenta oferecer meios para regulamentação da oferta e dos processos de aquisição. No entanto, defronta-se na prática com grande carência de uniformização das exigências legais e técnicas (LUIZA *et al.*, 1999).

Conforme visto, cabe à comissão de licitação da instituição impor condições e requisitos no edital para assegurar a qualidade dos produtos e garantir a idoneidade da empresa fornecedora. O Projeto de Lei nº 3.536/2004, se aprovado, permitirá maior clareza quanto às condições mínimas necessárias, descartando a necessidade de exigências em edital.

A presente pesquisa possibilitou, ainda, confrontar os preços de indústrias farmacêuticas e de distribuidoras. O resultado esperado seria a prevalência de preços melhores nos medicamentos fornecidos por indústrias farmacêuticas, no entanto, não é verdadeira a idéia de que as distribuidoras necessariamente terão preços superiores aos das indústrias farmacêuticas.

É possível observar que as distribuidoras de medicamentos praticam preços muito variáveis, dependendo da negociação feita com o fabricante. Houve casos em que a indústria farmacêutica apresentou preço menor que a distribuidora de

medicamentos: prednisona 20mg comprimido, prednisona 5mg comprimido e metformina 850mg. Mas para outro item houve o inverso: as distribuidoras de medicamentos apresentaram preços menores que as indústrias farmacêuticas, como no caso do medicamento propranolol 40mg comprimido.

Uma outra observação possibilitada pela pesquisa foi o comportamento dos preços do laboratório oficial da Marinha, que se apresentaram superiores quando comparados com os outros fornecedores. O Estado do Rio de Janeiro pagou preços muito altos, no captopril 25mg comprimido e no salbutamol 2mg comprimido, que neste caso, foram superiores até ao preço médio do varejo no ano 2000. Esta situação é conhecida pelos gestores da assistência farmacêutica, conforme foi possível observar. No entanto, este fato precisa ser mais bem investigado.

Os laboratórios oficiais de Farmanguinhos e o Vital Brazil também realizaram vendas com preços superiores ao BPS para o Estado do Rio de Janeiro. Exemplos foram vistos em 2000, o item propranolol vendido pelo Vital Brazil; em 2002, o item captopril vendido por Farmanguinhos e, em 2005, o item propranolol, vendido pelo Vital Brazil.

Dessa forma, é importante investigar melhor os motivos que fazem os laboratórios oficiais não cumprirem seu papel no fornecimento de medicamentos a preços abaixo dos praticados no mercado atacado e, mesmo do BPS, do qual também participam indústrias farmacêuticas e distribuidoras.

Outra situação intrigante foi o comportamento do preço da glibenclamida 5mg comprimido da prefeitura do Rio de Janeiro. Esta pagou, em 2002, 2003 e 2004, preço muito superior ao preço médio do varejo. Esta situação nos permite confirmar que, assim como apresentado pela SEAE (item 1.4 desta dissertação), no nível de

compra governamental, a demanda apresenta baixa elasticidade-preço. Quando a compra é licitada, quem tiver o menor preço vence a licitação. Sendo assim, se os fornecedores se articularem para subir os preços, é possível que a compra seja feita, embora o gestor da SMS tenha afirmado que:

A comissão de licitação realiza o levantamento de preços de medicamentos no mercado a fim de verificar se a empresa está com o preço alto. Quando acontece, a comissão tenta negociar. Outra exigência da comissão é o desconto sobre o PF. (Entrevista SMS).

De um modo geral, foi possível evidenciar na pesquisa que o Estado do Rio de Janeiro comprou o elenco de medicamentos pesquisados a preços mais caros, quando comparado à prefeitura e ao banco de preços em saúde, no período em análise. Nossa hipótese é que este preço unitário mais alto se deve às inúmeras compras emergenciais realizadas, que estimulam os fornecedores a compensar o risco com preços maiores. Além disso, como a maioria dos fornecedores é distribuidora de medicamentos, elas poderiam estar onerando os preços unitários, pois, esses distribuidores tiveram problemas no passado com o cumprimento da dívida pelo estado. Ainda, segundo autoridades da Secretaria de Estado de Saúde, esta situação indesejável está sendo superada através de uma nova forma de aquisição de medicamentos: “Nós estimamos que com a maior concorrência entre os fornecedores, nós podemos baixar aproximadamente 30% ao que era praticado nos últimos anos” (Entrevista SES).

A prefeitura do Rio de Janeiro mostrou-se bastante eficaz no que tange à concorrência de fornecedores; seu sistema de compras tem funcionado de maneira apta a cumprir as exigências inerentes à compra de medicamentos. O Estado do Rio de Janeiro apresentou alguns problemas que tendem a desaparecer com o maior

controle das contas. De qualquer forma, as duas instâncias, com exceção dos itens glibenclamida (anos 2002, 2003 e 2004), salbutamol aerosol (ano 2003), salbutamol comprimido (ano 2000) e insulina NPH (ano 2002), pagaram preços unitários menores que o preço unitário do varejo. Logo, o poder público tem conseguido a barganha ao comprar no atacado.

Como podemos observar, e ainda conforme aponta Ávila (2003), os contratos de mais longo prazo sempre implicam maior capacidade de barganha, pois permitem a otimização dos investimentos pelas indústrias farmacêuticas e, nos casos de importação, a inclusão de compensações comerciais.

No que tange às quantidades adquiridas para o Estado do Rio de Janeiro, dois aspectos merecem ser lembrados: o primeiro diz respeito à responsabilidade da compra para os municípios não habilitados na gestão plena, segundo a qual o estado recebe parte do recurso do Ministério da Saúde (Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica), compra e distribui aos municípios. Logo, as compras deveriam ser maiores e mais regulares, uma vez que inclui os quantitativos desses municípios. O segundo aspecto se refere ao Programa Farmácia Popular Vital Brazil, que não foi contemplado na pesquisa (*i.e.* não foram coletados dados), mas que funciona muito bem na prática, inclusive para os medicamentos pesquisados, que, no entanto são adquiridos em quantidades irrisórias para as unidades assistenciais da SES.

Em relação ao município do Rio de Janeiro, a aquisição de medicamentos também se apresentou irregular no que se refere às quantidades. Nesse caso, nos cabe lembrar que a compra dos medicamentos para o Programa Remédio em Casa é realizada junto das aquisições para suas unidades assistenciais, logo fica difícil

explicar a flutuação das quantidades adquiridas, principalmente a partir de 2004, quando o Programa já se encontrava 100% implantado.

Esta pesquisa procurou avaliar as compras de medicamentos para três programas de assistência farmacêutica básica, mas é possível que outros medicamentos estejam sendo comprados de maneira semelhante. Conforme a pesquisa revelou, é grande a variabilidade dos valores gastos a cada ano com cada um dos programas de assistência farmacêutica básica. Esta evidência comprova uma gerência de recursos precária, tanto no estado quanto no município do Rio de Janeiro, visto que parece não existir quaisquer quantitativos previamente acordados para as compras anuais desses itens. Conforme nos lembra Alves (2003), a atenção básica constitui o elo mais barato, ágil e eficaz do sistema, evitando a utilização de serviços médicos mais caros e sofisticados. Portanto, melhorias no planejamento ainda são necessárias para possibilitar o financiamento regular dos programas e, conseqüentemente, viabilizar o fornecimento contínuo necessário de medicamentos.

Vale considerar que outros trabalhos precisam ser desenvolvidos para dar continuidade a esta temática. É necessário, por exemplo, avaliar se as quantidades licitadas são suficientes para atender à demanda do SUS. E ainda, se esses medicamentos estão sendo predominantemente absorvidos pela rede hospitalar ou pela rede ambulatorial. Entretanto, as limitações quanto à rastreabilidade, controle de estoque nas unidades e compra descentralizada dificultam a avaliação da dispensação farmacêutica. Muitas unidades controlam seus estoques em fichas de prateleira manuais e arquivo de notas fiscais físicos. Portanto, a intenção de informatizar todas as unidades assistenciais de saúde poderá facilitar essas tarefas de controle de estoque e, conseqüentemente, aumentará a capacidade de gestão dos seus gerentes.

Por fim, a assistência farmacêutica, tal como apresentada anteriormente, possui diversas etapas (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação), que são interdependentes e necessárias para a eficiência da gerência. Neste trabalho, devido à falta de informações a respeito da demanda de medicamentos, focamos apenas na etapa de aquisição, o que tornou a pesquisa um tanto deficitária do ponto de vista quantitativo, pois não podemos afirmar se os quantitativos adquiridos pelos respectivos programas são suficientes. No entanto, a observação dos preços praticados já clarifica, mesmo que preliminarmente, a relação entre a indústria farmacêutica e assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Referências

ALVES, Terezinha Noemides Pires. **Dispensação de Medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG**. 2003. 157p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UFJF, Juiz de Fora, 2003.

ANGELL, M. **The truth about drug companies: how they deceive us and what to do about it**. New York: Random House, 2004. 319p. ISBN: 0-375-76094-6

Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). (2008) Notícia disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/escolha_legenda.asp?codigo=21731>. Último acesso em: 25 fev. 2008.

Associação Brasileira da Indústria Química (ABIQUIM). **Identificação dos Gargalos Tecnológicos Determinantes da Importação de Produtos Químicos**. ABIQUIM/EQ, UFRJ/SIQUIM Apoio PADCT – Plataforma Tecnológica. São Paulo: ABIQUIM. Outubro, 2000.

Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró-genéricos) Informações de Mercado 2007. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br/inf_merc.htm> Acesso em: 09 fev. 2008.

Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas especialidades (ABIFINA). (2006) Disponível em: <<http://www.abifina.org.br/faturamento.asp>>, acesso em: 12 fev. 2008.

Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas especialidades (ABIFINA). (2008) Disponível em: <<http://www.abifina.org.br/noticiaSecao.asp?secao=4¬icia=68>>, acesso em: 10 fev. 2008.

ÁVILA, Jorge de Paula.Costa. **Políticas ativas para o desenvolvimento do setor farmacêutico brasileiro: oportunidades e bases conceituais para a sua formulação**. 2003. 204p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARREIRO, E. Editorial. **Química Nova**, v. 21, n. 5, São Paulo, set/out. 1998.

BARREIRO, E., FRAGA, C.A.M. A Questão da Inovação em Fármacos no Brasil: Proposta de Criação do Programa Nacional de Fármacos. **Química Nova**, v. 28, Suplemento, S56-S63, São Paulo, nov/dez. 2005.

BASTOS, V. D. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 22, set. 2005.

BERMUDEZ, J. **Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: HUCITEC, SOBRAVIME, 1995. 204p.

BERMUDEZ, J. **Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 122p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), **Clipping julho/2007**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/imprensa/clipping/2007/julho/220707.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Medicamentos: **Conceitos Técnicos**. (2008a) Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), **RDC nº 134**, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. (2003a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), **Resolução nº 4**. D.O.U. Poder Executivo, de 31 de julho de 2003. Dispõe sobre a forma de definição do Preço Fabricante e do Preço Máximo ao Consumidor dos medicamentos, estabelece a forma de apresentação de Relatório de Comercialização à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, e outras providências. (2003c)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Consulta Autorização de Funcionamento** (2008b) Disponível em: <http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Autorizacao/rconsulta_autorizacao_internet.asp>, acesso em: 08 fev. 2008.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Secretaria Executiva. **Resolução CMED nº 4**, de 18 de novembro de 2006. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. (2006a)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE). **Nota de Imprensa** (1998a), Brasília, n. 2, 27 de novembro de 1998. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/notas_imprensa/1998-1/3-nt981127>, acesso em: 10 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília: OPAS/MS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de Maio de 2004, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3.916**, de 30 de Outubro de 1998b, aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.084**, de 26 de Outubro de 2005, estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2814**. D.O.U. Poder Executivo, de 18 de novembro de 1998. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação, em caráter de urgência, da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre possível falsificação, adulteração e fraude. (1998b).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10213**, de 27 de março de 2001. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. (2001).

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4766**. D.O.U. Poder Executivo, de 27 de junho de 2003. Regulamenta a criação, as competências e o funcionamento da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED. (2003d).

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10742**. D.O.U. Poder Executivo, de 07 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. (2003b)

CAPANEMA, L. X. L. A Indústria Farmacêutica Brasileira e a Atuação do BNDES. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 23, mar. 2006.

CARDOSO, J. Compra da Schering ajuda no desempenho da Bayer em 2006. **Valor Online**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/economia/ultnot/valor/2007/03/15/ult1913u66119.jhtm>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

Conselho Federal de Farmácia (CFF). **Estatísticas sobre Farmácias dezembro/2005**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14&codPagina=418>> Acesso em: 09 fev. 2008.

Conselho Federal de Farmácia (CFF). **Estatísticas sobre Farmácias dezembro/2003**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14&codPagina=209>> Acesso em: 09 de fevereiro de 2008.

COSENDEY, M. A. E., BERMUDEZ, J., REIS, A. L. A. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, p. 171-182, 2000.

COUTINHO, L.G., *et al.* **Estudo de Competitividade da Indústria Brasileira**. IE-UNICAMP/IEI-UFRJ/FDC/FUNCEX, Ministério de Ciência e Tecnologia/FINEP/PADCT, 1993. (Relatório Final).

D'ÁVILA, A. L. V., LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

DataSUS – TabNet. **População Residente Estimativa para o TCU 2005**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

DIMASI, J.; HANSEN, R.; GRABOWSKI, H. The price of innovation: new estimates of drug development costs. **Journal of Health Economics**, v. 22, p. 151-185, 2003.

Farmácia Popular do Brasil (FPB) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23582&janela=1> Acesso em: 25 de fevereiro de 2008.

Farmácia Popular Vital Brazil (FPVB). Disponível em: <<http://www.ivb.rj.gov.br/principal.asp>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma). **A Indústria Farmacêutica no Brasil: uma contribuição para as políticas públicas**. Brasília, setembro/2006. Disponível em: <<http://www.febrafarma.com.br/uploads/enviadas/comunicacao/1158149640.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2007.

FISCHER-PÜHLER, P. O acesso ao fármaco. *In: O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. NEGRI, B. e VIANA, A.L.D. (Orgs.). São Paulo: SOBRAVIME, 2002. p. 315-351.

FIUZA, E.P.S., LISBOA, M.B. **Bens Credenciais e Poder de Mercado**: Um Estudo Econométrico da Indústria Farmacêutica Brasileira, Ipea, Texto para Discussão nº 846, Rio de Janeiro, nov./2001. ISSN 1415-4765.

FOLHA DE S. PAULO. **Genéricos têm Alta de 41% nas Vendas no 1º Trimestre**. 20 de abril de 2007. Disponível em: <www.progenericos.org.br/noticias/12.htm> Acesso em: 20 mar. 2008.

FRENKEL, J & SILVA, J.C. **Competição, Política Industrial e o Plano Brasil Novo**: O Caso dos Produtos Farmoquímicos. Finep, 209p. Rio de Janeiro, 1990

FRENKEL, J. **Estudo da Competitividade de Cadeias Integradas no Brasil**: impactos das zonas de livre comércio – cadeia farmacêutica. IE-Neit-Unicamp/MDIC/MCT/Finep, Campinas, dez/2002.

FRENKEL, J. O Mercado Farmacêutico Brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. In: **Brasil: Radiografia da Saúde**, Barjas Negri e G. Giovanni (Orgs.). Editora Unicamp. São Paulo, 2001.

FRENKEL, J., *et al.* **Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira**. Finep, 209p. Rio de Janeiro, 1978.

Fundação para o Remédio Popular (FURP). **A Fundação**. Disponível em: <<http://www.furp.sp.gov.br/>> Acesso em: 09 fev. 2008.

GADELHA, C. A. G. O Complexo Industrial da Saúde e a Necessidade de um Enfoque Dinâmico na Economia da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GAZZANEO, M. Farmácia Estadual sem Remédio. **Jornal do Brasil**, 05/set/2003; Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=49532>>. Último acesso em: 27 fev. 2008.

HASENCLEVER, L. **Diagnóstico da Indústria Farmacêutica Brasileira**. Brasília/Rio de Janeiro: Unesco/FUJB/IE-UFRJ, 2002. 26p.

HASENCLEVER, L. **O mercado de Medicamentos Genéricos no Brasil**. In: Simpósio Franco-Brasileiro: "O novo direito da propriedade intelectual no domínio da saúde e dos seres vivos", Brasília, junho/2004

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006a) Informações obtidas em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=675&id_pagina=1>. Acesso em: 02 jun. 2007

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006b) **Estimativas de População**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DO_U.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2007

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006c) Departamento de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico Sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE 2006 162p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007a) **Estados@**, Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>> Acesso em: 25 fev. 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007b) **Cidades@**, Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em: 25 fev. 2008.

International Medical Statistics (IMS Health). Global Pharmaceutical Sales 2007. Disponível em: <http://www.imshealth.com/ims/portal/front/indexC/0,2777,6266_80528184_80528202,00.htm> Acesso em: 11 jun. 2007.

International Medical Statistics (IMS Health). Market Report 1998. Disponível em: <www.ims-global.com/insight/report/world_market/report.htm> Acesso em: 30 ago. 2007.

International Medical Statistics (IMS Health). World Review 1996. Disponível em: <www.ims-global.com/insight/world_in_brief/yearly/largest.htm> Acesso em: 30 ago. 2007.

KORNIS, G.; BRAGA, M.H.; ZAIRE, C.E.F. Os Marcos Legais das Políticas de Medicamentos no Brasil Contemporâneo (1990-2006). **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**. V. 11, n. 1, jan/mar de 2008. ISSN: 1516-7704

KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H. **Química Farmacêutica**. Editora Guanabara Koogan, 783p. Rio de Janeiro, 1988.

LUIZA, V. L., CASTRO, C. G. S. O., NUNES, J. M. Aquisição de Medicamentos no Setor Público: o binômio qualidade-custo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, 769-776p. 1999.

MACHADO-DOS SANTOS, S.C. A política de fármacos eleva a política de saúde. *In: O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. NEGRI, B.; VIANA, A.L.D. (Orgs.). São Paulo: SOBRAVIME, 2002. p. 353-387.

MACHADO-DOS-SANTOS, Sílvio César. **Busca da Equidade no Acesso aos Medicamentos no Brasil**: os desafios impostos pela dinâmica da competição “extrapreço”. 2001. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MAGALHÃES, Luis Carlos G. de. **Estratégias Empresariais de Crescimento na Indústria Farmacêutica Brasileira**: Investimentos, Fusões e Aquisições, 1988-2002. **Ipea**, Texto para Discussão n. 995, Brasília, 2003. ISSN 1415-4765

MARIN, N., *et al* (orgs). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p.

MENDES, E.V. O **Sistema Único de Saúde**: um processo social em construção. Texto de Apoio/Unidade 1, 1996. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2008.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados Judiciais como Ferramenta para Garantia do Acesso a Medicamentos no Setor Público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n.2, 525-534p. 2005.

MOSEGUI, G.B.G. *et al*. Avaliação da Qualidade do Uso de Medicamentos em Idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **A Centralidade do Medicamento na Terapêutica Contemporânea**. 2002. 146p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –

Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

NEGRI, N. Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

NISHIJIMA, M., BIASOTO JR., G. Os Preços dos Medicamentos de Referência Após a Entrada dos Medicamentos Genéricos no Mercado Brasileiro. ANPEC, **Anais do XXXI Encontro Nacional de Economia**, D29. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro_2003.htm>. Acesso em: 11 fev. 2008.

OLIVEIRA, E. A., LABRA, M. E. e BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2006, vol. 22, no. 11 [citado 2007-08-30], pp. 2379-2389. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2007. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, M. Mercado Farmacêutico Mundial. In: **Encontro Empresarial 2003**. Disponível em: <<http://www.abifina.org.br/publicacoes.asp>>. Acesso em: 09 fev. 2008.

OMS Editorial. Por qué los países necesitan una política farmacéutica nacional? **Boletín de Medicamentos Esenciales**, v. 12, n. 1, Ginebra, 1991.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional**. Ginebra: OMS, 2003. Disponível em: <whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_2002.5_spa.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2008.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, F. A. (Org). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. 9-30p.

PUBLIC CITIZEN. **Critique of the DiMasi/Tufts Methodology and Other Key Prescription Drug R&D Issues**. Washington, DC, 2001.

QUEIROZ, S., GONZÁLES, A. J. V. Mudanças Recentes na Estrutura Produtiva da Indústria Farmacêutica. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. São Paulo: Unicamp, 2001.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 904p.

Revista ABCFarma, Nº 113, Ano 8, Dezembro de 2000.

Revista ABCFarma, Nº 125, Ano 9, Dezembro de 2001.

Revista ABCFarma, Nº 136, Ano 10, Dezembro de 2002.

Revista ABCFarma, Nº 148, Ano 11, Dezembro de 2003.

Revista ABCFarma, Nº 160, Ano 12, Dezembro de 2004.

Revista ABCFarma, Nº 172, Ano 13, Dezembro de 2005.

Revista ABCFarma, Nº 184, Ano 14, Dezembro de 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SARE nº 3019 de 05 de novembro de 2003. D.O.E. 06/11/2003. Dispõe sobre os procedimentos operacionais inerentes às modalidades de licitação denominadas pregão comum e pregão eletrônico.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Unidades da Rede Estadual. (2008a) Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/servicos/unidades_lista.shtml>. Acesso em: 25 fev. 2008.

RIO DE JANEIRO (Município). **Decreto nº 18.143**. D.O.M. Gabinete do Prefeito, de 01 de dezembro de 1999. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto nos §§ 2º e 3º do art. 241 da Lei n. 207, de 19 de dezembro de 1980, para as aquisições de bens e produtos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras Providências. (1999)

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. O Projeto Remédio em Casa. Publicado em: 21/05/2005. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Onde e Como ser Atendido. (2008) Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/ondeser/publico/ondeser_pub_home.php>. Acesso em: 25 fev. 2008.

RIO DE JANEIRO. (Município). **Decreto nº 23957**. D.O.M. Gabinete do Prefeito, de 9 de fevereiro de 2004. Consolida a Regulamentação, no âmbito do Município do Rio de Janeiro, do Sistema de Registro de Preços previsto no inciso II, do art. 15 da Lei Federal nº 8666/93, e suas alterações posteriores, para aquisição de bens de uso geral e continuado e para contratação de serviços e dá outras providências. (2004)

TEIXEIRA, João Batista Picinini. **Estratégia Política de Proteção Patentária para Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos em Adição aos Genéricos no SUS**. 2005. 245p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ZUBIOLI, A. **Profissão: farmacêutico**. E agora? Curitiba: Lovise, 1992. 165p.

Anexo 1: Listagem de Laboratórios Oficiais Brasileiros

Laboratórios farmacêuticos oficiais. Brasil, 2003.

| Laboratório | UF | Ano de fundação |
|--|------------------------|------------------------|
| Laboratório de Tecnologia Farmacêutica (LTF), Universidade Federal da Paraíba | Paraíba | – |
| Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), Universidade Federal do Ceará | Ceará | – |
| Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFE), Ministério do Exército | Rio de Janeiro | 1808 |
| Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), Ministério da Marinha | Rio de Janeiro | 1906 |
| Fundação Ezequiel Dias (FUNED), Secretaria de Estado de Saúde | Minas Gerais | 1907 |
| Instituto Vital Brazil S.A. (IVB), Secretaria de Estado de Saúde | Rio de Janeiro | 1918 |
| Instituto de Tecnologia de Fármacos (FAR-MANGUINHOS), Fundação Oswaldo Cruz | Rio de Janeiro | 1956 |
| Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO), Secretaria de Estado de Saúde | Goiás | 1964 |
| Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. (LAFEPE), Secretaria de Estado de Saúde | Pernambuco | 1967 |
| Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos (LEPMC), Universidade Estadual de Maringá | Paraná | 1967 |
| Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina (LAFESC), Secretaria de Estado de Saúde | Santa Catarina | 1969 |
| Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA), Ministério da Aeronáutica | Rio de Janeiro | 1971 |
| Fundação para o Remédio Popular (FURP), Secretaria de Estado de Saúde | São Paulo | 1972 |
| Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul (LAFERGS), Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde | Rio Grande do Sul | 1972 |
| Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas (LIFAL), Secretaria de Estado de Saúde | Alagoas | 1974 |
| Laboratório de Produção de Medicamentos (LPM), Universidade Estadual de Londrina | Paraná | 1989 |
| Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (NUPLAN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Rio Grande do Norte | 1991 |
| Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba (LIFESA), Secretaria de Estado de Saúde | Paraíba | 1997 |

Anexo 2: Listagem dos Preços de Fabricante Médios Unitários do Mercado Varejo calculados a partir da Revista ABCFARMA

| Medicamento | 2000 (R\$) | 2001 (R\$) | 2002 (R\$) | 2003 (R\$) | 2004 (R\$) | 2005 (R\$) | 2006 (R\$) |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Alfametildopa 250mg comprimido | 0,4513 | 0,4789 | 0,4844 | 0,4695 | 0,4692 | 0,4492 | 0,4623 |
| Captopril 25 mg comprimido | 0,3336 | 0,3061 | 0,3265 | 0,3625 | 0,3681 | 0,3851 | 0,3873 |
| Propranolol 40mg comprimido | 0,0763 | 0,0860 | 0,0825 | 0,0895 | 0,1003 | 0,1003 | 0,1095 |
| Hidroclorotiazida 25mg comprimido | 0,0725 | 0,0940 | 0,1014 | 0,1199 | 0,1046 | 0,1225 | 0,1117 |
| Digoxina 0,25mg comprimido | 0,1430 | 0,1339 | 0,1451 | 0,1549 | 0,1674 | 0,1815 | 0,1870 |
| Glibenclamida 5mg comprimido | 0,1023 | 0,1071 | 0,1112 | 0,1329 | 0,1351 | 0,1443 | 0,1487 |
| Metformina 850mg comprimido | 0,2735 | 0,1828 | 0,2315 | 0,2361 | 0,3450 | 0,2426 | 0,2590 |
| Insulina NPH 100UI Frasco-ampola | 19,0700 | 19,0133 | 22,1067 | 25,0800 | 26,6367 | 28,5550 | - |
| Prednisona 20mg comprimido | 0,4620 | 0,5019 | 0,5833 | 0,6452 | 0,6613 | 0,6528 | 0,6785 |
| Prednisona 5mg comprimido | 0,2013 | 0,2276 | 0,2394 | 0,2568 | 0,2577 | 0,2611 | 0,2661 |
| Salbutamol (sulfato) 2mg/5ml xarope | 3,2995 | 3,0821 | 3,2149 | 3,7732 | 3,9221 | 4,7179 | 4,0171 |
| Salbutamol 100mcg aerosol inalatório | - | - | 14,3150 | 16,2300 | 17,6300 | 17,5320 | 19,8614 |
| Salbutamol 2mg comprimido | 0,0806 | 0,0938 | 0,0956 | 0,1087 | 0,1557 | 0,1809 | 0,1251 |

ANEXO 3: PROGRAMA HIPERTENSÃO

| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Estado | | Estado | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Metildopa | 2.200,00 | 20.000 | 11.686,00 | 118.000 | 17.410,80 | 177.270 | 34.588,00 | 345.880 |
| Captopril | 39.800,46 | 1.750.020 | 39.652,11 | 1.848.820 | 82.246,25 | 2.307.160 | 23.284,10 | 1.164.205 |
| Propranolol | 18.249,70 | 1.112.500 | 11.875,00 | 625.000 | 170,88 | 3.760 | 3.868,00 | 386.800 |
| Hidroclorot | - | - | 4,80 | 120 | 14,80 | 340 | 112.584,00 | 6.289.600 |
| Digoxina | 16.644,00 | 693.500 | 16.000,00 | 800.000 | 8.002,40 | 400.080 | 30.771,00 | 1.538.529 |
| Total | 76.894,16 | 3.576.020 | 79.217,91 | 3.391.940 | 107.845,13 | 2.888.610 | 205.095,10 | 9.725.014 |

| | 2003 | | | | 2004 | | | |
|-------------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|--------------|------------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Metildopa | - | - | 51.151,00 | 459.000 | 11.060,00 | 70.000 | 287.631,00 | 1.809.000 |
| Captopril | 78.580,44 | 2.776.628 | 170.338,69 | 8.599.311 | 147.000,60 | 4.900.020 | - | - |
| Propranolol | 131,28 | 2.700 | - | - | 32.670,00 | 1.485.000 | 25.234,08 | 1.261.704 |
| Hidroclorot | 21.640,80 | 600.480 | 475.421,32 | 26.586.800 | 82.800,00 | 2.300.000 | 1.021.851,00 | 58.391.500 |
| Digoxina | - | - | 41.163,41 | 1.729.955 | 3.889,60 | 65.925 | 74.984,00 | 2.999.355 |
| Total | 100.352,52 | 3.379.808 | 738.074,42 | 37.375.066 | 277.420,20 | 8.820.945 | 1.409.700,08 | 64.461.559 |

| | 2005 | | | | 2006 | | | |
|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Metildopa | 14.000,00 | 50.000 | 47.705,00 | 507.500 | 58.240,00 | 208.000 | 63.328,00 | 687.000 |
| Captopril | 84.000,60 | 2.800.020 | - | - | 140.833,80 | 4.345.860 | - | - |
| Propranolol | 71.250,00 | 3.200.000 | 26,82 | 1.800 | 20.424,80 | 510.620 | 7.473,48 | 532.200 |
| Hidroclorot | - | - | 1.080,00 | 54.000 | 48.259,30 | 552.900 | 335.188,50 | 17.641.500 |
| Digoxina | - | - | 13.468,20 | 448.940 | 3.750,00 | 75.000 | 240,00 | 8.000 |
| Total | 169.250,60 | 6.050.020 | 62.280,02 | 1.012.240 | 271.507,90 | 5.692.380 | 406.229,98 | 18.868.700 |

ANEXO 4: PROGRAMA DIABETES

| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | | |
|------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|------------|-----------|
| | Estado | | Estado | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Glibenclam | 15.540,00 | 588.000 | 8.355,00 | 780.000 | 6.270,00 | 627.000 | 103.350,62 | 106.295 |
| Metformina | - | - | 3.532,50 | 29.250 | 242,55 | 1.650 | 503.891,06 | 6.821.858 |
| Insulina | - | - | - | - | 650,88 | 24 | - | - |
| Total | 15.540 | 588.000 | 11.887,50 | 809.250 | 7.163,43 | 628.674 | 607.241,68 | 6.928.153 |

| | 2003 | | | | 2004 | | | |
|------------|-----------|---------|--------------|------------|-----------|---------|--------------|------------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Glibenclam | 16,8 | 360 | 74.507,64 | 76.812 | 695,6 | 34.780 | 229.556,00 | 234.241 |
| Metformina | 10.907,48 | 138.910 | 1.038.025,41 | 14.865.888 | 48.600,00 | 540.000 | 1.719.366,00 | 24.918.349 |
| Insulina | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 10.924,28 | 139.270 | 1.112.533,05 | 14.942.700 | 49.295,60 | 574.780 | 1.948.922,00 | 25.152.590 |

| | 2005 | | | | 2006 | | | |
|------------|-----------|---------|--------------|------------|------------|-----------|--------------|------------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Glibenclam | - | - | - | - | 47.128,80 | 1.996.440 | - | - |
| Metformina | 16.240,00 | 116.000 | 1.322.769,96 | 22.201.428 | 52.960,60 | 378.290 | 1.211.778,92 | 24.322.589 |
| Insulina | - | - | 12.375,87 | 507 | - | - | 34.759,84 | 1.424 |
| Total | 16.240,00 | 116.000 | 1.335.145,83 | 22.201.935 | 100.089,40 | 2.374.730 | 1.246.538,76 | 24.324.013 |

| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | | |
|------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|------------|-----------|
| | Estado | | Estado | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Prednis 20 | 14.685,00 | 196.500 | 18.432,00 | 320.000 | 10.368,00 | 180.000 | 43.860,00 | 731.000 |
| Prednis 5 | - | - | 4.533,00 | 246.000 | 3.753,00 | 206.000 | 16.428,00 | 821.384 |
| Salb Xarop | - | - | - | - | - | - | 161.615,63 | 327.185 |
| Salb Aero | - | - | - | - | 580,82 | 41 | 60.978,22 | 8.674 |
| Salb Comp | 23.200,00 | 232.000 | 1.010,00 | 101.000 | 1.505,00 | 150.500 | 2.425,00 | 245.500 |
| Total | 37.885,00 | 428.500 | 22.965,00 | 667.000 | 16.206,82 | 536.541 | 285.306,85 | 2.133.743 |

| | 2003 | | | | 2004 | | | |
|------------|--------|---------|------------|-----------|-----------|---------|------------|-----------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Prednis 20 | - | - | 123.469,32 | 1.708.411 | 13.431,00 | 101.750 | 105.086,00 | 875.714 |
| Prednis 5 | 68,40 | 720 | 40.358,92 | 1.289.660 | 2.992,50 | 66.500 | 51.991,00 | 866.524 |
| Salb Xarop | - | - | 102.011,07 | 200.955 | - | - | 94.019,62 | 128.794 |
| Salb Aero | 485,62 | 26 | 70.985,31 | 7.637 | - | - | 104.835,60 | 8.565 |
| Salb Comp | 150,00 | 2.500 | 14.328,96 | 1.312.800 | 2.231,00 | 97.000 | 17.926,08 | 317.600 |
| Total | 704,02 | 3.246 | 351.153,58 | 4.519.463 | 18.654,50 | 265.250 | 373.858,30 | 2.197.197 |

| | 2005 | | | | 2006 | | | |
|------------|-----------|---------|------------|-----------|-----------|---------|------------|-----------|
| | Estado | | Prefeitura | | Estado | | Prefeitura | |
| | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade | R\$ | Unidade |
| Prednis 20 | 19.200,00 | 120.000 | 42.462,64 | 493.327 | 73.840,00 | 461.500 | 87.742,48 | 1.347.060 |
| Prednis 5 | 4.000,00 | 50.000 | 33.635,70 | 867.005 | 14.416,00 | 215.200 | 32.379,26 | 1.110.800 |
| Salb Xarop | - | - | 141.621,10 | 167.128 | - | - | 115.754,75 | 131.800 |
| Salb Aero | - | - | 53.802,00 | 4.410 | - | - | 105.525,15 | 9.363 |
| Salb Comp | - | - | 8.691,30 | 347.652 | 1.500,00 | 50.000 | 9.062,50 | 362.500 |
| Total | 23.200,00 | 170.000 | 280.212,74 | 1.879.522 | 89.756,00 | 726.700 | 350.464,14 | 2.961.523 |

Anexo 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado A Indústria Farmacêutica e a Assistência Farmacêutica Ambulatorial no Sistema Único de Saúde desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é realizada por Carla Edialla Figueiredo Zaire, sob a orientação do Profº Drº George Edward M. Kornis, e poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 2256-0064 / 9319-2731 ou e-mail carla_zaire@yahoo.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é Identificar aspectos cruciais da assistência farmacêutica no âmbito ambulatorial do SUS, ou seja, conhecer os principais traços da relação estabelecida entre os segmentos públicos e privados do setor farmacêutico com o SUS.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____