

Fundação João Pinheiro  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho  
Ananda Souza Ferreira

**COOPERAÇÃO ENTRE ESTADO E MUNICÍPIOS PARA MELHORIA DA  
GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL:  
a experiência da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica no  
Estado de Minas Gerais**

Belo Horizonte

2018

Ananda Souza Ferreira

**COOPERAÇÃO ENTRE ESTADO E MUNICÍPIOS PARA MELHORIA DA  
GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL:  
a experiência da Estratégia Regionalização da Assistência Farmacêutica do Estado  
de Minas Gerais**

Monografia de Conclusão apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial de obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Rezende

Belo Horizonte

2018

F383c Ferreira, Ananda Souza.  
Cooperação entre estado e municípios para melhoria da gestão pública municipal [manuscrito] : a experiência da estratégia regionalização da assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais / Ananda Souza Ferreira. – 2018.  
[10], 97 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2018.

Orientador: João Batista Rezende

Bibliografia: f. 86-94

1. Regionalização – Assistência farmacêutica – Minas Gerais. 2. Administração pública – Minas Gerais. 3. Descentralização na administração pública – Minas Gerais. I. Rezende, João Batista. II. Título.

CDU 614(815.1)

Ananda Souza Ferreira

Cooperação entre estado e municípios para melhoria da gestão pública municipal: a experiência da Estratégia Regionalização da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais

Monografia de Conclusão apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial de obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Área de concentração: Estado e Políticas Públicas

**Aprovada na Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. João Batista Rezende, orientador, Fundação João Pinheiro

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Carolina Portugal Gonçalves Motta, avaliadora, Fundação João Pinheiro

---

Profa. Msc. Daniela Goes Paraiso Lacerda, avaliadora, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 21 de junho de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, em primeiro lugar, pela força concedida e por ser guia de todos os meus passos, me conduzindo até aqui.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo amor incondicional e por estarem sempre ao meu lado, me incentivando e vibrando a cada sonho realizado.

Ao Vitor, pelo companheirismo e apoio. Obrigada por, com sua presença, ter tornado o fim dessa trajetória mais leve.

Ao Prof. Dr. João Batista Rezende, meu orientador, pela disponibilidade, orientação de excelência e apoio para que este trabalho fosse concretizado.

À Fundação João Pinheiro, personificada em seus diversos profissionais, por todo conhecimento adquirido no decorrer desse percurso.

Aos amigos da Fundação João Pinheiro, pela convivência diária durante esses anos, compartilhando momentos de alegria e angústia. Momentos esses que, de alguma forma, contribuíram para meu crescimento.

À equipe da Central de Compras, que convivi no período do Estágio Supervisionado, pela acolhida, experiência profissional e contribuição na realização deste trabalho.

## RESUMO

Este estudo trata da relevância da cooperação entre entes federados subnacionais para melhoria da gestão pública municipal, utilizando-se como objeto de avaliação a Estratégia Regionalização da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas, no intuito de propor a ampliação de um modelo de cooperação nesses moldes para outras áreas da gestão pública. Para tanto, utilizou-se métodos de coletas de dados como a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Desse modo, o trabalho pretendeu analisar a concepção e elaboração da Regionalização da Assistência Farmacêutica e como está sendo sua operacionalização a partir de 2016, ano que foi implementado o modelo, identificando, assim, seus resultados para mensurar os impactos sociais e financeiros. Os resultados identificados desse modelo de cooperação técnica entre estado e municípios apontam a melhoria da eficiência da política de assistência farmacêutica, considerando que houve ampliação no elenco de medicamentos, redução do prazo de disponibilização dos medicamentos, aumento do incentivo financeiro e redução de custos. Observado o êxito do modelo, é crucial o incentivo para que seja replicado. Mas notou-se também desafios associados à capacidade de gestão dos municípios, principalmente dos de pequeno porte. Se faz necessário, portanto, o auxílio aos municípios, por parte do governo estadual, identificando continuamente as necessidades de desenvolvimento de habilidades de gestão necessárias ao sucesso desse modelo.

**Palavras-chave:** Cooperação federativa. Gestão pública estadual. Gestão pública municipal. Descentralização. Regionalização. Assistência Farmacêutica.

## ABSTRACT

This study is about the relevance of cooperation among subnational federated entities for the municipal public management improvement, using as an object of evaluation the Strategy Regionalization of Pharmaceutical Assistance of the State of Minas Gerais, in order to propose the extension of a model of cooperation along these lines for other areas of public management. For this purpose, some data collection methods were used such as document research and semi-structured interviews. In this way, the work intends to analyze the conception and elaboration of the Strategy Regionalization of Pharmaceutical Assistance and how it is being operationalized since 2016, year that the model was implemented, thus identifying its results to measure social and financial impacts. The identified results of this model of technical cooperation between state and municipalities head to the improvement of the pharmaceutical assistance policy efficiency, considering that there was an increase in the list of medicines, reduction of the period of availability of medicines, increase of the financial incentive and reduction of costs. Given the success of the model, the incentive for replication is crucial. But there were also challenges regarding the municipalities management capacity, especially small municipalities. Therefore, it is necessary to help the municipalities, by the state government, continuously identifying the development of needs of management skills, which are necessary to the success of this model.

**Keywords:** Federal cooperation. State public management. Municipal public management. Decentralization. Regionalization. Pharmaceutical care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de políticas públicas .....	23
Figura 2 - Tipologia de avaliação de Rossi et al. (2004) e o ciclo de políticas e programas ...	29
Figura 3 - Esquematisação dos conceitos eficácia, eficiência e efetividade .....	33
Figura 4 - Armazenagem e distribuição da SES – Minas Gerais – 2008-2015 .....	57
Figura 5 - Esquematisação da Regionalização da Assistência Farmacêutica – Minas Gerais – 2016 .....	62
Figura 6 - Personagens da ERAF .....	65
Figura 7 - Prazos para disponibilidade de medicamentos .....	72

### GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percepção dos municípios sobre o Programa Farmácia Minas – Minas Gerais – 2016 .....	59
Gráfico 2 - Percepção dos municípios sobre o Programa Farmácia Minas – Minas Gerais – 2016 .....	59
Gráfico 3 - Adesão dos municípios aos modelos de gestão do Programa Farmácia de Minas – Minas Gerais – 2016.....	66
Gráfico 4 - Adesão dos municípios aos modelos de gestão do Programa Farmácia de Minas (em % habitantes) – Minas Gerais – 2016.....	67
Gráfico 5 - Participação dos municípios da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica – Minas Gerais – 2017 .....	68
Gráfico 6 - Participação dos municípios da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (em habitantes) – Minas Gerais – 2017.....	68

### QUADROS

Quadro 1 - Principais componentes do Programa Farmácia Essencial – Minas Gerais –2000	55
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios – Brasil – 2010.....	45
Tabela 2 - Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios – Minas Gerais – 2010.....	45
Tabela 3 - Quantidade planejada 2015 x Quantidade planejada 2016 – Minas Gerais – 2016	72
Tabela 4 - Execução municípios participantes da ERAF - Minas Gerais - 2016.....	73
Tabela 5 - Execução municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço – 2016.....	74
Tabela 6 - Variação da execução e do valor executado municípios participantes do primeiro ano da ERAF - 2016-2017.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIRD	Banco Mundial para Reconstrução e Desenvolvimento
Ceme	Central de Medicamentos
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFAZ	Conselho Nacional de Política Fazendária
CNPC	Conselho Nacional de Política Cultural
CONSAD	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração
CONSED	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração
ERAF	Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
MPE	Ministério Público do Estado
MS	Ministério da Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PFAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PFE	Programa Farmácia Essencial
PFM	Programa Farmácia Minas
PFT	Programa Farmácia de Todos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAF	Superintendência da Assistência Farmacêutica
SEGOV	Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais
SEPLAG	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais

SES	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SRP	Sistema de Registro de Preços
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Totalmente Centralizado no Estado
TCE-MG	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
TCM	Totalmente Centralizado no Município
PDC	Parcialmente Descentralizado no Município
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
<b>3.1 Políticas Públicas</b> .....	21
3.1.1 Avaliação de políticas públicas .....	25
3.1.2 Eficiência, eficácia e efetividade .....	30
<b>3.2 Federalismo e descentralização</b> .....	33
3.2.1 Coordenação e cooperação federativa .....	37
3.2.1.1 Constituição Federal de 1988 e suas consequências para a coordenação e cooperação federativa .....	42
<b>3.3 O SUS e a Assistência Farmacêutica</b> .....	48
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	54
<b>4.1 Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma análise da sua concepção, elaboração e operacionalização</b> .....	54
<b>4.2 Resultados da Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma análise dos impactos sociais e financeiros</b> .....	70
<b>4.3 Aplicação do modelo de cooperação entre estado e municípios em outras áreas de ação</b> .....	77
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>APÊNDICES</b> .....	95
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista gestor estadual</b> .....	95
<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista farmacêutico municipal</b> .....	96
<b>APÊNDICE C – Comparação dos preços estadual e municipal dos medicamentos básicos no ano de 2016 em Minas Gerais</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988, os municípios ganharam maior relevância, recebendo status de ente federado tão importante quanto a União, Estados e Distrito Federal, conforme seu art. 18: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”. (BRASIL, 1988)

Tal ente passou a assumir funções que, até então, eram atribuídas ao Estado e à União, o que significa que foram ampliadas as competências municipais na prestação de serviços à população. Veloso *et al.* (2011) salienta que a descentralização da gestão pública é o caminho mais adequado para aumentar a eficiência no uso dos recursos, a eficácia das políticas públicas, a transparência das decisões, bem como a geração de condições propícias à responsabilização dos governantes perante seus cidadãos. Devido à maior proximidade entre o ente local e a população, entende-se que o município está mais apto para atender às demandas, além de facilitar a cobrança pela prestação de serviços por parte dos cidadãos.

Cada esfera apresenta suas competências privativas, isto é, somente aquele ente pode exercê-las, e algumas são comuns a todos os entes, sendo áreas em que se deve haver cooperação. “Entende-se por competência a capacidade, o poder de atuar, fazer leis, promover políticas, administrar recursos dentro do campo de ação que envolve todo o território de cada uma das esferas de poder: município, estado e União.” (TEIXEIRA,[201-]).

A Constituição Federal de 1988 define as competências para que uma esfera não invada o que é de domínio da outra. Em seu art. 30, são estabelecidas as competências privativas dos municípios, concretizando, formalmente, a autonomia municipal:

Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;

III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental;

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços

de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual. (BRASIL, 1988).

Nota-se o que as atribuições da administração municipal centram-se em legislar sobre temas de interesse local. No entanto, por não haver uma maior especificação, há uma subjetividade no conceito de “interesse local”, existindo variadas definições. Para Carraza (1991), os interesses dos municípios são os que atendem de modo imediato, às necessidades locais, ainda que com alguma repercussão sobre as necessidades gerais do Estado ou do País. Diferentemente, Milaré (2001) afirma que matérias de interesse local são aquelas que não extrapolam os limites físicos do Município, devendo, por isso, serem administradas pelo Executivo Municipal. Dessa maneira, não há clareza sobre o tema na doutrina, o que gera uma interpretação casual do espaço de atuação legislativa local. No entender de Rezende (2011), os limites da atuação municipal na instituição de normas de interesse local são estabelecidos pelas normas das outras duas esferas.

Somado a essas dificuldades, tem-se, ainda, a situação financeira precária enfrentada pela maioria absoluta dos municípios brasileiros, o que torna sua atividade legislativa bastante limitada e dependente dos Estados e da União para honrarem com seus compromissos frente à população local.

Apesar dessa indefinição presente no texto constitucional, existem as Leis Orgânicas Municipais, símbolos da autonomia e instrumento de organização interna do município, estabelecendo sua área de atuação legislativa. Teixeira (201-) agrupa as competências privativas municipais que se referem ao interesse local detalhadas na Lei Orgânica Municipal da seguinte forma:

1. Serviços públicos: limpeza urbana, iluminação pública, transporte coletivo etc;
2. Ordenamento e uso do solo: plano diretor, vias urbanas, localização de estacionamentos etc;
3. Uso do espaço público: praças, jardins, espaço de propaganda e publicidade etc;
4. Abastecimento alimentar: matadouros, feiras livres, mercados etc;
5. Cultura e Lazer: esporte, festas, eventos;
6. Desenvolvimento local - apoio à geração de emprego e renda. (TEIXEIRA, [201-]).

As competências comuns a todas as esferas estão expressas no art. 23 do texto constitucional:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

III - proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos;

IV - impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural;

V - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação;

VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

VII - preservar as florestas, a fauna e a flora;

VIII - fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;

IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

X - combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos;

XI - registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seus territórios;

XII - estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito.

Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (BRASIL, 1988).

As três esferas apresentam um amplo rol de competências a serem realizadas conjuntamente. Para Pinto, Gonçalves e Neves (2003), as competências comuns podem ser um importante meio para compensar a dificuldade decorrente do tratamento constitucional igualitário que é dado aos municípios desde que a atuação de cada esfera seja bem definida, ou que haja uma compensação financeira para o governo local pela prestação de serviços, ou, ainda, se formalizarem pactos estaduais, regionais, intergovernamentais, intermunicipais, enfim, acordos, convênios, consórcios, entre e inter as diversas esferas governamentais.

Na prática, a dificuldade da competência comum é justamente decorrente de não haver uma atuação bem definida de cada esfera, misturando-se responsabilidades, o que faz com que os serviços expressos constitucionalmente não sejam prestados adequadamente, além de sobrecarregar o governo local, ente que é cobrado pela população. Bremaeker (2005 apud REZENDE, 2011 p. 100) expõe que os cidadãos pressionam os poderes locais que estão mais próximos a ele (prefeitura e câmara de vereadores) a oferecer os serviços necessários para a manutenção do bem-estar local, fazendo com que os municípios tenham que oferecer uma gama variada de serviços, para além da sua atribuição legal.

A problemática envolvendo as competências comuns permeia todas as áreas. Mas, mais especificamente com relação à prestação de serviços de saúde pública – tema central deste trabalho, tem - se que:

As competências das três esferas de governo responsáveis pela gestão do SUS – federal, estadual, e municipal – são estabelecidas por meio de artigos que delimitam tanto as atribuições comuns entre elas, como também as que são específicas de cada uma. No entanto, quando buscamos nessa lei maior detalhamento e definições de responsabilidades, percebemos que elas estão em um grande rol de competências concorrentes entre os níveis de gestão. Isso favoreceu o que se tem chamado de “uma faixa cinzenta de indefinições entre elas”, principalmente no que se refere ao papel da esfera estadual da gestão da saúde (BRASIL, 2007b, 2003a apud ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011, p. 982)

Para que se mantenha a operacionalização dessa política, que é um direito social, os municípios precisam arcar com custeio de determinadas atribuições que, legalmente, são competências exclusivas da União e do Estado, o que sobrecarrega o orçamento municipal. Bremaeker (2005 apud REZENDE, 2011 p. 100) elenca alguns serviços custeados pelos municípios de Estado de Minas Gerais no ano de 2003, mas que não são de competência municipal: Fornecer material e realizar a manutenção de edificações do estado; Destinar funcionários e manter os serviços de apoio; Manter o serviço estadual de hemocentro; Suplementar os recursos não previstos nas transferências por meio dos convênios; Oferecer suporte às campanhas de saúde (vacinação).

Com a Constituição Federal de 1988, institucionalizou-se a ampliação dos direitos e garantias fundamentais do cidadão, inserindo, no ordenamento jurídico, direitos sociais como direito à saúde, sendo dever do Estado assegurá-lo, além instituir Sistema Único de Saúde (SUS) que se baseia nos princípios da universalidade e igualdade no atendimento, bem como integralidade das ações e serviços. O art. 196 expressa que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

No contexto de assegurar o direito à saúde, é indiscutível a importância do medicamento. Para garantir seu acesso, o SUS operacionaliza a Assistência Farmacêutica. A Assistência Farmacêutica também foi inserida no ordenamento jurídico brasileiro como um direito social à saúde sendo que a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) (BRASIL, 1990) é responsável por estabelecer que assistências terapêuticas e farmacêuticas devam ser garantidas integralmente a todos os cidadãos brasileiros, bem como determina a política de medicamentos.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, em maio de 2004, através da Resolução n. 338, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que a define como:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004)

Atualmente, a Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2002). Essa maior eficiência é facilitada quando há uma articulação entre as esferas de gestão dado as características de grande parte dos municípios que é caracterizada pela dependência dos entes supralocais.

Dada a ampliação das responsabilidades das esferas sub-nacionais no fornecimento de medicamentos, Vieira (2010) discorre sobre a existência de programas de estruturação da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde conduzidos pela administração estadual em parceria com os municípios considerando a complexidade do SUS, composto administrativamente por 5.565 municípios, 26 estados, Distrito Federal e União.

Em Minas Gerais, criado em 2016, tem-se a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF), um novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos conduzido pelo estado em parceria com seus municípios. A concepção desse modelo deu-se num cenário de elevada ineficiência, em que o governo do estado era, até então, responsável por comprar e distribuir todos os medicamentos para os 853 municípios, devido à essa complexidade logística, gerava auto custo de operação e excessiva demora para conseguir realizar as entregas necessárias para o regular funcionamento das políticas de saúde, provocando desabastecimento, comprometendo a saúde pública nos municípios.

Com o novo modelo, o governo estadual manteve a centralização da negociação e aquisição dos medicamentos considerando a falta de estrutura administrativa municipal para a condução dessas compras e, como defende Vilas Boas (2017), os preços alcançados pela Administração Estadual são muito mais vantajosos, na compra central, do que as negociações realizadas individualmente, devido à economia de escala. Para isso,

instrumentalizou-se construção, pelo Estado, das Atas de Registro de Preços<sup>1</sup> para serem utilizadas diretamente pelas administrações municipais na aquisição de medicamento. Isto é, ao Estado cabe a função de realizar o processo licitatório e construir as atas, não administrando mais os recursos financeiros. E o município, como o novo gestor do recurso derivado do fundo de financiamento tripartite – financiado pela União, Estado e município, tem o papel adquirir os itens de sua necessidade.

O ponto chave é que a distribuição, com esse modelo, passou a ser feita diretamente aos municípios, realizadas e custeadas pelo próprio fornecedor e não mais pela Administração Estadual, não necessitando mais de um robusto almoxarifado de alto custo financeiro para que o estado armazenasse os produtos.

Diante desse cenário, propõe-se a busca de resposta à seguinte questão: Como a cooperação entre entes federados subnacionais, no âmbito da Regionalização da Assistência Farmacêutica, contribui para a melhoria da gestão pública municipal?

Para responder a essa questão, pretende-se avaliar a relevância da cooperação entre entes federados subnacionais, no âmbito da Regionalização da Assistência Farmacêutica, para melhoria da gestão pública municipal.

De forma complementar, busca-se:

1. Estudar a concepção, elaboração e operacionalização da Regionalização da Assistência Farmacêutica;
2. Avaliar os impactos sociais e financeiros da Regionalização da Assistência Farmacêutica;
3. Estudar as dificuldades da gestão pública municipal e as possibilidades de adequação do modelo de cooperação em outras áreas de ação.

Portanto, este trabalho estuda a cooperação entre os entes federados, estado e município. Cooperação essa que é relevante para que as esferas cumpram com suas competências expressas constitucionalmente. Vale ressaltar que a análise limita-se aos entes

---

<sup>1</sup> O Sistema de Registro de Preços (SRP) é um conjunto de procedimentos que visa o registro formal do preço de um bem ou serviço para futuras contratações. É iniciado com um processo licitatório para escolha dos futuros fornecedores que, após homologado pela autoridade competente, é seguido pela assinatura da Ata de Registro de Preços, documento que consiste em um termo de compromisso de fornecimento futuro nas condições estabelecidas na proposta da empresa vencedora da licitação. A escolha do SRP se dá em razão de diversos fatores: quando não for recomendável estocar o produto, quando não for viável definir previamente a quantidade exata da demanda, em caso de bens que precisam ser contratados frequentemente, como medicamentos.

federados subnacionais, estado e município apenas, considerando a natureza da Regionalização da Assistência Farmacêutica, que é uma estratégia conduzida pelo Estado em parceria com seus municípios. O foco é no Estado de Minas Gerais, que desenvolveu o modelo em questão e território onde é operacionalizado. E esse estudo baseia-se nos períodos anterior e posterior à concepção desse modelo, de modo a avaliar o cenário em que se deu a implementação, bem como os impactos decorrentes.

Assim, de modo a abordar os aspectos supracitados, essa monografia se divide em cinco seções. A seção inicial consiste nesta presente introdução, enquanto que a segunda seção busca expor a metodologia aplicada para a elaboração deste trabalho. A terceira seção trata-se da revisão de literatura, fazendo uma análise das teorias que embasam este trabalho, assim, serão abordados referenciais acerca de políticas públicas, federalismo e descentralização, bem como os mecanismos de cooperação e coordenação decorrentes e, por fim, o SUS e a Assistência Farmacêutica. A quarta seção é a apresentação e análise de resultados, em que é feita uma contextualização acerca da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica, obtida a partir da revisão documental e realização de entrevistas. São expostos também os impactos decorrentes, bem como uma análise das possibilidades de expansão desse modelo de cooperação. Por fim, a quinta seção, faz as considerações finais tecidas com a conclusão deste trabalho.

## 2 METODOLOGIA

Esta seção dispõe acerca da metodologia utilizada na construção deste trabalho de pesquisa, considerando metodologia como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, de modo a expor seus objetivos, métodos, etapas, coleta e análise de dados (MARTINS, 2004), sendo que a pesquisa objetiva descobrir respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 1999).

O presente estudo descreveu a relevância da cooperação entre entes federados subnacionais, no âmbito da Regionalização da Assistência Farmacêutica. Então, sob o ponto de vista de seus objetivos, pode ser classificado como uma pesquisa exploratória, por se tratar de uma pesquisa que se encontra na fase preliminar, com a finalidade de proporcionar mais informações sobre o assunto a ser investigado (PRODANOV; FREITAS, 2013). Assim, a pesquisa exploratória:

[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que "estimulem a compreensão" (GIL, 2002, p.41).

Este trabalho apresenta uma natureza qualitativa e quantitativa. Cooper e Schindler (2016) entendem que a pesquisa qualitativa tem como finalidade fornecer ao pesquisador informações sobre como e o porquê os fatos ocorrem de determinada forma, bem como busca descrever, decodificar, traduzir e apreender o significado, e não a frequência, de certos fenômenos. Mas considerando que aliado à isso será feita uma análise do impacto financeiro do programa, pode-se caracterizar a pesquisa também como quantitativa, sendo definida como:

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 20).

Dessa forma, foi realizado um estudo de caso, que envolve o estudo profundo e exaustivo de um objeto, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento (SILVA; MENEZES, 2005). Em relação aos procedimentos técnicos, são utilizadas neste trabalho as seguintes técnicas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica em diversas fontes da literatura para o embasamento teórico tem como finalidade, para Gil (2002), embasar a análise feita em campo e os resultados encontrados. Marconi e Lakatos (2003), complementarmente, colocam que a finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que já foi produzido sobre determinado assunto.

A pesquisa documental, por sua vez, é aquela é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico (GIL, 2002). Sendo crucial uma vez que as informações acerca da elaboração da Regionalização da Assistência Farmacêutica estão contidas em relatórios produzidos pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) e Secretaria de Estado de Saúde (SES), responsáveis pela criação e implantação do modelo, bem como em registros internos das secretarias, que informam os municípios participantes do programa e as aquisições realizadas pelos mesmos. Além do mais, os dados que permitiram a análise do impacto financeiro do programa estão no banco de dados do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), que contém as despesas com compras de medicamentos dos municípios. Os dados obtidos com a pesquisa documental compõem as tabelas e gráficos contidas no presente trabalho, elaborados após a devida sistematização.

Por fim, realizou-se pesquisa de campo que permitiu um aprofundamento sobre o assunto, focalizando nos agentes envolvidos no objeto de estudo. Para isso, foi escolhida a técnica da entrevista que, segundo Gil (2002), envolve duas pessoas em uma situação “face a face”, em que uma delas formula questões e a outra responde, sendo vantajosa pela possibilidade da observação do comportamento não-verbal do entrevistado. Foram feitas entrevistas semiestruturadas, que, de acordo com Boni e Quaresma (2005), são perguntas nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sendo muito similar a uma conversa informal. As entrevistas foram realizadas com os idealizadores desse modelo, sendo eles gestores (entre diretores e subsecretários) na SEPLAG e SES. O roteiro das entrevistas encontra-se no apêndice A deste trabalho, e a relação dos entrevistados está disposta abaixo:

Gestor 1 – Gestor da SEPLAG.

Gestor 2 – Gestor da SES.

Gestor 3 – Gestor da SEPLAG.

Gestor 4 – Gestor da SES.

E ainda, no intuito de obter informações mais detalhadas sobre a opinião municipal acerca da regionalização, foram feitas entrevistas com um farmacêutico de alguns municípios. Considerando a inviabilidade de atingir um grande número de prefeituras, foi escolhida, por conveniência, a Região do Vale do Aço, composta pelos municípios de Ipatinga, Coronel Fabriciano, Timóteo e Santana do Paraíso. Os dois primeiros de grande porte, seguido por um município de médio porte e, por último, um de pequeno porte. O roteiro das entrevistas encontra-se disposto no apêndice B.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Essa seção, dividida em três subseções, faz uma revisão bibliográfica acerca de conteúdos que abarcam a análise contida nesse trabalho. Primeiramente é feita uma abordagem de políticas públicas, adentrando na avaliação de políticas públicas e nos conceitos de eficiência, eficácia e efetividade. Posteriormente aborda-se o federalismo e descentralização, bem como os conceitos de cooperação e coordenação federativa. E, por fim, trata-se do SUS e da Assistência Farmacêutica, considerando que este trabalho analisa um modelo da área de saúde.

#### 3.1 Políticas Públicas

A temática política pública vem ganhando maior visibilidade nas últimas décadas, dentre os fatores que possam explicar, Souza (2006) enfatiza o fato da adoção de políticas restritivas de gasto presentes na agenda da maioria dos países, com destaque para aqueles em desenvolvimento, dessa maneira, a partir dessas políticas, tanto as econômicas como as sociais tornaram-se mais visíveis.

Política pública enquanto área do conhecimento nasceu nos EUA, no mundo acadêmico e, após, foi introduzida no governo norte-americano por Robert McNamara, no ano de 1948. Fato que pode remeter à extensa literatura estrangeira em detrimento da escassa tradução para a língua portuguesa (SOUZA, 2006).

Não existe uma única e consensual definição sobre o que é política pública. Para Lynn (1980), política pública é vista como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986), de forma similar, a define como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Acerca da literatura brasileira pode-se citar Silva (2010), que vê políticas públicas como a ação estatal que visa a coordenação dos meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

Apesar das inúmeras abordagens existentes, as definições de política pública se direcionam para o governo, isto é, o locus onde os interesses e ideias se desenvolvem. De tal maneira, enfatiza-se a definição proposta por Souza (2006) que resume política pública de

uma forma mais abrangente tratando dos desdobramentos da política pública, bem como sintetiza seu ciclo:

[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. [...] políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. (SOUZA, 2006, p. 26)

Então, tem-se que políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas diretamente ou indiretamente pelo Estado, visando assegurar determinado direito social. Em geral, são constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Nesse sentido, Bernardes e Guareschi (2007) destacam a diferença entre política pública e programa, definindo políticas como diretrizes, enquanto que os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes. Dessa maneira, programas são formados por ações que visam o alcance de determinado objetivo estabelecido, e a atividade, por sua vez, que visa dar concretude a essa ação.

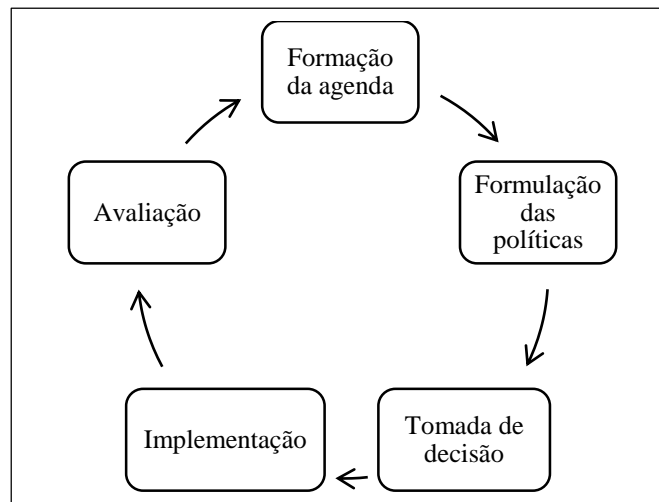
Apesar do papel e a capacidade dos governos em formular políticas públicas, como disserta Souza (2006), outros segmentos, além dos governos, se envolvem nesse processo de formulação, tais como grupos de interesse ou movimentos sociais, exercendo influências que podem ser em maior ou menor grau, a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo.

Dado os vários tipos de políticas, tem-se que cada política pública terá diferentes formas de apoio e de rejeição, já que a decisão de cada uma delas passa por arenas diferenciadas. Dessa maneira, as políticas distributivas, que são decisões tomadas pelo governo desconsiderando a questão dos recursos limitados e gerando impactos mais individuais do que universais por privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. As políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. As políticas redistributivas, que atingem maior número de pessoas e impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, como programas de saúde, o sistema tributário, o sistema previdenciário, e são as de mais difícil encaminhamento. Por último, o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. O fato é que cada

uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferente (LOWI, apud SOUZA, 2006).

Para que determinada política pública seja formulada e implementada, deve-se seguir um processo chamado ciclo das políticas públicas. Kingdon (2006) define de uma maneira simplificada a formulação de políticas públicas como sendo um conjunto de processos, incluindo o estabelecimento de uma agenda, a especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas, a escolha final dentre essas alternativas específicas, por meio de votação no Legislativo ou decisão presidencial e implementação dessa decisão. Cada uma das etapas, conforme ilustrado na Figura 1, serão devidamente explicadas, sendo que o foco será na implementação e avaliação, fases que serão contempladas no presente estudo.

Figura 1 - Ciclo de políticas públicas



Fonte: Elaboração própria

Segundo a definição de Kingdon (2006), agenda é a lista de temas ou problemas que são alvo em dado momento, tanto por parte das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo. De tal maneira, sobre a formação da agenda, Rua (2009) defende como sendo uma situação que passa a preocupar as autoridades e se toma uma prioridade na agenda governamental, significando que se tornou um "problema político". Considerando que dentro do extenso rol de possíveis problemas que os governantes poderiam dedicar sua atenção, eles se concentram em uns e em outros não, afirma-se que “o processo de estabelecimento da agenda reduz o conjunto de temas possíveis a um conjunto menor, que de fato se torna foco de atenção” (KINGDON, 2006).

E, para que uma situação se torne um item da agenda governamental, Rua (2009) afirma que é necessário que apresente pelo menos uma das seguintes características:

- (a) mobilize ação política: seja ação coletiva de grandes grupos, seja ação coletiva de pequenos grupos dotados de fortes recursos de poder, seja ação de atores individuais estrategicamente situados;
- (b) constitua uma situação de crise, calamidade ou catástrofe, de maneira que o ônus de não resolver o problema seja maior que o ônus de resolvê-lo;
- (c) constitua uma situação de oportunidade, ou seja, haja vantagens, antevistas por algum ator relevante, a serem obtidas com o tratamento daquele problema. (RUA, 2009, p.72)

Kingdon (2006), por sua vez, nesse mesmo sentido, elabora uma discussão esclarecendo que o estabelecimento da agenda governamental é explicada por: problemas, política e participantes “visíveis”. O reconhecimento de problemas é um fato relevante para o estabelecimento de agendas, dado que as chances de determinada proposta assumir lugar de destaque é decididamente maior se estiver relacionada a um problema importante. A segunda explicação considera que desdobramentos na esfera política são grandes formadores de agenda, considerando que “[...] os participantes constroem consenso por meio de negociação, criando emendas em troca de apoio, atraindo políticos para alianças através da satisfação de suas reivindicações, ou então fazendo concessões em prol de soluções de maior aceitação” (KINGDON, 2006, p. 229). Em terceiro lugar, os atores visíveis, aqueles que recebem considerável atenção do público e da imprensa, como políticos eleitos, mídia, partidos políticos e comitês de campanha têm muito mais chance de dar visibilidade na agenda governamental em comparação com os atores invisíveis – burocratas de carreira e funcionários do Congresso. Então, salienta-se que esses atores invisíveis, especialistas na área específica dessas políticas, têm maior influência na escolha de alternativas e propostas.

Após a inclusão de um tema na agenda, inicia-se o momento de formulação de políticas públicas. Nessa fase, há a construção de alternativas para a solução do problema. Rua (2009) afirma que a formulação das alternativas é um dos momentos mais importantes, porque é quando as preferências e interesses dos atores são colocados, sendo um momento em que os diversos atores entram em confronto.

Cada um dos atores possui recursos de poder: influência, capacidade de afetar o funcionamento do sistema, meios de persuasão, votos, organização, etc. E cada um deles possui preferências. Uma preferência é a alternativa de solução para um problema que mais beneficia um determinado ator. Assim, dependendo da sua posição, os atores podem ter preferências muito diversas uns dos outros. (RUA, 2009, p.74)

Posteriormente à formulação das políticas, inicia-se a tomada de decisão. Dessa maneira, depois de todas as alternativas para a solução serem apresentadas e avaliadas, a tomada de decisão constitui a fase na qual é definido o curso de ação adotado.

A fase seguinte é a da implementação, momento em que o planejamento e as escolhas previamente realizadas são colocadas em prática. Dessa forma, a implementação é vista como o conjunto de atividades que acontecem após as definições previamente explicitadas, incluindo tanto o esforço para a sua administração quanto seus impactos sobre pessoas e situações.

[...] a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: desde a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços. (RUA, 2009, p.95)

Conforme expressa O'Toodle Junior (2010), a implementação pode ser ainda mais complexa quando programas públicos necessitam ser executados envolvendo dois ou mais cenários organizacionais. Rua (2009) complementa abordando uma situação de uma política que envolva os níveis de governo subnacionais, nesse caso, haverá a necessidade de reuniões para decidir e pactuar as responsabilidades de cada uma das partes e firmar protocolos de cooperação e regulação mútua entre os parceiros. Para O'Toodle Junior (2010), a criação de políticas de implementação bem sucedidas significa induzir a cooperação e coordenação entre os atores interdependentes diante dos prováveis impedimentos.

Por último, a avaliação das políticas públicas, tema a ser tratado da próxima seção, que consiste, em síntese, em um conjunto de procedimentos que analisam, normalmente, os resultados da política. A grande importância desta etapa é o fato de subsidiar as decisões dos gestores quanto aos ajustes necessários e à possível continuidade, expansão ou fim da política.

### 3.1.1 Avaliação de políticas públicas

A pesquisa avaliativa passou a ser vista, como um mecanismo de planejamento na década de 1960, nos Estados Unidos e, a partir de então, expandiu-se para o restante do mundo, tornando-se um dos componentes mais relevantes das reformas de Estado localizadas nas décadas de 1980 e 1990 (GAMBI, 2010). A importância da avaliação é destacada,

principalmente, em contextos de crise fiscal em que, no entender de Costa e Castanhar (2003), verifica-se a escassez de recursos do setor público, justamente num momento em que se torna essencial e inadiável a sua intervenção para atender à população mais necessitada. Diante dessa situação, é importante obter maior eficiência nos investimentos do governo em programas governamentais.

Apesar de o momento de destaque da avaliação de políticas ser posterior a 1960, é válido mencionar que em meados de 1930 foram realizadas as primeiras avaliações com foco nas áreas da educação e saúde. O desenvolvimento das pesquisas avaliativas pode ser explicada, devido, principalmente, às políticas de proteção social originadas pela Depressão, em que a necessidade de mensurar os resultados e impactos alcançados por essas políticas estimula a realização das avaliações de programas (BALLART, 1996; FARIA, 2005; OSUNA; MÁRQUEZ, 2000 apud GAMBI, 2010, p. 28).

A partir deste momento, gradualmente, estas pesquisas foram ganhando espaço também em outras áreas, a citar a qualificação profissional, moradia, planejamento familiar e desenvolvimento comunitário (GAMBI, 2010). Faria (2005) salienta que a concepção da avaliação (iniciada em 1940 e estendendo-se aos anos 1960) era entendida como instrumento para o planejamento reservado aos formuladores de políticas (altos escalões), visando à racionalização dos processos decisórios, demonstrando, por conseguinte, uma concepção idealizada.

A primeira fase, após a avaliação se expandir para o mundo (anos 1960 e 1970), tem o objetivo de aperfeiçoar os programas, isto é, torná-la útil aos gerentes por meio de feedback, prevalecendo a função de informação. Nos anos 1980, prevalece a função da realocação, visando à promoção de alocação racional de recursos no processo orçamentário. E, por fim, a década de 1990, que foi marcada pela função de legitimação, sendo que o foco é principalmente na medição dos resultados, havendo, portanto, a conversão dos avaliadores em auditores. (DERLIEN, 2001; ALA-HARJA; HELGASON, 2000, apud TREVISAN; VAN BELLEN, 2008, p. 537). Ressalta-se que na América Latina a utilização da avaliação se deu a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, a partir da reforma do setor público (FARIA, 2005). Mais especificamente com relação ao Brasil, a avaliação progride em dois sentidos, sendo que o primeiro é como um mecanismo de controle social, enquanto que o segundo é devido a exigência das agências de financiamento internacionais, como por

exemplo o Banco Mundial para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), nessa direção, Gomes (2001) salienta:

Na conjuntura de redemocratização, a avaliação de políticas sociais responde à necessidade de tornar os agentes do Estado plenamente responsáveis de suas ações, contribui no debate democrático na medida em que clarifica as escolhas públicas e ajuda na compreensão coletiva de mecanismos sociais particularmente opacos (GOMES, 2001, p. 24).

Abordado um breve histórico da evolução da avaliação, salienta-se que avaliação de políticas públicas tem recebido variadas definições, a depender da linha de pesquisa, no entanto, seu conceito parece ser quase consensual. (COSTA; CASTANHAR, 2003). De forma a enfatizar as abordagens que mais se aproximam do que se pretende este trabalho, utilizar-se-á o conceito de avaliação formalizada no setor público, considerando que a análise a ser feita é de um programa público que objetiva o atendimento às demandas sociais.

Nessa direção, uma importante definição é a do Unicef (1990) que trata a avaliação como um exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos.

E, de maneira similar, a avaliação de políticas públicas "[...] é fundamental para aferir o grau de eficiência, efetividade e eficácia que os serviços sociais apresentam e em consequência realimentar decisões e ações no campo da política social" (BARREIRA, 2000, p.13).

De acordo com Jannuzzi (2013), avaliação é um conjunto de procedimentos técnicos para produzir informação e conhecimento, em perspectiva interdisciplinar, para desenho ex-ante, implementação e validação ex-post de programas e projetos sociais, por meio das diferentes abordagens metodológicas da pesquisa social, com a finalidade de garantir o cumprimento dos objetivos de programas e projetos (eficácia), seus impactos mais abrangentes em outras dimensões sociais, ou seja, para além dos públicos-alvo atendidos (efetividade) e a custos condizentes com a escala e complexidade da intervenção (eficiência).

Para Figueiredo e Figueiredo (1986, p.75), a avaliação de políticas públicas é entendida como:

Avaliar é atribuir valor, determinando o que é bom ou mau. Neste sentido, a avaliação política das políticas públicas implica atribuir valor às suas consequências, ao aparato institucional onde as políticas ocorrem e aos próprios atos que pretendem modificar seu conteúdo, implicando, portanto, a definição de critérios.

Para Weiss (1998), avaliar é o processo comparativo dos efeitos de um programa com o que foi definido como meta, ou seja, aquilo que foi proposto a se alcançar, objetivando-se subsidiar tomadas de decisões que possibilitem melhorar o futuro do programa.

Então, parece consensual que os autores supracitados veem a avaliação como um instrumento de grande valia para se alcançar melhores resultados, bem como promover uma melhor utilização dos recursos públicos aplicados. Tornando-se possível identificar aqueles com fraco desempenho, de maneira a aperfeiçoá-los, bem como incentivar os programas que funcionam com mais efetividade, eficiência e eficácia.

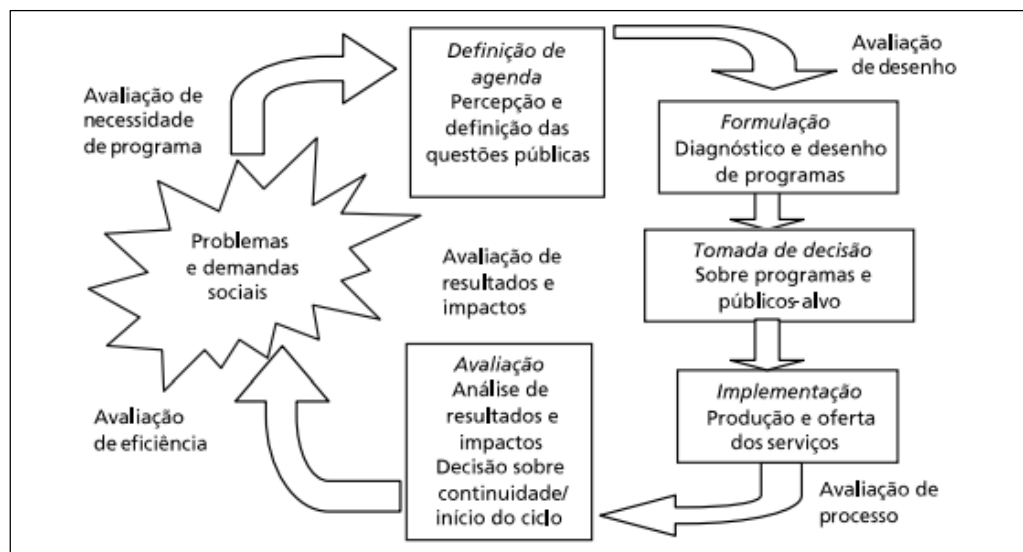
Muitos autores vão além da definição conceitual, abordando que a avaliação não é um mero julgamento se os objetivos da política foram alcançados ou não. Nesse sentido, “a avaliação é um instrumento de mudança que não deve apenas demonstrar os problemas ou propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam ao cumprimento de padrões de qualidade em diferentes serviços” (MOKATE, 2002; COSTA; CASTANHAR, 2003; PISCO, 2006 apud BECHELAINE, 2013, p. 29). De maneira similar, Henriques (2006) defende que se uma avaliação não busca examinar as causas de seu insucesso, esta tende a ser incompleta, sendo necessário, portanto, apontar as causas do fracasso, isto é, o porquê de ter atingido eficiência e eficácia baixas. E, mais uma vez, determinar o desempenho do programa é apenas uma parte do “problema”, significa dizer que o processo avaliativo deve transcender este quesito e servir também como auxílio em questões, como por exemplo, continuar com o programa ou não.

Com relação à operacionalização da avaliação, para que ela possa cumprir ao que se propõe, é necessário definir medidas que possam aferir os resultados obtidos. São vários os critérios de avaliação e a escolha do mais adequado depende do que se pretende privilegiar. E ressalta-se que para que esses critérios sejam operacionalizados é necessário o estabelecimento de indicadores, que são referências quantitativas ou qualitativas servindo para indicar se as atividades de um projeto estão sendo bem executadas ou se os objetivos foram alcançados. Unicef (1990) elenca os principais critérios utilizados:

eficiência — termo originado nas ciências econômicas que significa a menor relação custo/benefício possível para o alcance dos objetivos estabelecidos no programa;  
 eficácia — medida do grau em que o programa atinge os seus objetivos e metas;  
 impacto (ou efetividade) — indica se o projeto tem efeitos (positivos) no ambiente externo em que interveio, em termos técnicos, econômicos, socioculturais, institucionais e ambientais;  
 sustentabilidade — mede a capacidade de continuidade dos efeitos benéficos alcançados através do programa social, após o seu término;  
 análise custo-efetividade — similar à idéia de custo de oportunidade e ao conceito de pertinência; é feita a comparação de formas alternativas da ação social para a obtenção de determinados impactos, para ser selecionada aquela atividade/projeto que atenda os objetivos com o menor custo;  
 satisfação do beneficiário — avalia a atitude do usuário em relação à qualidade do atendimento que está obtendo do programa;  
 equidade — procura avaliar o grau em que os benefícios de um programa estão sendo distribuídos de maneira justa e compatível com as necessidades do usuário. (UNICEF, 1990)

É relevante salientar o entendimento de Cohen e Franco (2012) que diz respeito à importância de a avaliação estar interligada a outras fases do ciclo de políticas públicas como por exemplo, formulação, implementação, execução e redesenho. Nesse sentido, Januzzi (2011) trata do ciclo de políticas públicas, o que, no seu entender, é uma proposta que ajudaria a definir melhor quais aspectos do programa devem ser avaliados em função do seu estágio de maturidade, o que maximiza as chances de se obter informações úteis e relevantes para seu aprimoramento no momento. A figura a seguir, abordada por Januzzi (2011), trata da tipologia de avaliação mais adequada a cada fase, sendo esta proposta por Rossi et al (2004).

Figura 2 - Tipologia de avaliação de Rossi *et al.* (2004) e o ciclo de políticas e programas



Fonte: Januzzi (2011)

Para Januzzi (2011), a avaliação de necessidade do programa é quando avalia-se sua pertinência na agenda de políticas públicas. A seguir, a avaliação de desenho em que se verifica se o programa, de fato, representa o melhor modo de intervenção para resolução o problema em questão. A avaliação de processo é a tipologia em que se avalia a implementação, enfatizando questões como a cobertura do público-alvo atendido, qualidade dos serviços oferecidos, dificuldades na operação do programa. Com relação à avaliação de resultados e impactos, ela busca responder se foi solucionado o problema que estimulou a criação do programa, além de avaliar qual a sua contribuição. Por fim, tem-se a avaliação de eficiência que ocorre após a implementação que procura avaliar se o custo do programa legitima-se pelos efeitos obtidos.

Nota-se que a avaliação está intimamente relacionada com a tomada de decisão considerando que disponibiliza melhores informações e conhecimento aos governantes, de forma que estes possam solucionar problemas a partir de interpretações e decisões mais fundamentadas, cessando, conseqüentemente, a subjetividade envolvida nesse processo (ALA-HARJA; HELGASON, 2000, apud BECHELAINE, 2013, p. 30). E, dada a importância da avaliação como meio de subsidiar a tomada de decisões para aumentar a eficiência dos recursos aplicados nas políticas públicas, a próxima sessão será destinada à exposição dos conceitos de eficiência, eficácia e efetividade.

### 3.1.2 Eficiência, eficácia e efetividade

O modelo burocrático tradicional de administração foi posto em cheque na década de 70, a partir da crise fiscal, surgindo, assim, o modelo gerencial de administração pública que propõe a adoção de mecanismos que visam a excelência administrativa e o foco no cidadão. Dessa maneira, a capacidade de gestão ganha destaque, o que remete à eficiência (princípio adotado na Constituição Federal de 1988 e complementado pela Emenda Constitucional nº. 19 (BRASIL, 1998) e seus correlatos: eficácia e efetividade, sendo esse último um conceito mais recente.

Embora os termos sejam, muitas vezes, utilizados como sinônimos, seus significados são bastante distintos. Para Chiavenato (1994), toda organização deve ser analisada sob o aspecto da eficácia e eficiência, mas nem sempre se consegue ser eficiente e eficaz ao mesmo tempo, embora seja o ideal.

Eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) À medida que o administrador se preocupa em fazer corretamente as coisas, ele está se voltando para a eficiência (melhor utilização dos recursos disponíveis). Porém, quando ele utiliza estes instrumentos fornecidos por aqueles que executam para avaliar o alcance dos resultados, isto é, para verificar se as coisas bem feitas são as que realmente deveriam ser feitas, então ele está se voltando para a eficácia (alcance dos objetivos através dos recursos disponíveis) (CHIAVENATO, 1994, p. 70).

Nesse mesmo sentido, Megginson *et al* (1998) defende que a eficiência é a capacidade de “fazer as coisas direito”, sendo uma relação entre insumo e produto (input e output), isto é, é eficiente aquele administrador que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão-de-obra, material, dinheiro, máquinas e tempo), conseguindo, dessa maneira, maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos. Por outro lado, entende que a eficácia é a capacidade de “fazer as coisas certas” ou de conseguir resultados, portanto, deve-se incluir objetivos mais adequados e os melhores meios para atingi-los.

Em se tratando especificamente da área pública, o entendimento sobre esses conceitos apresenta o mesmo viés, porém, mais direcionado à ação estatal:

Eficácia: basicamente, a preocupação maior que o conceito revela se relaciona simplesmente com o atingimento dos objetivos desejados por determinada ação estatal, pouco se importando com os meios e mecanismos utilizados para atingir tais objetivos. Eficiência: aqui, mais importante que o simples alcance dos objetivos estabelecidos é deixar explícito como esses foram conseguidos. Existe claramente a preocupação com os mecanismos utilizados para obtenção do êxito da ação estatal, ou seja, é preciso buscar os meios mais econômicos e viáveis, utilizando a racionalidade econômica que busca maximizar os resultados e minimizar os custos, ou seja, fazer o melhor com menores custos, gastando com inteligência os recursos pagos pelo contribuinte (TORRES, 2004, p. 175).

Um terceiro conceito, incorporado à literatura posteriormente, é a efetividade, termo válido, especialmente, para administração pública, que, no entendimento de Torres (2004) refere-se à necessidade (ou não necessidade) de realizar certas ações pública.

efetividade: é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito (TORRES, 2004, p. 175).

Assim, Washington Souza (2008) sintetiza esses conceitos, definindo que a eficiência significa fazer mais com menos recursos; a eficácia resulta da relação entre metas

alcançadas versus metas pretendidas e a efetividade é a avaliação das transformações ocorridas a partir da ação.

Muitos doutrinadores tratam da eficiência dado que é um princípio constitucional, expresso na Constituição Federal de 1988: “Art. 37 - A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência**, (...)” (BRASIL, 1988, grifo nosso). Dessa forma, no entendimento de Hely Lopes de Meirelles:

o Princípio da Eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros (Meirelles, 2002, p. 94).

Nesse mesmo sentido, Alexandre de Moraes (1999) mostra que esse princípio estabelece que a Administração direta e indireta e seus agentes devem praticar o bem comum de maneira imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre almejando a qualidade, bem como adotando os critérios necessários para melhor utilização dos recursos públicos.

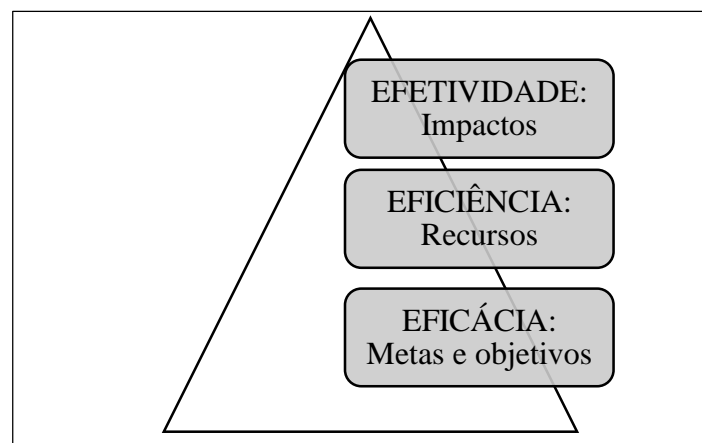
A própria Constituição Federal admite que há diferença entre os conceitos eficiência e eficácia, em seu art. 74, ao tratar sobre controle interno entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, dispõe no inciso II: “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à **eficácia** e **eficiência** da gestão orçamentária [...]” (BRASIL, 1988, grifo nosso).

A eficiência, eficácia e efetividade dos programas de governo são mensuradas através das avaliações, que devem ocorrer permanentemente. A avaliação sistemática, contínua e eficaz é uma ferramenta gerencial poderosa, fornecendo aos formuladores e gestores de políticas públicas condições para aumentar a eficiência e efetividade dos recursos aplicados (SANO; MONTENEGRO FILHO, 2013).

Antico e Jannuzzi (2006 p. 19), afirmam que “a avaliação de um programa público requer indicadores que possam dimensionar o grau de cumprimento dos objetivos dos mesmos (eficácia), o nível de utilização de recursos frente aos custos em disponibilizá-los (eficiência) e a efetividade social”.

Fagundes e Moura (2009) tratam da avaliação envolvendo esses conceitos, para os autores, na avaliação de eficácia avalia-se a relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa, estuda-se nesse caso os efeitos diretos e indiretos resultantes da intervenção, até mesmo aqueles efeitos perversos, contraditórios à intenção da ação. Sobre a avaliação de eficiência, verifica-se a correlação entre os efeitos dos programas (benefícios) e os esforços (custos) empreendidos para obtê-los, tendo como objetivo reestruturar a ação para obter, ao menor custo e ao menor esforço, melhores resultados. Quanto à avaliação de efetividade, é um estudo do impacto do planejado sobre a situação, de forma a adequar os objetivos definidos para o atendimento da problemática, objeto da intervenção, sendo, portanto, um estudo dos efeitos da ação sobre a questão. A figura 3 esquematiza os conceitos abordados.

Figura 3 - Esquemática dos conceitos eficácia, eficiência e efetividade



Fonte: Elaboração própria.

Nota-se que a figura 3 ilustra a hierarquização dos conceitos de efetividade, eficiência e eficácia, de acordo com o objeto, de uma política pública ou programa, a ser avaliado.

### 3.2 Federalismo e descentralização

Nas últimas décadas, a agenda governamental foi modificada, passando a priorizar temas mais complexos e amplos, dessa maneira, é necessária a integração de diversos atores para que a população seja atendida de forma satisfatória. Então, ao objetivar a coordenação das ações em prol dos fins comuns, bem como assegurar autonomia dos diversos

níveis de governo, como afirma Palotti e Costa (2011), vem-se à tona os temas da descentralização e do federalismo.

Abrucio (2006) define descentralização como:

[...] um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da transferência (ou conquista) efetiva de poder decisório a governos subnacionais, que: a) adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores; b) para comandar diretamente sua administração; c) para elaborar uma legislação referente às competências que lhe cabem; e, por fim, d) para cuidar de sua estrutura tributária. (ABRUCIO, 2006, p. 78)

Arretche (1996), por sua vez, entende descentralização como o deslocamento de recursos, competências e poder decisório do “centro”, colocando-os em outras entidades específicas, isto é, os entes descentralizados.

Abrucio (2006) defende que a descentralização e democratização andam juntas, devido ao fato de que a maior proximidade dos governos em relação aos cidadãos permite o aumento da accountability, sendo assim, a democracia tem muito mais chances de se realizar no âmbito local.

De fato, o controle sobre os governantes pode ser facilitado pela descentralização, já que, com ela, é maior a probabilidade de disseminação das informações, de criação de canais de debates e mesmo de instituição de mecanismos mais efetivos de fiscalização governamental (ABRUCIO, 2006).

Outra qualidade da descentralização abordada por Abrucio (2006) refere-se ao aumento da eficiência e efetividade, porque, na visão do autor, a centralização das políticas resultaria em maior irracionalidade administrativa, sendo assim, considerando que descentralizar aproxima os formuladores dos implementadores de políticas pública, bem como os dois dos cidadãos, ocasionando melhoria da qualidade da gestão pública.

No entanto, existem dificuldades inerentes a qualquer processo de descentralização aplicado às políticas públicas. Considerando que a tendência da descentralização é recente, já que o cenário anterior era de um Estado Nacional fortemente centralizado o que, para Abrucio (2006) ocasionou danos no que tange à eficiência e à efetividade das políticas públicas já que quanto mais atividades o governo central concentrava em seu poder, mais perdia-se o controle sobre sua qualidade. Assim, apesar da mudança de cenário, o autor expressa que:

[...] muitos governos centrais não têm conseguido lidar com a nova realidade e querem evitar perda de autoridade e de competências, criando incertezas quanto aos

passos seguintes do processo [...] o fato é que a fragilidade dos instrumentos de cooperação e coordenação entre as esferas de poder constitui um grande obstáculo ao sucesso da descentralização (ABRUCIO, 2006).

Arretche (1996), por sua, também aborda sobre as dificuldades relativas ao processo de descentralização, defendendo que a superação destas dificuldades não pode ocorrer apenas por iniciativa dos governos locais, devido à heterogeneidade na capacidade de mobilizar recursos próprios e dada a escala local de sua atuação. Sendo assim, apenas o governo central pode desempenhar esta tarefa, sob pena de que se aprofundem as desigualdades regionais. E, no entender da autora, “as tendências de reforma do Estado brasileiro apontam para um novo papel a ser desempenhado pelo governo federal: de forte regulação das políticas nacionais, de correção das desigualdades regionais e de compensação das insuficiências locais.” (ARRETICHE, 1996, p. 60).

A importância do governo central para a superação das dificuldades justifica a necessidade de um poder central fortalecido nos processos de descentralização. Caso contrário, Arretche (1996) afirma que a ausência de direção do centro somada à heterogeneidade dos governos locais e seus interesses difusos, dificulta um ambiente propício para a cooperação e implementação das políticas públicas.

Nesse cenário de descentralização, tem-se, assim, o federalismo, um modelo de descentralização estatal. A palavra federação é derivada do latim *foederatio* que apresenta o sentido de aliança, acordo. Nesse sentido, ela sempre é empregada em contextos de articulação entre entidades dispersas em um território. Sendo assim, os entes federados, decorrentes do federalismo, são pessoas jurídicas autônomas, não havendo soberania de um ente federado sobre outro, tampouco de subordinação entre eles, o que configura descentralização.

[O federalismo] Trata-se de um acordo capaz de estabelecer um compartilhamento da soberania territorial, fazendo com que coexistam, dentro de uma mesma nação, diferentes entes autônomos e cujas relações são mais contratuais do que hierárquicas. O objetivo é compatibilizar o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes, resultando numa divisão de funções e poderes entre os níveis de governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007, p.1).

Nessa mesma direção, no entendimento de Maciel e Ribeiro:

[...] a federação é um arranjo político definido pela Constituição Federal, em que ficam previamente distribuídas competências entre o poder central – no caso brasileiro, chamado de União – e às entidades políticas descentralizadas, assegurando a ambos os níveis de governo certo grau de autonomia (MACIEL; RIBEIRO, 2014, p. 311).

Todavia, a despeito dessa autonomia dos entes federativos, bem como o fato de, no caso brasileiro, ser extenso o rol de competências compartilhadas, Abrucio e Franzese (2007) afirmam que isso permite omissão por parte da União, Estado e Municípios, fazendo com que a população não saiba, efetivamente, de qual ente cobrar. Sendo assim, tem-se um processo não transparente e de responsabilização difusa. Os autores acrescentam ainda que pode haver iniciativas de políticas públicas desintegradas, ou até mesmo em direções opostas. Esta prática faz com que os recursos públicos, que já são escassos, sejam aplicados de forma desarticulada, não gerando os melhores resultados possíveis.

No entendimento de Maciel e Ribeiro (2014), a completa separação de competências e a fraca articulação entre os entes federados comprometem a capacidade de implementação de políticas pelos Estados, nessa direção, o federalismo cooperativo é derivado da necessidade de ação conjunta e eficaz entre as esferas federadas visando abrandar os efeitos advindos da crise econômica do século XX, assim, ressalta-se a importância da interação e do planejamento entre as instâncias governamentais para a execução mais eficaz das políticas sociais.

Nesse mesmo sentido, Silva (2010), também, salienta a necessidade de haver um federalismo cooperativo, sendo definido pelo autor como formas conjuntas de ação entre as esferas de governo, mantendo a significativa autonomia decisória e a capacidade de autofinanciamento das unidades subnacionais.

Sendo assim, um ponto importante de se ressaltar é que o federalismo cooperativo decorrente da Constituição Federal de 1988, diferentemente do federalismo em sua forma clássica, não vislumbra afetar as competências definidas constitucionalmente a cada ente ou a sua autonomia, dessa maneira, “trata-se de um planejamento coordenado, com a anuência de todos os titulares e funções estatais, em contraposição a um planejamento imposto de cima para baixo” (BERCOVICI, 2003, p. 210)

Então, apesar de, no Brasil, segundo Silva (2010), o Federalismo ter sido criado como obra de resolução do Governo Provisório, foi a partir da redemocratização, com a Constituição Federal de 1988 que se enfatizou os conceitos de descentralização e federalismo devido à instituição do novo pacto federativo entre os três entes: União, estados e municípios. A seção a seguir é destinada a elucidar os conceitos de cooperação e coordenação federativa para, então, serem expostas na seção posterior as consequências da Constituição

Federal – que evidenciou o federalismo e descentralização – para a cooperação e coordenação.

### 3.2.1 Coordenação e cooperação federativa

A descentralização do Estado brasileiro, assunto que estava em discussão desde a década de 1980, foi contemplada pela Constituição Federal de 1988 que criou um federalismo tripartido, redistribuindo o poder em favor dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Dessa maneira, os municípios assumiram a gestão de projetos em variadas áreas como saúde, educação, segurança. Contudo, Arretche (1996) mostra que essas reformas podem provocar resultados diferentes dos esperados considerando que a grande maioria dos municípios brasileiros padece de precariedade técnica, administrativa e financeira. Nesse contexto, a descentralização tende a fragilizar ainda mais a provisão de serviços estatais, por repassar prerrogativas para municípios sem condições de exercê-las integralmente e por fragmentar as ações públicas de forma a comprometer uma escala adequada da oferta de serviços. E ainda, como se sabe, a superação ou minimização das desigualdades regionais existentes no Brasil exige a adoção de mecanismos de coordenação federativa e de fomento à cooperação intergovernamental, além da implementação de políticas compensatórias em favor dos entes mais necessitados.

Tal processo de descentralização induz mudança na distribuição de poder, o que requer o fortalecimento dos mecanismos de coordenação já que a provisão de políticas públicas pelo Estado implica o envolvimento de uma multiplicidade de atores, com funções e interesses diversos e que compartilham responsabilidades. A coordenação federativa é entendida como formas de articulação que resultam na instauração de parcerias aprovadas pelas diferentes esferas governamentais, em diferentes setores das políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

Os problemas de coordenação acontecem quando duas organizações realizam a mesma tarefa (redundância), quando nenhuma organização realiza uma tarefa necessária (lacuna), e quando políticas com o mesmo público-alvo têm objetivos e exigências diferentes (incoerência) (PETERS, 1998). A necessidade da coordenação surge, portanto, pela existência de processos complexos e dinâmicos, sendo necessária a análise e a previsão do papel desempenhado por cada ator, bem como a oportunidade da sua ação (RODRIGUES, 2009).

À vista disso, a coordenação é vista como um elemento-chave para equilibrar a autonomia e interdependência dos governos, amenizando, assim, os conflitos existentes entre eles, favorecendo a cooperação. Tem-se que a coordenação é possibilitada através de alguns mecanismos como: instrumentos legais e normativos voltados para a distribuição de funções e competências gestoras; instâncias federativas e mecanismos de negociação intergovernamental; funcionamento regular das instituições representativas; papel coordenador e/ou indutor do governo federal/ estadual (LIMA, 2013).

A noção de cooperação também é essencial ao federalismo dado que a interação entre as unidades é um elemento chave. Nesse sentido, o federalismo cooperativo é pautado em uma atuação conjunta e complementar entre os diversos níveis de governo em prol da elaboração e da execução de políticas públicas de interesse comum já que a Constituição Federal estabelece competências comuns a todos os entes, impondo, assim, a todos uma responsabilização pela execução considerando que cada parte autônoma sofrerá os efeitos (MACIEL; RIBEIRO, 2014).

A Constituição Federal de 1988 aborda diversos princípios do Federalismo Cooperativo, evidenciando a necessidade de mecanismos de cooperação entre os entes, dentre eles:

a) O art. 23, que expressa a necessidade de edição de leis complementares relativas à cooperação entre União, Estados e o Distrito Federal tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional;

b) O art. 241, que trata dos consórcios e convênios de cooperação para a gestão associada de serviços públicos.

Por ser previsto pela Constituição, os consórcios intermunicipais constituem o melhor exemplo de articulação para a execução cooperativa de políticas públicas, possibilitando que sejam ofertados serviços públicos essenciais à população. Mas vale destacar outros instrumentos hábeis para a potencialização da cooperação entre as unidades no campo das políticas públicas, dado que o art. 23 da Constituição Federal disserta que “leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (BRASIL, 1988). Portanto, evidencia que é permitida, bem como necessária, a edição de leis com o intuito de criar mecanismos de cooperação. Ressalta-se,

assim, que o federalismo apresenta uma capacidade de desenvolvimento incremental, no qual boas práticas adotadas e testadas por determinados entes servem de exemplo para outras unidades da federação (MACIEL; RIBEIRO, 2014).

Os fóruns e Conselhos de Políticas Públicas, Conferências Nacionais e Consórcios Intermunicipais são alguns dos mecanismos de cooperação entre as instâncias de governo, para implementação de políticas públicas, que vêm sendo desenvolvidos pela constante reinvenção da federação brasileira, dessa maneira, são instrumentos essenciais para a solução das questões de interesse nacional, bem como para a execução conjunta e eficaz das políticas e serviços públicos.

Considerando que os entes federados enfrentam problemas semelhantes e possuem demandas em comum, é conveniente que haja uma aproximação dos gestores de políticas públicas com os seus correspondentes de outros entes federados de modo que ocorra troca de experiências e a defesa dos interesses comuns. Esse espaço de articulação pode ser constituído como pessoa jurídica, o que denomina-se Conselho. Nos casos em que não são formalizados em uma pessoa jurídica são chamados de Fóruns. Nesse sentido, “Os conselhos ou fóruns, via de regra, são criados pelos próprios agentes políticos que o integram, sendo palco de debates e trocas de experiências entre as esferas governamentais.” (MACIEL; RIBEIRO, 2014, p. 216). Então, são instrumentos que visam garantir os interesses estaduais frente ao Governo Federal, sendo exitosos na articulação e promoção de políticas sociais.

No que tange aos conselhos, vale destacar o Conselho Nacional de Secretários de Educação (CONSED)<sup>2</sup> e o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração (CONSAD)<sup>3</sup>. Sobre o CONSED, Maciel e Ribeiro (2014) dissertam que sua contribuição transcende a troca de informação e disseminação de boas práticas, já que apresenta certo nível de influência frente ao Governo Federal, sendo um mecanismo amplo para salvaguardar os interesses estaduais. Com relação ao CONSAD, da mesma forma, é um espaço de troca de experiências e boas práticas realizadas pelos próprios estados, além de ser, também, um mecanismo de influência face ao Governo Federal.

---

<sup>2</sup> O Conselho Nacional de Secretários de Educação (CONSED) é responsável por promover a articulação entre as Secretarias de Educação dos estados e do Distrito Federal, buscando formular e efetivar políticas no âmbito da educação básica.

<sup>3</sup> O Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração (CONSAD) visa o aprimoramento constante da gestão pública brasileira, focando no fortalecimento da articulação interestadual.

Existem também Conselhos de Políticas Públicas que são criados por previsão legal ou constitucional, sendo órgãos, normalmente, vinculados à administração pública federal com representação de diferentes entes federados. Podem ser exemplificados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) com previsão na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ) e o Conselho Nacional de Política Cultural (CNPC), os dois criados por Decreto presidencial. Assim, são considerados instâncias máxima deliberativa, com encargo de fiscalizar e acompanhar a execução das políticas, bem como apresentam competência para expedir atos normativos, aprovar orçamentos e gerenciar fundos de recursos públicos destinado àquele setor (MACIEL; RIBEIRO, 2014).

Sobre as Conferências Nacionais, no entendimento de Souza (2012), são definidas como encontros periódicos que agrupam representantes de três esferas de governo e da sociedade civil, com objetivo de discutir e elaborar políticas em diversos setores, sendo um espaço de participação na gestão pública e interlocução entre os governos. Apresentam caráter transitório, diferentemente dos Conselhos supracitados, sendo convocadas, então, por uma finalidade específica.

Um ponto de destaque é que as Conferências apresentam uma capacidade de articulação ainda maior ao serem comparadas com os Fóruns e Conselhos de Políticas Públicas dado que a sociedade civil também é um participante. Sendo assim, por englobar diferentes níveis de conhecimento sobre uma mesma questão, já que os gestores locais e estaduais, bem como a população diretamente afetada participam, resulta em uma gestão pública mais participativa e democrática dado que a deliberação acerca das políticas sociais não se limita ao governo central, pois as demandas locais e regionais são igualmente consideradas (MACIEL; RIBEIRO, 2014).

Por fim, os Consórcios Intermunicipais, um dos principais mecanismos de ação cooperativa que proporcionam a integração entre os governos locais e são realizados no âmbito de competência comum. Diante da realidade na qual o governo local necessita arcar com as despesas de grande parte dos programas federais e estaduais, provocando desequilíbrio nas finanças, faz-se necessária essa alternativa para superar a condição de dependência que os municípios menores apresentam, garantindo o fornecimento de serviços essenciais de forma eficiente, reduzindo gastos e facilitando para que os municípios levem suas demandas aos governos supralocais. Disciplinado pela Lei nº 11.107/2005 (BRASIL, 2005) que regulamenta

o art. 241, já citado, da Constituição Federal, trata-se da cooperação horizontal e vertical entre as três esferas de governo para gestão compartilhada de políticas públicas, institui um arcabouço legal e institucional para a concretização do Federalismo Cooperativo no Brasil.

[...] inegável que os municípios necessitam definir formas de se associar, para prestar determinados serviços, que transcendam os seus territórios ou que, por uma necessidade econômica, sejam mais viáveis. Os municípios devem se articular para manter a qualidade de vida dos cidadãos e, em algumas microrregiões, os consórcios têm sido uma alternativa para mudar as condições de vida (CRUZ, 2002, p. 200).

Consórcio Público é definido pelo art. 2º do Decreto 6.017/2007 como:

Art. 2º Para os fins deste Decreto, consideram-se:

I - consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos; (BRASIL, 2007)

Gasparini (2007, p. 346) define os consórcios públicos como sendo “mais um mecanismo jurídico-administrativo, posto pelo direito nas mãos dos entes federados para a realização de obras e serviços de interesse comum”.

Portanto, os consórcios têm como objetivo resolver problemas de interesse comum, sendo uma união dos recursos de cada um dos associados que, isoladamente, não alcançariam o resultado desejado. Esse instrumento é a tradução da ideia de que entes federativos podem reunir esforços para que tenham condições de realizar com eficiência a prestação dos serviços básicos.

Apesar de os consórcios apresentarem maior destaque quanto trata-se de cooperação federativa, dado que é um instrumento já institucionalizado, expresso em legislação, Ravanelli (2010) defende a importância da promoção de uma maior articulação de iniciativas e políticas públicas realizadas pelas diferentes esferas de governo, por meio da criação de novos instrumentos de cooperação intergovernamental, o que propicia o desenvolvimento de uma nova cultura política de pactuação e negociação intergovernamental.

Nesse sentido, tanto os mecanismos de cooperação instituídos por lei para atender ao comando constitucional expresso no art. 23 da Constituição Federal de 1988, quanto à interação promovida pelas comunidades políticas, são igualmente úteis para criar um espaço de articulação, troca de experiências entre gestores e compartilhamento de custos e tarefas.

No entanto, o fato é que embora o país seja caracterizado por ser um Federalismo Cooperativo, “a prática na política brasileira, a tradição é a de que as relações de cooperação federativa sejam precárias, muitas vezes confundidas com uma dádiva ou favor que o estado ou a União fazem ao município.” (RIBEIRO, 2007, p. 5). E destaca-se que a Lei Complementar para fixação das normas para cooperação ainda não tenha entrado na agenda de discussões dos fóruns Legislativos, nem tenha sido objeto de votação do Senado, que por ser a representação dos estados, deveria ter como foco as questões de interesse federativo. Ressalta-se ainda que até 2005 não existia no Brasil uma legislação específica que tratasse das formas de consórcio entre os entes da federação. Somente em abril de 2005 foi aprovada a Lei 11.107/2005 (BRASIL, 2005), que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos, regulamentada posteriormente através do Decreto 6.017/2007 (BRASIL, 2007). Como a legislação não define claramente todas as formas de cooperação, significa que as iniciativas de articulação, quando ocorrem, precisam partir dos próprios entes, isto é, por meio políticas autônomas e alternativas nos diversos níveis de governo.

Abordadas as definições de coordenação e cooperação federativa, bem como as formas de cooperação existentes no Brasil, é importante destacar as consequências provenientes da Constituição Federal de 1988, responsável pela instituição do federalismo cooperativo, que impactou diretamente os municípios, estados e União, tal tema será tratado na seção a seguir.

### 3.2.1.1 Constituição Federal de 1988 e suas consequências para a coordenação e cooperação federativa

A implementação da maioria das políticas sociais demanda integração de ações dos diversos níveis de governo, remetendo à cooperação entre entes autônomos. E, quando se trata de contextos federativos, pode-se relacionar a cooperação à coordenação federativa dada a necessidade de construir acordos entre os entes federados. Dessa forma, no âmbito de estruturas federativas, as questões relacionadas à coordenação ganham relevância e remetem à discussão das condições que propiciam a cooperação entre as esferas federativas e minimizam a competição (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Com o processo de “universalização” das políticas sociais advindo com a Constituição Federal de 1988, as competências foram redistribuídas entre os entes, surgindo

uma série de competências comuns a todos necessitando de cooperação, conforme abordado por Cibele Franzese:

O impacto desse processo para o modelo de federalismo no Brasil, tal qual verificado no momento de expansão dos Estados de Bem-Estar Social nas federações próximas do modelo competitivo, foi a construção de um padrão mais cooperativo, compreendendo articulação entre esferas de governo na promoção de políticas sociais em âmbito nacional (FRANZESE, 2010, p.105).

Então, com o novo federalismo, pós 1988, conforme afirma Souza (1998), houve uma significativa descentralização na distribuição dos recursos tributários e do poder político no país. Sendo assim, tem-se que o federalismo brasileiro prevê cooperação e reciprocidade mas, em contrapartida, é um arranjo que determina divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo, significando que cada instância possui competências sobre as quais cabe a ela a decisão final, isso significa que a cooperação federativa enfrenta o desafio de conciliar a autonomia das esferas de governo com a devida interdependência que há entre elas. E é inegável que o sucesso do “pacto federativo” requer a cooperação entre os diversos atores envolvidos, o que remete ao problema de coordenar ações de níveis de governo autônomos (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

No entendimento de Souza (1998), os resultados do federalismo são muito visíveis, já que a União tem sido particularmente afetada por dificuldades financeiras e na esfera subnacional os resultados da descentralização apresentam alto grau de heterogeneidade devido às desigualdades regionais existentes no país. Nessa direção, Souza (1998) expressa que há limites da descentralização e do federalismo em países onde as disparidades regionais e sociais são muito profundas, como é o caso brasileiro, dado que o enfraquecimento político e financeiro do governo federal decorrente desse fenômeno dificulta a redução das referidas desigualdades.

Posto isso, Abrucio (2005) aborda o problema da fragilidade da coordenação federativa brasileira, isto é, das formas de integração entre os entes federados.

No caso dos sistemas federais, em que vigora uma soberania compartilhada, constituiu-se um processo negociado e extenso de shared decision making, ou seja, de compartilhamento de decisões e responsabilidades. A interdependência enfrenta aqui o problema da coordenação das ações de níveis de governo autônomos aspecto-chave para entender a produção de políticas públicas em uma estrutura federativa contemporânea (ABRUCIO, 2005, p.44).

A coordenação é vista por Gontijo (2010) como um processo em que ocorre geração de sinergia, entre um número de ações desenvolvidas e seus respectivos recursos, construindo ou redefinindo um sistema de regras formais e informais, por meio das quais os

atores envolvidos encontram incentivos e para atuar de forma cooperativa, dessa maneira, as políticas públicas e programas governamentais resultam em uma mínima existência de redundância, incoerência e práticas lacunares.

A importância de se haver coordenação em uma federação é evidente, assim, no entendimento de Abrucio (2006), para manter o controle mútuo e a negociação como bases da Federação a chave está nas relações intergovernamentais, juntamente com equilíbrio entre competição e cooperação.

Dessa forma, é crucial o equilíbrio entre competição e cooperação que pode-se dar através de diversos meios, como mecanismos de parceria, regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas. E ainda, conforme Menicucci e Marques (2006) abordam, a coordenação, com vistas a estimular a cooperação, pode ser favorecida a partir da implementação de políticas públicas em que os entes supralocais são capazes de interferir nas escolhas feitas pelos representantes das esferas subnacionais. Dito isso, é válido afirmar que a concretização de ações coordenadas pressupõe alguma centralização de decisões, mas que devem ser negociadas e aprovadas por todos os entes federativos.

Nesse mesmo sentido, conforme afirma Arretche (2004), a coordenação federativa pode realizar-se, em primeiro lugar, por meio de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas - definição de competências no terreno das políticas públicas, por exemplo. Somado a isso, podem existir fóruns federativos, com a participação dos próprios entes – como os senados em geral – ou que eles possam acionar na defesa de seus direitos – como as cortes constitucionais. A construção de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano intergovernamental é outro ponto de grande importância.

Uma singularidade decorrente da Constituição Federal de 1988 é o fato de que os municípios ganharam maior relevância, recebendo status de ente federado tão importante quanto a União, Estados e Distrito Federal. Entretanto, conforme afirma Abrucio (2005), as conquistas da descentralização não apagam os problemas dos governos locais brasileiros derivados da condição de serem municípios de pequeno porte. Segundo o critério do IBGE, os municípios de Pequeno Porte 1, isto é, aqueles com até 20.000 habitantes, correspondem, no senso de 2010, em torno de 70% dos municípios brasileiros e, mais especificamente sobre o estado de Minas Gerais, esse percentual é ainda maior, correspondendo a 79%. Se considerar

os municípios de Pequeno Porte 1 e 2 (até 50.000 habitantes) esses valores são ainda mais significativos, sendo 89% e 92%, para Brasil e Minas Gerais, respectivamente, conforme mostrado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios – Brasil – 2010

Classes de tamanho dos municípios	Municípios		População	
	N	%	N	%
Até 2.000	118	2,1%	197.429	0,1%
De 2.001 a 5.000	1.183	21,3%	4.176.916	2,2%
De 5.001 a 10.000	1.212	21,8%	8.541.935	4,5%
De 10.001 a 20.000	1.401	25,2%	19.743.967	10,4%
De 20.001 a 50.000	1.043	18,7%	31.344.671	16,4%
De 50.001 a 100.000	325	5,8%	22.314.204	11,7%
100.001 a 500.000	245	4,4%	48.565.171	25,5%
Mais de 500.000	38	0,7%	55.871.506	29,3%
<b>Total</b>	<b>5.565</b>	<b>100,0%</b>	<b>190.755.799</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados básicos: IBGE, 2010. Elaboração própria.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios – Minas Gerais – 2010

Classes de tamanho dos municípios	Municípios		População	
	N	%	N	%
Até 2.000	19	2,2%	31.926	0,2%
De 2.001 a 5.000	221	25,9%	823.291	4,2%
De 5.001 a 10.000	251	29,4%	1.744.504	8,9%
De 10.001 a 20.000	184	21,6%	2.545.609	13,0%
De 20.001 a 50.000	112	13,1%	3.300.894	16,8%
De 50.001 a 100.000	37	4,3%	2.642.693	13,5%
100.001 a 500.000	25	2,9%	4.409.560	22,5%
Mais de 500.000	4	0,5%	4.098.853	20,9%
<b>Total</b>	<b>853</b>	<b>100,0%</b>	<b>19.597.330</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados básicos: IBGE, 2010. Elaboração própria.

Menicucci e Marques (2016) dissertam sobre fatores de nível estadual e local que podem interferir na coordenação das políticas dado que tal processo depende da atuação

do nível estadual de governo no sentido de assumir o papel coordenador, tanto na execução de ações definidas no arcabouço institucional e legal, bem como na definição de incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios. Em se tratando dos fatores locais, enfatiza-se questões de natureza estrutural, tais como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos e a capacidade de produção de serviços, que podem afetar a construção dos pactos.

Então, apesar de que os municípios tenham assumido um papel mais importante, suas decisões de arrecadação tributária, alocação de gasto e execução de políticas públicas ainda continuam dependentes dos entes supralocais, dado que mesmo com a descentralização a capacidade de aumentar o grau de autonomia política e financeira encontra-se limitada porque os municípios menores – que são maioria - não têm arrecadação própria significativa, dependendo das transferências intergovernamentais.

Nessa mesma direção, Menicucci e Marques (2016) defendem que muitas questões não podem ser resolvidas no âmbito municipal dado que possuem baixa capacidade de produção de serviços, sendo assim, evidencia a importância de ações de coordenação conduzidas pelos entes supralocais, de forma a propiciar a cooperação.

As regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, atuaram no sentido de dificultá-la ao supervalorizar o papel do município ao lado de uma subvalorização do papel dos estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Isso levou ao chamado “municipalismo autárquico”, no qual, ao invés de uma visão cooperativa, os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, muitas vezes, repassam custos a outros entes (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p.829).

As dificuldades enfrentadas pelos governos locais são enfatizadas por Abrucio (2005):

[...] cinco são as questões que colocam obstáculos ao bom desempenho dos municípios do país: a desigualdade de condições econômicas e administrativas; o discurso do “municipalismo autárquico”; a “metropolização” acelerada; os resquícios ainda existentes tanto de cultura política como de instituições que dificultam a *accountability* democrática e o padrão de relações intergovernamentais (ABRUCIO, 2005, p.48).

Sobre os obstáculos expressados por Abrucio (2005), salienta-se o fato de que Brasil sempre foi marcado pela desigualdade regional. Tal questão é decorrente do fato de o país ser, majoritariamente, formado por municípios pequenos que não conseguem sobreviver apenas com recursos próprios, devido à baixa capacidade arrecadatória. Abrucio (2005) defende que as disparidades entre os entes subnacionais prejudicam não só o desenvolvimento local, mas também do conjunto. Por isso, segundo o autor, é necessário que haja o

desenvolvimento das capacidades administrativas e financeiras dos entes subnacionais para que a descentralização consiga, realmente, a melhorar a gestão pública.

Outro ponto refere-se ao discurso do municipalismo autárquico, que é a teoria de que o ente local tem a capacidade de resolução completa dos dilemas de ação coletiva vividos pela sua população. No entender de Abrucio (2005), esse fenômeno estimula a “prefeiturização”, em que cada prefeito defende seu município como uma unidade legítima e separada das demais, o que é uma miopia em relação aos problemas comuns em termo micro e macrorregionais. Assim, o autor complementa que, nesse caso, ao invés de uma visão cooperativa, predomina uma disputa entre municípios pelo dinheiro público de outros níveis de governo além de uma luta por investimentos privados.

No Brasil, a expressão máxima da competição é a guerra fiscal, em que Estados e municípios adotam medidas visando à atração do capital privado para as respectivas regiões, a fim de criar empregos e receita financeira, em prejuízo de outras regiões. Esclareça-se que cooperação e competição não são binômios excludentes. Basta examinar de perto o funcionamento de um consórcio, expressão do federalismo cooperativo, para verificar que ele não está isento de conflito e competição entre os partícipes. (MACIEL; RIBEIRO, 2014, p. 215)

Nota-se então que, apesar das mudanças trazidas pela Constituição Federal de 1988, a arrecadação dos entes locais é incipiente para arcar com variadas competências que foram atribuídas a eles, o que provoca submissão ao poder central devido à dependência de repasse de recursos, bem como a disputa por recursos.

Quanto às competências, a Constituição Federal atribuiu competências para todos os entes da federação, estabelecendo competências exclusivas a cada um deles, bem como definindo as competências comuns. O que, no entender de Silva (2010), configura um exemplo de federalismo cooperativo, considerando que prevê um rol de competências atribuídas a mais de um ente da federação. Entretanto, apesar desse federalismo cooperativo estabelecido constitucionalmente, Abrucio (2005) defende que não há incentivos para o compartilhamento de tarefas e atuação consorciada, sendo assim, não fica evidente a existência de incentivos e regras que induzam ou obriguem que os entes se articulem e cooperem entre si.

Nesse sentido, Abrucio (2005) expressa que, no país, houve a formação de um federalismo compartimentalizado em que não se incentiva o compartilhamento de tarefas e atuação consorciada entre os entes. Dessa forma, o autor defende a importância de se haver cooperação em detrimento deste tipo de federalismo dado que ambientes cooperativos

auxiliam governos menos capacitados a desempenharem determinadas tarefas, auxiliando, assim, na integração de políticas públicas compartilhadas, o que evita que um ente transfira para o outro a responsabilidade sobre determinadas competências.

O federalismo compartimentalizado é mais perverso no terreno das políticas públicas, já que em uma federação [...] o entrelaçamento dos níveis de governo é a regra básica na produção e gerenciamento de programas públicos, especialmente na área social. (ABRUCIO,2005, p.49)

Sendo assim, sobre essa situação, Abrucio (2006) coloca que fragilidade dos instrumentos de coordenação e cooperação entre os entes federados constitui-se um grande obstáculo ao sucesso da descentralização. Nesse mesmo sentido, conforme defende Gontijo (2010):

A ausência de cooperação e coordenação entre setores, agências e gestores tem sido tratada por um conjunto de autores como a principal barreira à melhoria da eficiência e eficácia das ações do poder público. A efetiva resolução de um conjunto de problemas públicos, requer, cada vez mais, comportamentos cooperativos entre as organizações que com ele se relacionam. Ao pensar conceitualmente “coordenação institucional”, contudo, a distinção entre coordenação como estado ou condição é algo fundamental. (Regens, 1988 apud GONTIJO,2010, p. 34)

### **3.3 O SUS e a Assistência Farmacêutica**

A Constituição Federal de 1988 insere no ordenamento jurídico uma série de direitos sociais, como o direito à saúde e, partir de então, a competência sobre assuntos de saúde deixa de ser hegemônica da União, definindo-se, assim, as competências de cada ente, iniciando-se, portanto, o processo de descentralização. Conforme expressa Marin *et al* (2003), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve, nessa perspectiva, reforçar o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) regulamentam a Constituição Federal acerca do campo da saúde pública, estabelecendo os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão e definindo as atribuições dos três níveis de governo. O art. 6º da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) dentre outras ações, aborda a assistência farmacêutica, bem como a política de medicamentos.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;

- b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive **farmacêutica**;
- VI - a **formulação da política de medicamentos**, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; (BRASIL, 1990a, grifo nosso).

O SUS é norteado por princípios doutrinários definidos legalmente e Marin *et al* (2003) aborda cada um deles:

- universalidade – a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão;
- equidade – o SUS deve tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade;
- integralidade – as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. (MARIN *et al.*, 2003, p.13).

Estabeleceu-se, ainda, os princípios organizativos, que precisam se materializar em ações e intervenções para que os princípios doutrinários sejam alcançados, isto é, concretizar o SUS na prática:

- a descentralização – processo que implica na redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, para garantir a direção única em cada esfera;
- a regionalização e hierarquização – capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de solução de seus problemas;
- a participação dos cidadãos – democratização do conhecimento do processo saúde/doença, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. A descentralização somente será bem-sucedida se houver participação da comunidade. Para que a rede regionalizada e hierarquizada se organize, é necessário que o processo de descentralização seja bem conduzido; por sua vez, o desenvolvimento da participação da comunidade exige que haja responsáveis locais a quem a população possa se dirigir. (MARIN *et al.*, 2003, p.14).

O SUS, apesar de ser uma política de saúde definida a partir da Constituição Federal de 1988, num contexto nacional de ênfase municipalista, prevê a articulação e cooperação entre as esferas governamentais, ultrapassando o espaço municipal, a fim de garantir o acesso integral e universal dos cidadãos aos diversos serviços de saúde (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Dessa forma, para que se garanta os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade, é necessário combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles.

Nesse sentido, Menicucci e Marques (2016) defendem que o SUS foi criado como um pacto federativo baseado em uma concepção de cooperação entre as três esferas governamentais e, considerando que são muitos atores envolvidos, a cooperação entre eles é condição relevante para o sucesso da política e garantia da assistência. Ressalta-se que a

definição de competências comuns a todos os níveis de governo também ocorrem em outras políticas sociais, além da saúde, sinalizando um padrão cooperativo do federalismo brasileiro.

Com relação à Assistência Farmacêutica, é definida como um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, isto é, articuladas e sincronizadas, sendo que o paciente é o beneficiário maior. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social (MARIN *et al*, 2003).

Sua adequação ao modelo descentralizado de gestão em saúde atualmente vigente no país tem como marcos a extinção da Central de Medicamentos (Ceme), em 1997, bem como a publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3916/98), cujo propósito é garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, bem como definir a competência de cada esfera de governo. Nesse sentido, a partir desse momento, o nível local recebeu uma série de novas responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à Assistência Farmacêutica (MARIN *et al*, 2003).

Por meio da Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), sendo essa definida como:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Dado que o medicamento é um insumo importante para o bem-estar da população, sendo utilizado tanto para prevenir agravos como para recuperar a saúde, é crucial que as políticas de saúde sejam pensadas com amplitude, prevendo, assim, o direito da população de receber os medicamentos necessários por intermédio do financiamento das esferas de governo (federal, estadual e municipal) e do gerenciamento adequado desses recursos (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007).

Nesse sentido, o acesso aos medicamentos é um direito da população, mas, por outro lado, os recursos são limitados, por isso tem-se a necessidade de se compartilhar responsabilidades no financiamento entre as esferas governamentais de modo a não sobrecarregar ainda mais os municípios que têm, atualmente, a maior parte das responsabilidades na prestação de serviços (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007). Os valores desse financiamento tripartite são definidos em legislação emitida pelo Ministério da Saúde (MS), em que a portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 determina:

Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: **R\$ 2,36** (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (BRASIL, 2013, grifo nosso).

Ressalta-se que a contrapartida da União foi atualizada dado que a portaria nº 2.001, de 3 de agosto de 2017 altera o inciso I do art. 3º da portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013:

Art. 2º O inciso I do art. 3º da Portaria 1.555/GM/MS de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

"A União repassará o valor de R\$ 5,58 (cinco reais e cinquenta e oito centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS." (BRASIL, 2017).

Especificamente no caso do estado de Minas Gerais, conforme expresso no art. 8º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164 de 19 de agosto de 2015, os valores da contrapartida estadual são diferentes:

Art. 8º Para o Estado de Minas Gerais a pactuação referente ao valor da **Contrapartida Estadual do CBAF é de até R\$ 3,00** (três reais) per capita/ ano; § 1º Para os municípios que aderirem à forma de pactuação Totalmente Centralizada no Município o valor da **Contrapartida Estadual do CBAF é de até R\$ 3,35** (três reais e trinta e cinco centavos) per capita/ ano; (MINAS GERAIS, 2015, grifo nosso).

Dessa forma, tem-se que o financiamento estadual em Minas Gerais que já é superior ao mínimo estipulado pela portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, ainda é acrescida em até R\$ 0,35 para aqueles municípios que aderirem à forma de pactuação “Totalmente Centralizada no Município”. Sendo que as formas de gestão do recurso são assim definidas:

Art. 2º Compreendem formas de gestão do recurso de que trata esta Deliberação, sendo passíveis de adesão pelo município as seguintes:

I - Totalmente Centralizado no Município (TCM): Os recursos financeiros dos gestores federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente.

II - Parcialmente Descentralizado no Município (PDM): Os recursos financeiros dos gestores federal e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da RENAME vigente. O Estado fica responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I e III desta Deliberação.

III - Totalmente Centralizada no Estado (TCE): Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde, sendo aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I e III desta Deliberação. (MINAS GERAIS, 2015)

Então, considerando que Assistência Farmacêutica é fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2002), para que se alcance uma maior eficiência dessa política, torna-se necessária a articulação entre as esferas de gestão.

No entendimento de Marin *et al* (2003), a política de Assistência Farmacêutica deve contar com uma gerência efetiva, capaz de garantir a articulação dos entes, assegurando, assim, a racionalidade, a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados. Em última análise, é possível afirmar que o acesso e o uso racional de medicamentos são os principais objetivos do processo de gerência da Assistência Farmacêutica. E, para que a Assistência Farmacêutica obtenha os resultados desejados, é necessária a elaboração de diretrizes claras, de forma a fazer um elo entre os diferentes níveis e, assim, tais diretrizes possam se traduzir em ações concretas, mesmo que essa não seja uma tarefa tão simples.

De forma similar, considerando que, no modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão de políticas públicas, como o SUS – bem como seus programas derivados, que é o caso da Assistência Farmacêutica, é uma questão complexa por precisar conciliar a interdependência e autonomia dos três entes, então Menicucci e Marques (2006) abordam, que há um certo consenso de que a coordenação necessita ser feita pelos entes supralocais –

União e Estado. Nesse sentido, cabe a tais esferas um papel central nas políticas dada a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira. E, ressalta-se ainda que a condução de políticas sociais pela esfera municipal sem a mínima atuação dos níveis federal e estadual podem contribuir para o aprofundamento das desigualdades.

Nesse mesmo sentido, Vieira (2010) expõe sobre existência de programas de estruturação da assistência conduzidos pela administração estadual em parceria com os municípios considerando a complexidade do SUS, que é composto administrativamente por 5 565 municípios, 26 estados, Distrito Federal e União. Dessa maneira, como já foi exposto, a criação de novos instrumentos de cooperação intergovernamental, mesmo que por iniciativa própria dos entes é de grande valia para o desenvolvimento de uma nova cultura política de pactuação e negociação intergovernamental, como defende Ravanelli (2010), e a Regionalização da Assistência Farmacêutica, objeto de estudo deste trabalho, é uma dessas iniciativas. A seção a seguir destina-se a abordar a Regionalização da Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais, expondo seus impactos, bem como analisando as possibilidades de expansão, para outras áreas, de um modelo de cooperação federativa nesses moldes.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Essa seção é destinada a apresentar os resultados da pesquisa realizada, nesse sentido, é apresentada uma análise da concepção, elaboração e operacionalização da ERAF, bem como uma breve retomada histórica dos programas de Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, de forma a esclarecer em que contexto se deu a criação do novo modelo. Além disso, estão expostos os impactos sociais e financeiros decorrentes dessa nova estratégia e, por fim, a última subseção discursa sobre as possibilidades de utilização de um modelo nesses moldes em outras áreas, considerando que a ERAF tem se mostrado exitosa.

### 4.1 Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma análise da sua concepção, elaboração e operacionalização

Vislumbrando a melhor compreensão dos fundamentos do atual modelo de aquisição e distribuição de medicamentos, é válido fazer uma breve retomada histórica da assistência farmacêutica mineira. Minas Gerais foi um dos pioneiros no programa de distribuição de medicamentos dentro de suas políticas de assistência farmacêutica<sup>4</sup>, atrás apenas dos estados de São Paulo e Paraná, cujas experiências serviram de inspiração.

Assim, em 1997, foi instituído o Programa Farmácia Essencial (PFE). O PFE contava com a participação estratégica da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), de Belo Horizonte e dispunha de uma relação de 36 medicamentos, sendo 29 princípios ativos para atender às patologias mais frequentes no estado (FUNED, 1997; SESMG/FUNED, 1997, apud Cosendey, *et al.*, 2000). O programa, inicialmente, era focado em municípios de até 20.000 habitantes e atendia 250 municípios entre os mais carentes, mas em 1999 já abrangia 750 municípios, alcançando aproximadamente 6 milhões de pessoas. Ressalta-se que, com o passar do tempo, a relação de itens de medicamentos distribuídos aumentou significativamente, assim como a demanda da população e “a FUNED deixou de produzir esses medicamentos porque a maioria deles não tem vantagem para o laboratório

---

<sup>4</sup> Anteriormente, predominava-se o modelo centralizado da Central de Medicamentos (Ceme), instituída em 1971, que era responsável planejamento, organização e aquisição de medicamentos no país. Contudo, a excessiva centralização trouxe problemas de abastecimento. Por ter sido concebido como modelo padronizado, a programação, a aquisição e a distribuição de medicamentos eram frequentemente realizadas em desacordo com a necessidade dos estados, uma vez que não eram consideradas as diversidades regionais. Incorria-se, ainda, em recebimento de medicamentos com validade próxima de expirar e a falta de controle sobre os quantitativos acabaram por gerar grandes perdas no sistema (BRASIL, 2011).

produzir, então o estado começou a comprar do mercado” (Gestor 4). Dessa forma, no ano de 2008, houve uma reformulação do programa, estabelecendo objetivos mais ambiciosos de cobertura e maior foco nos serviços farmacêuticos para o uso racional. Surgia, assim, o Programa Farmácia de Minas (PFM) (MINAS GERAIS, 2008). Alguns dos componentes do PFE estão detalhados no quadro 1.

Quadro 1 - Principais componentes do Programa Farmácia Essencial – Minas Gerais – 2000

Componente do Programa	Características
Seleção dos medicamentos	Critérios de inclusão: estudo de demanda feito pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRS's), lista de medicamentos da Farmácia Básica CEME de 1987, Oitava Lista de Medicamentos dos Programas de São Paulo e Paraná, linha de produção da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), patologias mais frequentes atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde. Número de itens: 29 princípios ativos em 36 apresentações.
Seleção dos municípios	Populacional e Índice de Desenvolvimento Humano
Aquisição	FUNED e laboratórios oficiais conveniados
Distribuição	Descentralizada: FUNED → Unidades Básicas de Saúde
Reposição de medicamentos	De acordo com o consumo, trimestralmente
Controle de qualidade	FUNED
Controle de estoque informatizado	Nível central, regional, local
Custo mensal com medicamentos	R\$ 517.000 (R\$ 0,17/hab/mês)
Porcentagem da população atendida	18% do estado

Fonte: Adaptado de Cosendey, *et al.* (2000).

O Programa Farmácia Minas pode ser sintetizado como a compra de medicamentos relativa ao bloco de financiamento do componente básico, que era centralizada

e conduzida pela Administração Estadual, em favor dos municípios mineiros, reais responsáveis pelo componente (VILAS BOAS, 2017). O modelo do Ciclo de Assistência Farmacêutica é organizado em etapas cíclicas sugerindo uma forma realimentadora de gestão dos fluxos de bens materiais e informações, sendo dividido em seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição e dispensação. Então, como forma de compreender o funcionamento desse programa, será abordada cada uma etapas.

Inicialmente, fazia-se uma seleção com base no rol de medicamentos inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Assim, a partir dos 340 itens disponíveis na RENAME, o estado selecionava 145 componentes básicos (Gestor 2). Ressalta-se que essa relação era definida por parte do poder estadual com base no perfil do público atendido e na priorização da política de saúde, assim, o que acontecia era que todos os municípios, independentemente da região, recebiam e consumiam a mesma relação de medicamentos. Porém, a seleção dos insumos deve ser uma competência do ente local dada a multiplicidade e dimensão de Minas Gerais, cujos municípios não possuem o mesmo perfil epidemiológico (Gestor 1).

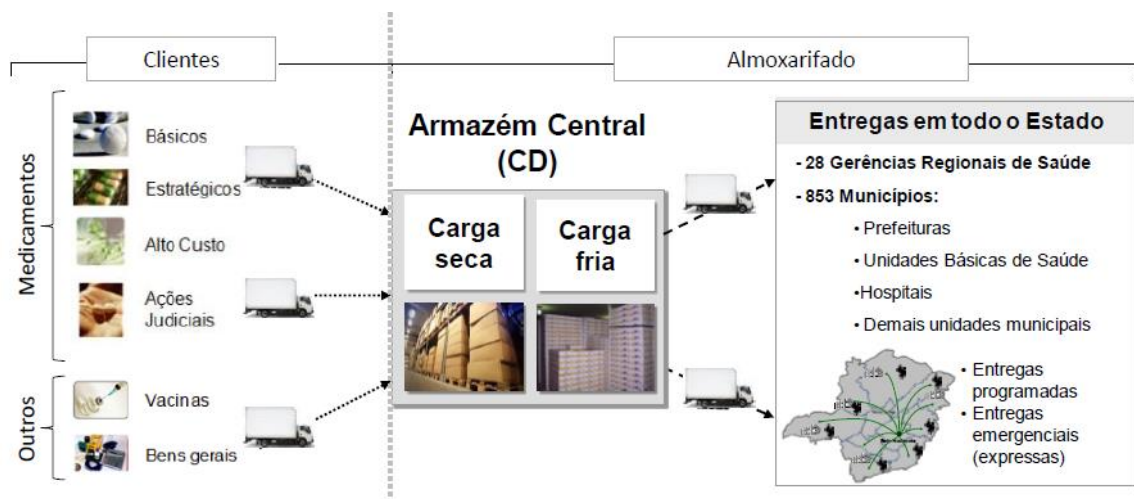
A partir desses itens incluídos na política de assistência farmacêutica mineira, era realizada uma programação do consumo desses medicamentos disponíveis. Mesmo em um modelo centralizado, essa programação era realizada pelos gestores municipais, mas com intervenção por parte da administração estadual, por meio da SES/SAF (Secretaria de Assistência Farmacêutica), que limitava a programação ao teto financeiro do fundo tripartite, sendo assim, os quantitativos a serem licitados eram limitados por um valor (VILAS BOAS, 2017).

Assim, os itens selecionados e seus quantitativos compunham um processo licitatório, para então serem adquiridos pela SES. Dessa forma, o estado era o executor da política de assistência à saúde, dado que era o gestor do recurso do fundo tripartite. A centralização da compra era devido ao fato de o governo estadual possuir técnica para comandar esse processo, conseguindo ganho de escala, o que favorece o governo local (Gestor 1).

Após a aquisição, todo o quantitativo licitado era recebido e armazenado em um almoxarifado central, para a posterior distribuição. Dessa maneira, todos os fornecedores entregavam nesse único ponto, que ficava localizado na Região Metropolitana, em Contagem.

A distribuição era feita do almoxarifado estadual para os 853 municípios atendidos, esse processo era realizado por um operador logístico. A escolha por contratar um operador logístico se deu diante da falta de qualificação técnica do setor público para sustentar estrutura compatível com a demanda de espaço, equipamentos, máquinas e veículos que foi crescendo devido ao aumento de medicamentos distribuídos quando comparado com o modelo anterior (Gestor 1). Ressalta-se que os medicamentos básicos são baixo custo, porém, a operação logística apresentava alto custo devido à sua complexidade, sendo assim, o custo de logística desses componentes alcançava quase a mesma cifra do custo dos medicamentos em si. (Gestor 3). O estado de Minas Gerais é a unidade da federação com o maior número de municípios e a maior malha viária, assim, uma estrutura que pudesse atender a uma distribuição centralizada com eficiência e eficácia seria extremamente complexa e exigente, e tinha-se, ainda, um agravante dessa logística não envolver apenas os componentes básicos da assistência farmacêutica. O processo de armazenagem e distribuição da SES é ilustrado pela figura 4. E, por fim, a fase de dispensação em que ocorre a entrega do medicamento ao destinatário final para o adequado tratamento.

Figura 4 - Armazenagem e distribuição da SES – Minas Gerais – 2008-2015



Fonte: Encontro do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, 2017

Apesar das virtudes desse modelo centralizado, de conseguir promover a cooperação, extrapolando as esferas federativas, no fim do ano de 2015 ele vinha apresentando falhas, trazendo prejuízos tanto para os municípios, quanto para o estado de

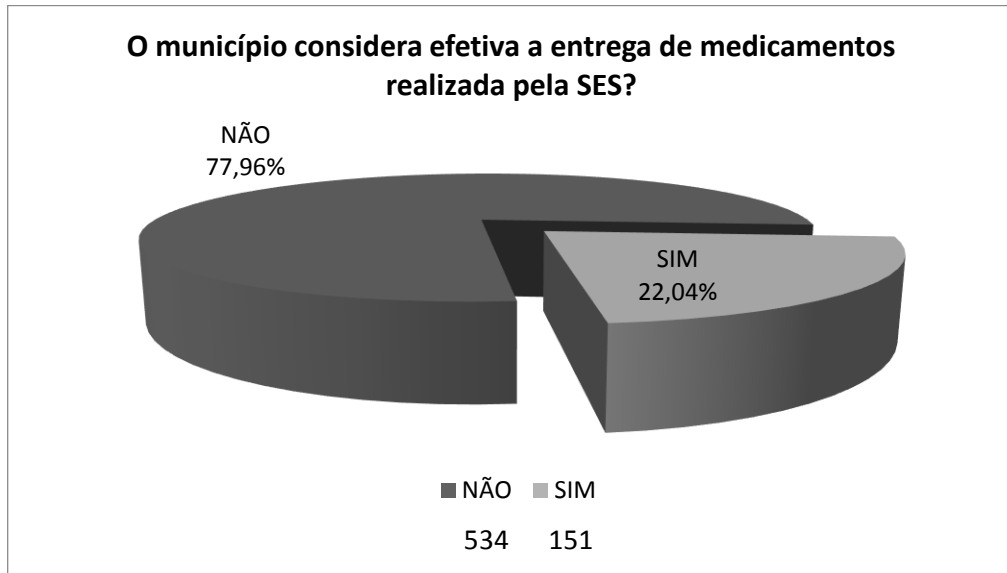
Minas Gerais, não fazendo jus à uma cooperação federativa que contribua para a gestão pública mais eficiente.

Assim, o cenário enfrentado era de problemas de abastecimento, faltando medicamentos para os cidadãos, devido aos atrasos nas entregas para os municípios, que demorava, em média, 120 dias para ser realizada a distribuição. Acresce-se ainda que todo esse atraso para o produto chegar ao destino final ocasionava perdas por validade ainda no estoque do estado ou quando era distribuído para os municípios com uma validade não tão nova, transferia-se para esse ente o risco da perda, portanto, onerava o governo local, sendo uma transferência de ineficiência em cadeia (Gestor 3). Além disso, o gestor 3 expõe um agravante de que o estado vinha sendo ineficiente naquilo que, legalmente, nem é sua atribuição:

Agravava o fato de que [Minas Gerais] estava em modelo completamente diferente do preconizado pelo SUS. No modelo do SUS, cada ente, Estado, União e Município tem uma participação financeira para a assistência farmacêutica. De uma forma geral, em outros estados, o município que é o executor da política de assistência a saúde, então o Estado e União repassam suas cota-parte financeira para o município através de transferência de fundo e o município adquire seus medicamentos. Em Minas Gerais, diferentemente dos outros estados, o estado não passava sua cota-parte em recurso financeiros, mas sim em medicamentos *in natura* porque entendia-se que teria um poder de compra maior (Gestor 3).

A insatisfação pelo Programa Farmácia Minas pode ser evidenciada por um levantamento realizado pela SES no início de 2016, conforme os Gráficos 1 e 2. Nota-se que, dentre os municípios que responderam, quase 78% deles declararam-se insatisfeitos com a entrega realizada pelo estado, conforme mostra o gráfico 1. Dessa forma, a falta de efetividade das entregas é reflexo dos problemas de atraso já abordados, que prejudicam o ente municipal. A falta de eficiência do programa em questão pode ser evidenciada pelo gráfico 2, considerando que os medicamentos adquiridos pelo estado não supriam a demanda de mais de 88% dos municípios, necessitando que tal ente fizesse aquisições adicionais para atender sua população. Mesmo que o estado comprasse e distribuísse 100% do teto financeiro que os municípios tinham direito, eles acabavam complementando essas compras em seu território, não apenas porque o governo estadual não estava dando conta de comprar naquele momento, o fato é que o município fazia compra complementar porque aquele teto composto por recursos federais, estaduais e municipais não era suficiente para atender à população. (Gestor 4). Portanto, nota-se a necessidade de um modelo que pudesse absorver esse quantitativo superior ao teto que o município adquire.

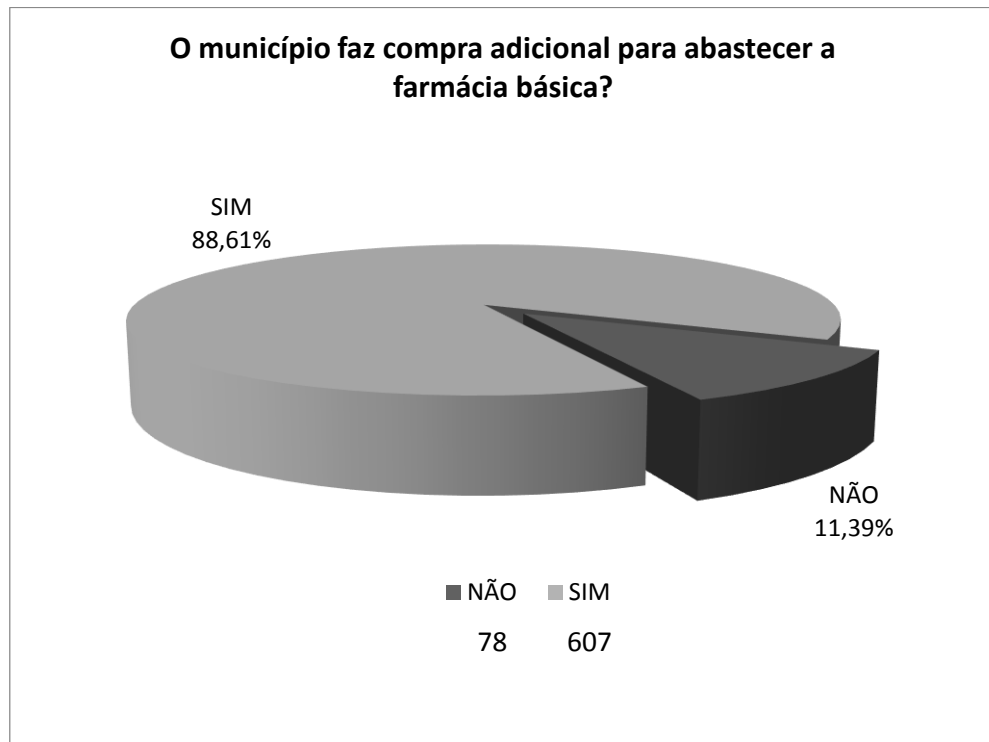
Gráfico 1 - Percepção dos municípios sobre o Programa Farmácia Minas – Minas Gerais – 2016



Fonte: Dados básicos: Levantamento realizado pela SES.

Nota: Pesquisa realizada nos municípios mineiros, pela SES, em 2016.

Gráfico 2 - Percepção dos municípios sobre o Programa Farmácia Minas – Minas Gerais – 2016



Fonte: Dados básicos: Levantamento realizado pela SES

Nota: Pesquisa realizada nos municípios mineiros, pela SES, em 2016.

Devido aos limites do modelo centralizado no estado e em busca de uma maior eficiência da assistência farmacêutica em Minas Gerais, em 2015, foi feita uma reformulação na concepção administrativa e operacional do programa estadual de aquisição e distribuição de medicamentos básicos, passando por profundas alterações, resultando, assim, na ERAF, derivada do Programa Farmácia de Todos (PFT). Nesse novo modelo, a participação do Estado é mais como gestor da política e os municípios tornam-se protagonistas, dado que a aquisição dos medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica é de competência do governo local, mesmo que, anteriormente, o estado de Minas Gerais tenha assumido essa função (Gestor 1).

Como uma política pública pode ser desmembrada em programas, ações e atividades, tem-se que, nesse caso, a Assistência Farmacêutica é a política, sendo formada, dentre outros programas, pelo o Programa Farmácia de Todos no estado de Minas Gerais. Tal programa apresenta, como destaque, as seguintes ações: Qualificar os serviços farmacêuticos vinculados a rede de farmácias públicas, por meio do Projeto do Cuidado Farmacêutico; Garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais aos serviços de saúde, por meio da Regionalização da Assistência Farmacêutica; Garantir estrutura adequada para atendimento humanizado e armazenamento dos medicamentos, por meio da Rede Farmácia de Todos; Fortalecer o Sistema de Informação em Assistência Farmacêutica (SIGAF). Assim, a Regionalização da Assistência Farmacêutica é uma das ações, cuja atividade principal é fornecer os medicamentos básicos aos usuários do SUS, sendo operacionalizada por outras atividades, que são: disponibilizar atas de registro de preço para aquisição dos medicamentos; oferecer apoio técnico aos municípios.

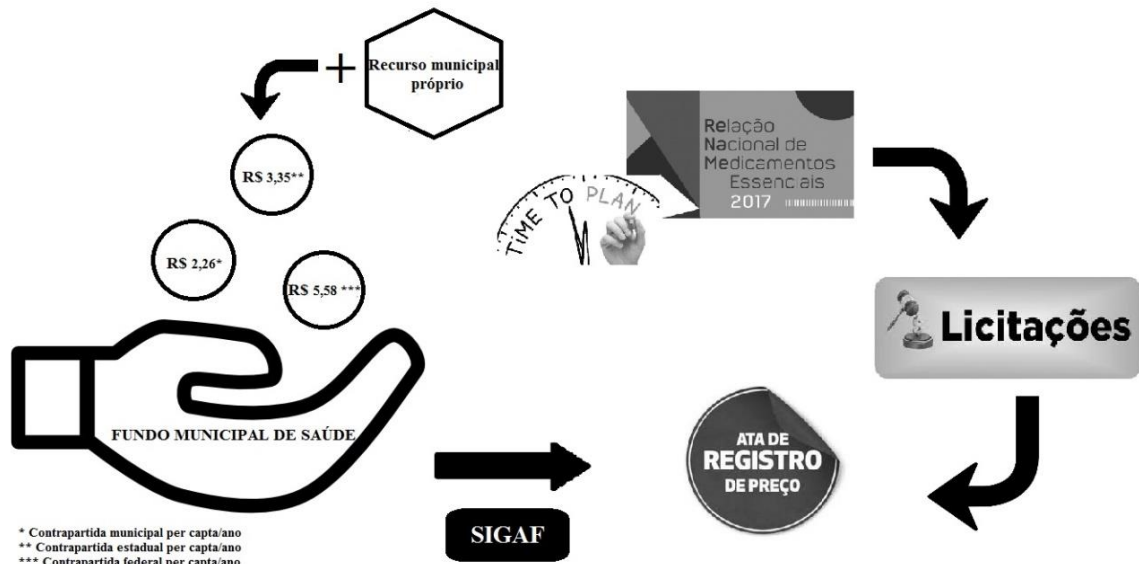
A Regionalização foi inspirada em algumas experiências já existentes no país, com destaque para o estado do Espírito Santo que possui um modelo similar para a aquisição de medicamentos, então foram feitas adaptações considerando o histórico de dependência dos municípios mineiros, dado que nos últimos anos as compras de medicamentos básicos eram centralizadas no estado. “No Espírito Santo só disponibiliza a ata [...] não se preocupam em garantir a efetividade da política pública porque não havia essa dependência pelo Estado [...] mas Minas Gerais tem apoiado os municípios da execução do programa.” (Gestor 4). Então, o fato é que o estado de Minas Gerais não queria deixar de cooperar com seus municípios, mas tal cooperação precisava ocorrer de uma maneira mais efetiva, que não causasse tantos problemas para os dois entes. Então, a ata de Registro de Preço, utilizada no estado do

Espírito Santo, foi um instrumento visto como a solução ideal considerando que dá autonomia para o governo local na realização das aquisições apenas dos bens de interesse, mas, ao mesmo tempo, garante que o dinheiro público seja bem investido, em produtos de qualidade, dado que as aquisições são apenas daqueles medicamentos registrados em ata, derivados da licitação realizada pelo poder estadual (Gestor 1). Dessa maneira, as atas são um meio pelo qual o município efetua com eficiência a aquisição dos medicamentos, visto que já houve negociação criteriosa do Estado com o fornecedor, tendo sido definido o volume e os medicamentos a adquirir, assim como as regiões a abastecer com entrega a ser efetuada pelo vencedor da ata. A decisão por utilizar esse instrumento no estado de Minas Gerais é exaltada pelo gestor 3:

Talvez essa tenha sido uma das maiores estratégias do ponto de vista de compras governamentais já que o estado de Minas Gerais centralizou o registro de preço, sendo que o órgão que possui expertise para tal, é o único responsável por realizá-lo. Então, por exemplo, medicamentos concentra-se na Subsecretaria de Gestão Logística (SEPLAG), que é responsável por comprar para todos os órgãos do Estado, para todos os municípios e até para os grandes hospitais regionais de Belo Horizonte. A partir do momento que se centraliza, não permitindo que cada órgão faça seu registro de preço, o fornecedor tem uma única opção de participar da licitação, ofertando seu melhor preço, sob pena de não vender para Minas Gerais, que é o segundo maior consumidor de medicamentos do Brasil, então, a única oportunidade de vender para Minas Gerais está nesses registros de preço (Gestor 3).

Conforme mostrado sinteticamente na Figura 5, a Assistência Farmacêutica apresenta financiamento tripartite, assim, na Regionalização, as contrapartidas municipal, estadual e federal são geridas pelo município e destaca-se que, normalmente, o governo local investe recurso próprio, além do valor estipulado legalmente, considerando que o financiamento tripartite costuma ser insuficiente para suprir as demandas. Então, é feito um planejamento anual pelos municípios, visando selecionar os medicamentos básicos necessários, dentre aqueles elencados pela RENAME, para que o estado, através da SEPLAG, licite tais itens, construindo, assim, a ata de registro de preço a fim de que os municípios realizem a aquisição através desse instrumento e destaca-se que esse processo se dá por meio do SIGAF, um sistema da SES.

Figura 5 - Esquematização da Regionalização da Assistência Farmacêutica – Minas Gerais – 2016



Fonte: Elaboração própria.

Na Regionalização, diferentemente do modelo anterior, o financiamento tripartite vai para o fundo municipal de saúde, significando que o município é o responsável por gerir tal recurso, conseqüentemente, deve realizar as aquisições, exatamente como é preconizado pela política, dado que essa competência é do poder municipal (Gestor 3). Sendo assim, o estado transferiu para os municípios o que sempre foi uma competência deles, considerando que o poder estadual vinha sendo ineficiente no processo de aquisição e distribuição e, portanto, seria mais interessante limitar-se à função de realizar apenas o processo licitatório, tarefa que domina muito bem, já que possui pessoal qualificado e consegue negociar em escala, obtendo preços mais vantajosos, beneficiando, assim, o ente local que, em sua maioria, é de pequeno porte e, por isso, não compra em grande escala, limitando a negociação. Além do fato de licitação ser um processo complexo, que envolve custo financeiro, sendo assim, poupa-se o município desse esforço. (Gestor 1).

Ressalta-se que a contrapartida federal é transferida mensalmente aos municípios, o recurso financiado pelo poder estadual é transferido bimestralmente e a contrapartida municipal é gerida a critério do município, desde que até o fim do ano garanta a execução mínima de R\$ 2,36 per capita. Mas acrescenta-se ainda que, em geral, os municípios financiam, com recurso próprio, muito além do estipulado legalmente, considerando que a

demanda por medicamentos básicos não consegue ser suprida pelos R\$ 11,29 per capta/ano (Gestor 2). Um ponto de destaque da Regionalização é que os municípios podem utilizar recurso próprio extra para a aquisição dos itens registrados na ata, ao contrário do modelo anterior, que o fundo tripartite era o teto para as aquisições realizadas pelo estado, assim, a demanda que não era atendida pelas compras estaduais deveria ser adquirida por iniciativa do próprio município, sendo assim, também se tinha esforço de compra por parte do governo local. Portanto, nota-se que o fundo tripartite que era teto, virou piso com a Regionalização (Gestor 1 e 2). Assim, dentro desta concepção, diferentemente do modelo centralizado, as restrições à aquisição passaram a ser apenas aquelas oriundas dos limites orçamentários dos municípios. Todo fármaco que o município precisava comprar fora do programa, agora poderia ser adquirido no preço vigente na ata de registro de preços do Estado.

Embora ainda seja insuficiente o financiamento tripartite, é importante salientar que ele vem passando por atualizações nos últimos tempos. A Portaria GM nº 2001/2017 (BRASIL, 2017) atualizou a contrapartida da União, passando de R\$ 5,10 per capta/ano para R\$ 5,58 per capta/ano. Além disso, o estado, do meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164 de 19 de agosto de 2015, também aumentou sua contribuição para aqueles municípios que optassem pela forma de gestão Totalmente Centralizada no Município, como forma de incentivo.

O ponto inicial é o planejamento da demanda anual, que deve ser realizado por cada um dos municípios, que são auxiliados pela SES. Sendo assim, é feita uma programação dos itens que a população irá consumir com base no rol de 340 medicamentos dos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esse planejamento é complexo e precisa de dedicação dos farmacêuticos municipais e, destaca-se ainda, que é um ponto que precisa aperfeiçoamento (Gestor 2).

A partir desse planejamento, o estado, por meio da SEPLAG, realiza o processo licitatório dos itens listados para então construir a ata de Registro de Preços. Assim, os municípios começarão a realizar a execução, sendo que existe um cronograma para facilitar a distribuição que, no ano de 2016 ocorreu por meio de ciclos bimestrais (Gestor 1 e 2). Então, o ponto chave desse modelo é que a distribuição é feita pelos próprios fornecedores e não mais pelo estado, por intermédio de um operador logístico, já que com a Regionalização, reduziu-se drasticamente a necessidade de uma gestão centralizada de estoque e transporte, o

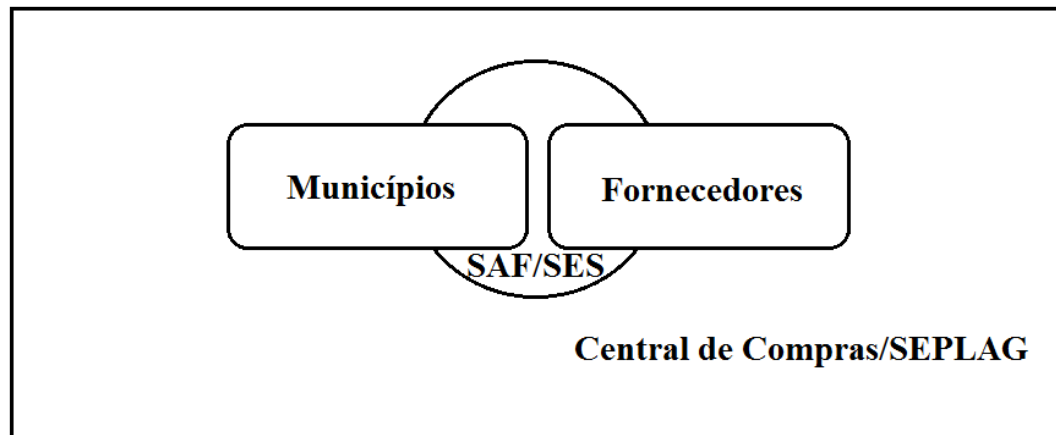
que foi ao encontro da decisão de romper unilateralmente o contrato em 2015 com o operador logístico (Gestor 1).

A mudança do processo de distribuição foi definida após avaliação da cadeia logística de medicamentos no estado, que se concluiu que já estava toda estruturada, dado que os fornecedores já encaminhavam medicamentos para farmácias dos municípios (Gestor 3). Dessa forma, os fornecedores não precisariam realizar nenhum esforço que não estava ao seu alcance, pois se já possuem uma rota estabelecida, conseqüentemente, são capazes de assumir essa logística (Gestor 1). “De modo então que já existia essa capilaridade logística e a gente quis se aproveitar dela para fazer a distribuição aos municípios” (Gestor 4). Assim, no modelo antigo a entrega que era feita apenas no almoxarifado estadual, foi transferida para todos os municípios mineiros.

Evidentemente que o processo de distribuição dos medicamentos da Regionalização tornou-se mais trabalhoso para o mercado farmacêutico, mas ressalta-se que com a elaboração do cronograma é possível ordenar os pedidos, que devem acontecer dentro do prazo estipulado, então o fornecedor tem conhecimento, com antecedência, de quais são os locais de entrega e qual é o quantitativo de cada item. Portanto, pode ser visto como único pedido, mas que deve ser entregue em todo o estado (Gestor 1).

Então, nesse novo modelo, os municípios e os fornecedores encontram-se mais próximos, essa maior proximidade foi exaltada por um município “estamos lidando mais diretamente com o fornecedor, podendo cobrar mais efetivamente, resolvendo pendências de entregas e financeiras” (Farmacêutico 2) A SES, por meio da Superintendência da Assistência Farmacêutica (SAF) é responsável por intermediar essa relação, na tentativa de padronizar as ações e amenizar os conflitos. Porém, mediar tantos atores tem-se mostrado trabalhoso e necessita de aprimoramento para que o tempo de resposta dessa mediação seja mais rápido, sob pena de o mercado e os municípios perderem a confiança no programa. (Gestor 1). Essa dificuldade é percebida pelo governo local, que reconhece os avanços, mas nota a necessidade de aperfeiçoamentos, “houve melhoras significativas, entretanto é preciso pontuar a morosidade no processo do estado responder aos questionamentos” (Farmacêutico 2). Assim, a SAF é responsável pela gestão da política da saúde, que envolve tais atores e, além disso, como já mencionado, outro participante é a SEPLAG, por meio da Central de Compras, que é responsável pela parte da Regionalização que diz respeito ao processo licitatório. Os personagens da ERAF estão esquematizados na Figura 6.

Figura 6 - Personagens da ERAF



Fonte: Elaboração própria.

Para promover a Regionalização, foi alterado o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013 (MINAS GERAIS, 2013), que regulamenta o Sistema de Registro de Preços, para que os municípios sejam considerados participantes da compra estadual. Assim, podem executar diretamente na ata de Registro de Preços, não necessitando formalizar adesão<sup>5</sup>, dado que é participante do programa da saúde e, portanto, partícipe natural da ata de Registro de Preço (Gestor 3). Complementarmente, a SES resguarda que esses municípios, também tenham publicado um decreto municipal que dê legalidade a essa execução da ata estadual (Gestor 2). Definiu-se, ainda, a deliberação CIB-SUS MG Nº 2.164, de 19 de agosto de 2015 (MINAS GERAIS, 2015), que versa sobre três opções de adesão do município ao programa Farmácia de Todos, assim, em 2016, primeiro ano da ERAF, os municípios poderiam optar pelas seguintes formas de gestão do recurso:

I – Totalmente Centralizado no Município (TCM): Os recursos financeiros dos gestores federal, estadual e municipal são depositado no Fundo Municipal de Saúde e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente.

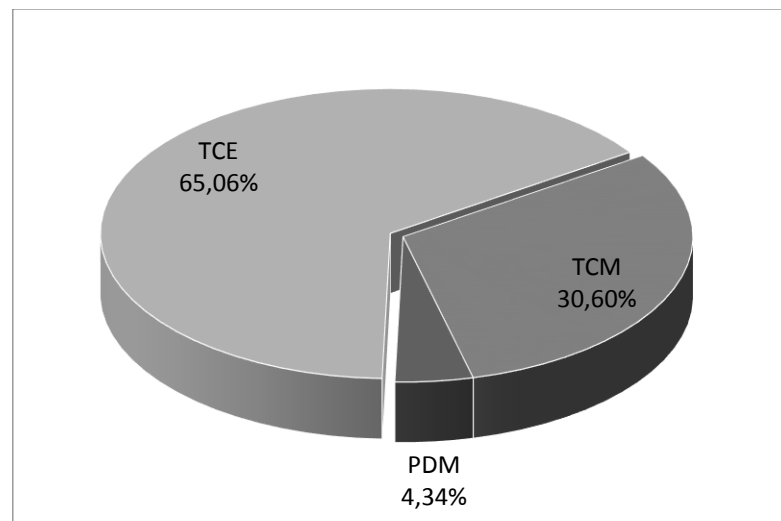
II – Parcialmente Centralizado no Município (PDM): Os recursos dos gestores federal e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da RENAME vigente. O Estado fica responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida na aquisição de distribuição dos medicamentos e produtos definido no anexo I e II desta Deliberação.

III – Totalmente Centralizada no Estado (TCE): Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde e são aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos no anexo I e II desta Deliberação. (MINAS GERAIS, 2015b).

<sup>5</sup> A adesão à ata de registro de preços é a possibilidade de um órgão ou entidade que não participou do procedimento licitatório aderir à ata e adquirir os bens e serviços licitados por órgão diverso.

A opção de cada um dos municípios mineiros é apresentada na deliberação CIB-SUS MG Nº 2.064, de 24 de Fevereiro e é ilustrada no Gráfico 3. Nota-se que já no primeiro ano quase 31%, representando 261 municípios mineiros, optaram pela gestão do recurso Totalmente Centralizada no Município e, conseqüentemente, podiam realizar as compras de medicamentos básicos pela ata de Registro de Preços estadual. O que no entendimento do gestor 1 é um número significativo, dado que era um programa novo e incerto, e esse resultado pode ser reflexo da insatisfação com relação ao modelo que vinha sendo ineficiente para os municípios.

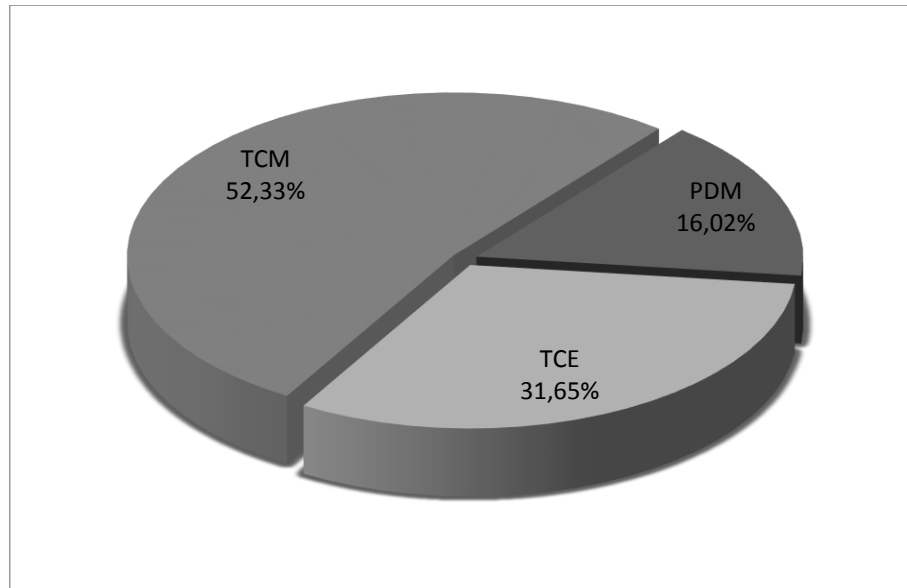
Gráfico 3- Adesão dos municípios aos modelos de gestão do Programa Farmácia de Minas – Minas Gerais – 2016



Fonte: Dados básicos: CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).  
Elaboração própria.

Como a assistência farmacêutica é financiada com base no número de habitantes, justifica-se analisar a adesão municipal aos modelos de gestão com base na população. Tomando como referência o censo demográfico realizado no ano de 2010, observa-se que cerca que 52% da população mineira residia nos municípios que optaram pela gestão TCM, conforme mostra do gráfico 4, sendo assim, mais da metade do estado já estava incorporada à ERAF, o que evidencia o êxito do estado na promoção da Regionalização logo no primeiro ano de operacionalização.

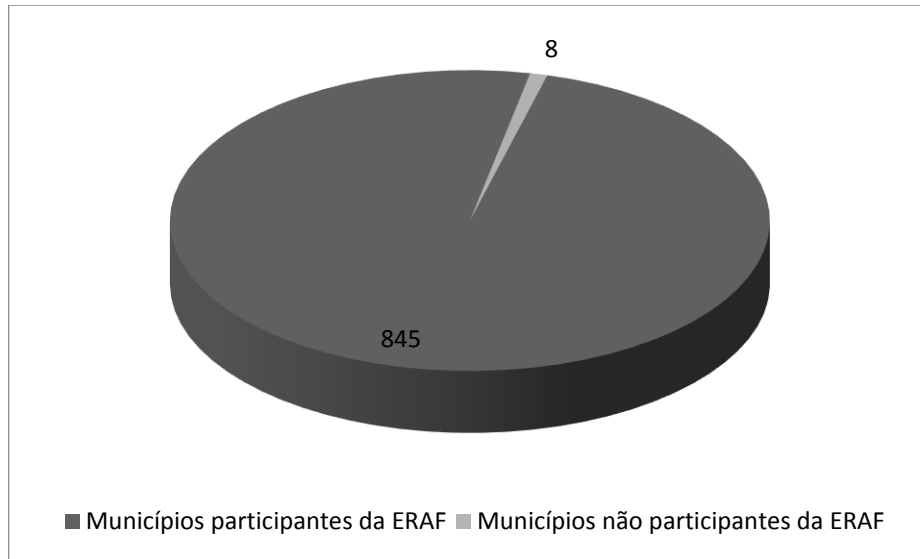
Gráfico 4 - Adesão dos municípios aos modelos de gestão do Programa Farmácia de Minas (em % habitantes) – Minas Gerais – 2016



Fonte: Dados básicos CIB-SUS MG N° 2.064 (Minas Gerais, 2015a); IBGE, 2010. Elaboração própria.

No segundo ano do programa, o estado optou por não mais gerir os recursos da assistência farmacêutica básica, considerando que os resultados do ano anterior foram avaliados internamente pelos administradores públicos como muito significativos, dessa forma, houve transferência dessa função às administrações municipais (Gestor 1). Nesse sentido, a adesão do restante dos municípios à gestão TCM tornou-se compulsória, no entanto, aderir à ERAF e, por conseguinte realizar as aquisições por meio da ata estadual ainda é facultativo. Assim, conforme o gráfico 5, observa-se que no ano de 2017 a participação no programa estadual, mesmo não sendo compulsória, triplicou, sendo superior a 99%. Esse resultado “significa que os municípios reconhecem que ao executar por meio do modelo consegue-se adquirir medicamentos muito mais baratos e de uma forma mais fácil.” (Gestor 1). Assim, são apenas 8 os municípios não participantes, são eles: Congonhas, Contagem, Ibitiré, Ipatinga, Iturama, João Monlevade, Ouro Branco e Ouro Preto.

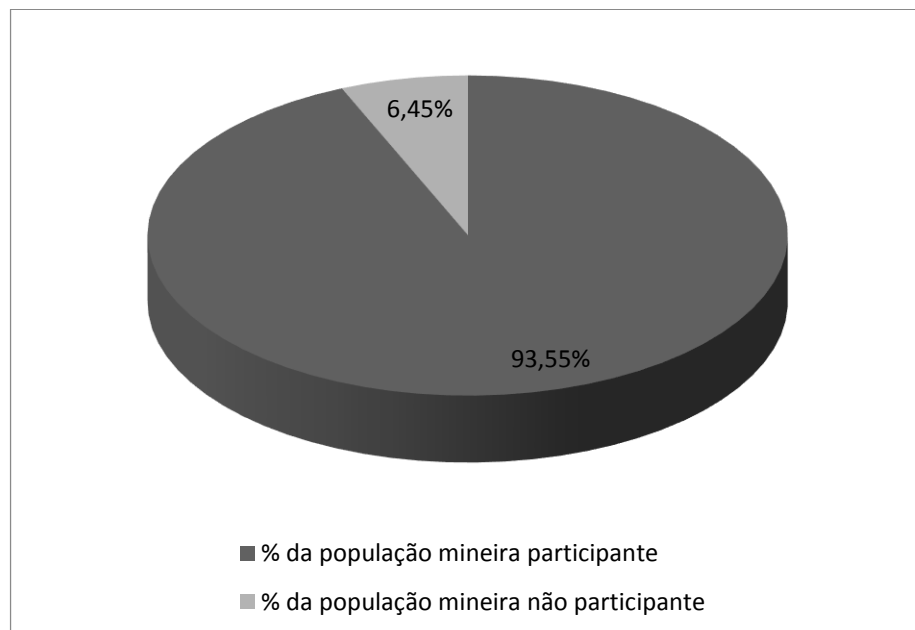
Gráfico 5 - Participação dos municípios da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica – Minas Gerais – 2017



Fonte: Dados básicos: SIGAF. Elaboração própria.

Da mesma forma, ao analisar com base nos habitantes, nota-se a expressiva abrangência, incorporando mais de 93% da população do estado de Minas Gerais após dois anos da concepção do novo modelo, conforme gráfico 6.

Gráfico 6 - Participação dos municípios da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (em habitantes) – Minas Gerais – 2017



Fonte: Dados básicos: SIGAF; IBGE, 2010. Elaboração própria.

O programa não tem a pretensão de obrigar os municípios a executarem a ata de Registro de Preços estadual, considerando que eles possuem o livre arbítrio para realizarem as aquisições por outro meio. Esse modelo é uma ferramenta de trabalho para os gestores municipais utilizarem de forma eficiente os recursos do SUS, que são completamente insuficientes. Então, o que se deseja é que os municípios comprem bem e, caso os preços registrados pelo estado estiverem melhores, o município tem o dever de comprar por ela, sendo constantemente monitorados pelo TCE-MG e MP-MG, que também participaram da construção desse modelo (Gestor 1). Muitos municípios podem não ter confiado no programa inicialmente e terem optado por executar suas próprias compras no intuito de obter maior gestão sobre o fornecedor, sobre a qualidade do medicamento, mas é preciso atentar para a não utilizar o recurso público de maneira inadequada (Gestor 3). E, destaca-se que essa é a justificativa de um município por não ter aderido à ERAF até 2018 e sempre fazer processos licitatórios próprios “para ter conhecimento de todo o processo” (Farmacêutico 4).

Por já existirem episódios anteriores de municípios que não aderiam à ERAF e foram notificados a prestar esclarecimentos para tais órgãos de controle e fiscalização, por comprarem medicamentos em valores mais altos, nota-se que a não adesão, em alguns casos, são pautadas por falta de visão gerencial e razões não técnicas que culminam na má gestão do recurso público (Gestor 3). De maneira similar, salienta-se: “Muitos municípios pautam suas decisões em razões não técnicas e sim políticas, devido às questões que são características de município de menor porte, como a baixa capacidade de planejamento” (Gestor 1). E, complementarmente, “falta um pouco de perspicácia dos municípios porque ele pode usar a ata do estado e também fazer sua própria ata, como ele não é obrigado a comprar em uma ata de registro de preço, onde tiver o preço mais barato, ele escolhe fazer a compra” (Gestor 4).

E, nesse sentido, existem municípios que compartilham dessa ideia, aderindo à ERAF e fazendo processos licitatórios próprios paralelos na tentativa de adquirir a preços inferiores (Farmacêutico 1) (Farmacêutico 2), para evitar desabastecimento por atraso nas entregas (Farmacêutico 2), quando itens encontram-se indisponíveis para serem solicitados em ata estadual (Farmacêutico 1) (Farmacêutico 3) e devido a alguns itens básicos que o município necessita manter na rede, mas não encontra-se na ERAF (Farmacêutico 1).

A capacidade gerencial dos municípios talvez represente o maior entrave ou desafio ao êxito da estratégia da Regionalização e, conseqüentemente a intermediação feita pela SES precisa ser intensificada (Gestor 1). No entanto, a estado de Minas Gerais, por meio

da SAF, vem fazendo um trabalho de acompanhamento dos municípios a fim de dar suporte, oferecendo treinamentos, distribuindo cartilhas para ajuda-los no processo de planejamento anual das compras, bem como para capacitá-los para a gestão adequada do recurso tripartite (Gestor 2). Assim, o esforço por parte da SAF é evidente e é destacado por um município “sempre que eu precisei, eles estão dispostos a me ajudar, inclusive assim que eu entrei [na prefeitura] teve algumas reuniões para esclarecer [sobre a ERAF]” (Farmacêutico 1). Dessa forma, cabe à SAF se empenhar continuamente para auxiliar os municípios, identificando novas necessidades de desenvolvimento das habilidades de gestão necessárias ao sucesso desse modelo, sob risco de atrasar os efeitos esperados, comprometendo o serviço oferecido ao cidadão e, conseqüentemente, contaminando todo o modelo (Gestor 1). Tal necessidade é reconhecida pelos municípios: “uma sugestão seria a realização de mais capacitações do Estado para os municípios para que a estratégia consiga ficar mais alinhada com os municípios” (Farmacêutico 3).

Portanto, com a Regionalização, se completa todo o processo de descentralização - da União para o Estado, deste para o Município - o qual se estendeu por muitos anos, sendo, finalmente, compatível com o preconizado pelas diretrizes constitucionais da saúde pública brasileira. Então, devido aos desafios apresentados, esse modelo, como um mecanismo de cooperação técnica entre estado e municípios para garantir uma gestão da saúde compatível com os preceitos constitucionais e, em sentido mais amplo, uma gestão pública eficiente e eficaz, ainda está em construção e necessita de monitoramento para consequentes aprimoramentos, mas já nota-se resultados satisfatórios, que serão apresentados na seção a seguir.

#### **4.2 Resultados da Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma análise dos impactos sociais e financeiros**

A exposição dos resultados decorrentes da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica para a administração estadual e municipal, a partir da mensuração dos impactos sociais e financeiros é crucial para avaliar se essa é uma política que vem sendo exitosa, bem como para analisar os pontos que necessitam de ajustes.

Nesse sentido, o primeiro ponto a ser abordado trata da ampliação do rol de medicamentos, abrangendo, a partir de então, toda a RENAME, isto é, 340 medicamentos, sendo que anteriormente, o estado realizava aquisição de apenas 145 itens. Dessa maneira,

qualquer outro medicamento básico que o município necessitasse que não pertencesse à lista definida pelo governo estadual, deveria ser adquirido por iniciativa do próprio ente local. Porém, embora os 340 itens já tenham sido licitados, apenas 255, até o ano de 2017, obtiveram êxito e foram homologados, estando, assim, disponíveis para a aquisição por parte do município. Esse número representa 75% da RENAME, que é maior do que o elenco de medicamentos do modelo anterior, mas tem-se o desafio de conseguir disponibilizar todos os itens. “Precisa-se aprimorar nesse ponto para que o município consiga fazer a seleção e não o pregão selecione quais os medicamentos que podem ser adquiridos” (Gestor 2). Ressalta-se que os possíveis motivos para o fracasso dos 85 itens são variados, podendo ser problemas na especificação do item ou na pesquisa de preço e também por questões relativas ao mercado farmacêutico, o que necessita de uma análise específica de cada medicamento, por parte da equipe técnica, para definir o real motivo e, então, buscar soluções.

No modelo anterior, um ponto muito crítico referia-se ao longo prazo, por questões logísticas, para que o medicamento chegasse ao governo local, causando, em alguns casos, desabastecimento. Com a ERAF, conforme mostra a Figura 7, houve um achatamento dos prazos para disponibilização de medicamentos, reduzindo pelo menos 83 dias. Desde o início da licitação, até o medicamento chegar na prateleira municipal demorava-se cerca de 7 meses, se não houvesse nenhuma intercorrência. Com a Regionalização caiu esse prazo para quatro meses (Gestor 4). Nota-se, assim, que houve alteração nos procedimentos posteriores à licitação e, como a entrega passou a ser feita pelos fornecedores diretamente nos municípios, as etapas de “armazenagem” e “distribuição ao município” foram extintas, resultando num prazo muito menor. Destaca-se que, findado o processo licitatório, as entregas anteriormente demoravam cerca de 128 dias e no modelo atual o prazo das entregas é de até 45 dias.

Figura 7 - Prazos para disponibilização de medicamentos – Minas Gerais - 2017



Fonte: Dados básicos: Encontro do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, 2017.

A redução nos prazos para disponibilização dos medicamentos é exaltada pelo gestor 4:

Isso é agilidade de mercado e por traz também é inteligência logística, porque quanto mais demora para receber o medicamento, mais tem que ter estoque de segurança, mais estoque de segurança significa mais dinheiro parado, mais possibilidade de medicamento perder, mais necessidade de espaço para guardar. Então, quando diminui esse período de entrega, diminui a quantidade de estoque de segurança e pode ter mais recurso à disposição para investir no cidadão. (Gestor 4).

Um outro resultado que pode ser observado trata do aumento significativo da quantidade planejada de medicamentos. Quando se compara o ano de 2015, anterior à ERAF, com o ano de 2016, conforme a tabela 3, é possível notar que em 2016 a quantidade planejada foi mais de 4 vezes superior quando se considera todos os municípios de Minas Gerais e, ressalta-se ainda que nesse primeiro ano de operação, apenas 30% dos municípios aderiram à ERAF, isso significa que houve um incremento de 352% na quantidade do ano anterior. Sendo assim, é possível concluir que no modelo anterior havia muita demanda reprimida e, por isso, os municípios necessitavam de fazer licitações por conta própria para suprir as necessidades locais.

Tabela 3 - Quantidade planejada 2015 x Quantidade planejada 2016 – Minas Gerais – 2016

Ano		Variação (%)
2015	2016	
Quantidade planejada - 853 municípios (UN)	Quantidade planejada - 853 municípios (UN)	
669.375.138	3.024.185.593	352

Fonte: Dados básicos: SIGAF. Elaboração própria

No entanto, ressalta-se que a quantidade planejada não significa, necessariamente, o quanto é efetivamente executado. Com relação ao ano de 2016, a execução das compras municipais foi por volta de apenas 40%, conforme mostrado na tabela 4. O que mostra que o planejamento dos municípios não foi eficaz, necessitando, assim, de ajustes, bem como um maior suporte por parte do governo estadual. Insta salientar que essa baixa capacidade de planejamento evidenciada no modelo é derivada das dificuldades administrativas enfrentadas por grande parte dos governos locais que precisam ser superadas.

Tabela 4 - Execução municípios participantes da ERAF - Minas Gerais - 2016

Quantidade planejada 2016 (UN)	Quantidade executada 2016 (UN)	% Execução
1.855.438.008	745.900.180	40,20

Fonte: Dados básicos: SIGAF. Elaboração própria.

Com relação aos municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço, foi unânime a afirmação, pelos farmacêuticos locais, de que não possuem quaisquer dificuldades para realizar o planejamento municipal de medicamentos básicos. Porém, conforme é mostrado na tabela 5, o planejado também está muito abaixo do executado nos municípios em questão, sendo que apenas Coronel Fabriciano executou pouco mais que a metade que planejou. Destaca-se que a execução, nesses três municípios, tem relação com o porte, assim, Santana do Paraíso, município de pequeno porte apresenta a menor execução e, então, uma maior dificuldade de programar o quanto efetivamente irá consumir, enquanto que Coronel Fabriciano, município de grande porte, a maior execução. Tal constatação, retrata, então, as dificuldades de planejamento enfrentadas pelos municípios de menor porte, intrinsecamente relacionadas à baixa capacidade administrativa.

Tabela 5 - Execução municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço – 2016

Município da Região Metropolitana do Vale do Aço	Total planejado 2016 (UN)	Total executado 2016 (UN)	Execução (%)
Coronel Fabriciano	25.098.320	13.176.895	53
Santana do Paraíso	11.469.560	3.980.492	35
Timóteo	21.978.700	10.612.685	48
<b>Total geral</b>	<b>58.546.580</b>	<b>27.770.072</b>	<b>47</b>

Fonte: Dados básicos: SIGAF. Elaboração própria.

Nota: O município de Ipatinga não aderiu à Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica.

Apesar desses problemas observados com relação à execução no primeiro ano do modelo, é possível perceber um avanço quando se compara com o ano de 2017. Ressalta-se que a ata de registro de preço do ano de 2017, no momento da realização deste trabalho, ainda estava vigente dado que ela iniciou no mês de julho de 2017 e apresenta vigência de 12 meses, portanto, apenas 3 dos 5 ciclos<sup>6</sup> tinham sido encerrados. Sendo assim, de maneira a possibilitar uma comparação mais adequada, serão analisados apenas os três primeiros ciclos dos anos de 2016 e 2017 e serão consideradas as quantidades planejada e executada apenas dos municípios que participam desde o primeiro ano para fazer uma comparação com o mesmo número de municípios em ambos os anos. Através da tabela 6, é possível visualizar que o incremento na quantidade executada foi bem maior que na planejada, havendo, assim, um acréscimo de 35% no percentual de execução no ano de 2017 em comparação com ano anterior, o que significa que o planejamento realizado se aproximou um pouco mais da real demanda municipal e, conseqüentemente, o município aperfeiçoou a sua capacidade de planejamento após o primeiro ano do modelo, contribuindo para o amadurecimento e consolidação da ERAF. E ainda, quando se analisa em valores financeiros, é ainda mais nítido o avanço obtido, considerando que no segundo ano o valor executado foi mais que o dobro.

<sup>6</sup> O período de vigência da ata de registro de preços é dividido em ciclos na ERAF. Para o ano de 2017 foi definido que seriam 5 ciclos bimestrais, significando que os municípios poderiam fazer até 5 pedidos dentro dos prazos estipulados em cronograma definido pelo governo estadual que determina seguintes prazos: 5 dias úteis para programação dos quantitativos pelos executores da compra; 15 dias corridos para emissão de empenho; 30 dias corridos após envio da autorização de fornecimento para realização da entrega; 5 dias úteis após a entrega para o recebimento definitivo.

Tabela 6 - Variação da execução e do valor executado municípios participantes do primeiro ano da ERAF - 2016-2017

Ano	Quantidade planejada (UN)	Quantidade executada (UN)	Execução (%)	Variação da execução (%)	Valor executado (R\$)	Variação do valor (%)
2016 (3 ciclos)	1.855.438.008	390.357.920	21	35	34.950.804,38	106
2017 (3 ciclos)	2.210.580.298	628.043.478	28		72.069.772,22	

Fonte: Dados básicos: SIGAF. Elaboração própria.

Em se tratando do quesito custo financeiro, no modelo anterior, segundo estimativas da SES, gastava-se em torno de 20 milhões anuais para manter a operação logística de armazenagem e distribuição que, apesar do custo elevado, apresentava baixa ineficiência. Não há mais necessidade de a SES ter um almoxarifado tão grande para produtos com tão baixo valor agregado, os medicamentos básicos ocupam muito volume e isso é algo que onera o custo de distribuição desses medicamentos, gastando-se muito com armazenagem para um produto com valor agregado muito baixo, além do custo elevado de ter caminhões por todo o estado distribuindo medicamentos de três em três meses (Gestor 4). Assim, com a Regionalização da Assistência Farmacêutica, esse modelo logístico foi desmontado, reduzindo sobremaneira os custos. Como consequência, o governo estadual aumentou sua contrapartida no financiamento tripartite, com um incentivo de R\$ 0,35 per capta/ano, passando de R\$ 3,00 per capta/ano para R\$ 3,35 per capta/ano. Houve, dessa forma, uma realocação do gasto da área meio, de operação interna da SES, para a área fim, o que significa que está investindo mais em medicamentos e, portanto, mais na política de saúde propriamente dita, beneficiando diretamente o cidadão mineiro. “Isso apresenta um avanço muito grande do ponto de vista da gestão pública, porque deixa de gastar dinheiro com área meio, com processo, com estrutura e passa investir diretamente no cidadão” (Gestor 4).

Outro ponto refere-se aos melhores preços praticados pelas negociações estaduais em detrimento das aquisições realizadas de forma autônoma pelos municípios, considerando a grande escala das compras do estado de Minas Gerais. No apêndice C há uma relação dos medicamentos básicos com seus respectivos preços homologados pelo estado em um processo de compra realizado no ano de 2016, primeira fase da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica e os preços municipais de cada um dos

medicamentos que foram obtidos através da média dos preços registrados em um relatório do TCE-MG de 2016. É possível notar que para apenas 10 medicamentos o preço médio dos municípios encontra-se mais vantajoso, significando que os preços estaduais são mais atrativos em torno de 85% dos medicamentos cujos valores foram analisados. A partir da análise dos preços de cada ente juntamente com a quantidade efetivamente executada por medicamento básico no ano de 2016, nota-se uma economia superior a 60 milhões, em valores reais, para os municípios. Isso significa que se os quantitativos executados nesse processo de compra estadual tivessem sido todos adquiridos pelos preços médios municipais, gastar-se-ia, no ano de 2016, 60 milhões a mais do que foi realmente gasto, o que comprova a tese de que os preços registrados pelo governo estadual são, majoritariamente, mais vantajosos, trazendo maior economia para o governo local.

Nota-se, portanto, através dos resultados mencionados, impactos sociais e financeiros positivos, para os dois entes. Percebe-se uma economia significativa nos custos com medicamentos para os municípios, além da redução, para o governo estadual, dos gastos com a operação logística que foi revertida em incentivo financeiro no financiamento tripartite, trazendo, assim, benefícios sociais já que é possível investir mais em medicamentos para a população. Além disso, a redução no prazo para disponibilização dos remédios reduz as possibilidades de desabastecimento e houve ampliação no elenco de medicamentos disponível para aquisição e aumento na quantidade das unidades farmacêuticas, significando que a ERAF vem oferecendo uma assistência farmacêutica mais compatível com as demandas dos municípios de Minas Gerais. Observa-se, dessa forma, que o município também começou a ter menor custo e maior eficiência na assistência à população. Sendo assim, embora o custo seja extremamente importante, o ponto chave são os ganhos sociais, com relação ao controle das doenças, já que os medicamentos são cruciais para melhorar a qualidade de vida, pois sem medicamentos não se faz saúde. A partir do momento que se propicia essas condições para a população, tem-se uma melhor perspectiva de vida, maior saúde e menos adoecimentos. “Controlando a doença através de medicamentos básicos, o paciente não precisa ir a uma unidade especializada, reduzindo o custo da assistência à saúde, mostrando que essa é uma redução de custo em cadeia” (Gestor 3).

### **4.3 Aplicação do modelo de cooperação entre estado e municípios em outras áreas de ação**

Devido à falta de definições legais mais claras acerca das formas de cooperação entre entes federados, é de extrema importância, conforme afirma Ravanelli (2010), a criação de novos instrumentos de cooperação intergovernamental, mesmo que seja por meio políticas autônomas de algum nível de governo, de maneira a propiciar o desenvolvimento de uma nova cultura política de pactuação e negociação intergovernamental. Nesse sentido, é interessante que formas alternativas de cooperação, que tenham se mostrado exitosas, sejam replicadas para outras áreas, bem como sirvam de inspiração para outros entes que compõem o país. De maneira, então, que o federalismo cooperativo no Brasil possa atingir o que almeja que é completamente contrário à tradição brasileira exposta por Ribeiro (2007, p. 5) “[...] de que as relações de cooperação federativa sejam precárias, muitas vezes confundidas com uma dádiva ou favor que o estado ou a União fazem ao município”.

Em se tratando da cooperação que abrange o ente local, é de grande necessidade dado que muitos municípios enfrentam dificuldades variadas, que já foram amplamente discutidas na seção 3 deste trabalho. Contudo, é válido retomar algumas características dos municípios de menor porte – que representam 89% e 92% dos municípios, para Brasil e Minas Gerais, respectivamente (IBGE, 2010) – que foram sintetizadas por Menicucci e Marques (2016), sendo elas: baixa disponibilidade de recursos financeiros e humanos e baixa capacidade de produção de serviços. E, mesmo com todos esses obstáculos, são responsáveis pela provisão de políticas sociais, como estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Salienta-se, ainda, que muitas das competências são partilhadas entre os entes, necessitando que haja uma cooperação mais intensiva, dentre outras áreas, os serviços de saúde são um exemplo, como expresso no inciso VII do art. 30 “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988). Sendo assim, como já mencionado, a Regionalização da Assistência Farmacêutica é um exemplo de instrumento de cooperação técnica entre o estado de Minas Gerais e seus municípios, sendo uma estratégia da assistência farmacêutica básica, pertencente a um programa da saúde. Esse meio de cooperação é pautado na centralização da negociação dos insumos farmacêuticos e na intermediação do estado, por exemplo, através do

auxílio, aos municípios, no planejamento das aquisições, de maneira possibilitar a operacionalização adequada da política.

O estado de Minas Gerais, no que tange à assistência farmacêutica, já apresentava, desde a destituição da Ceme, em 1997, uma espécie de auxílio aos seus municípios. Porém, a forma que se dava a interferência do governo estadual não era compatível com o preconizado pelo SUS, considerando que o município deve ser o ente competente para realizar a seleção e aquisição dos medicamentos, bem como administrar o recurso do fundo tripartite e não o governo do estado, como acontecia anteriormente. Contudo, apesar dessa incompatibilidade, o fato é que o governo de Minas Gerais já apresentava uma cultura de auxiliar o ente local nessa área específica, o que demonstra a consciência da necessidade de oferecer apoio técnico. Sendo assim, como com medicamentos já se fazia isso, não foi tão difícil implantar um instrumento de cooperação nesses moldes, mas em áreas onde não se tem essa cultura, a barreira a ser transportada é muito maior, porém necessária (Gestor 1).

Como não existe previsão legal de um instrumento de cooperação nesses moldes, pode-se considerá-lo uma inovação (Gestor 1). Principalmente porque, para que a ERAF fosse operacionalizada, foi preciso alterar decretos, criar novas leis, além de envolver TCE-MG e MP-MG nesse processo. E, acrescenta-se, ainda, que esse é um modelo que precisa de estratégias e recursos permanentes, bem como necessita de uma interação muito grande com o município (Gestor 3). Dessa forma, essa pode ser a justificativa por não ser um mecanismo de cooperação amplamente utilizado, dado que é uma inovação, fugindo dos padrões da Administração Pública, justamente pelo fato de ser “[...] muito mais cômodo fazer apenas o básico, que é repassar o recurso e depois pedir prestação de contas” (Gestor 1).

Então, considerando os resultados observados da Regionalização, pode-se dizer que esse seria um modelo exitoso em outras áreas e que precisa ser incentivado (Gestor 1 e 2). Esse é um modelo ideal dado que o recurso fica nas mãos de quem deve, de fato, ser o executor da política. E o estado se responsabiliza por fazer o que tem competência técnica e realmente consegue agregar algum valor, que é planejar juntamente com os municípios, auxiliando-os e centralizar a negociação para então criar a ata de registro de preços, o que traz ganho de escala, tornando mais atrativo para o mercado e diminuindo os preços (Gestor 1). Dado que muitos municípios apresentam baixa capacidade administrativa e que a realização de um processo licitatório demanda técnica, é interessante que o estado centralize essa função,

desafogando o ente local e, também, esse é um meio de garantir a qualidade dos bens e serviços, tornando o setor público cada vez mais eficiente. E ainda, como o mercado assumiu a função logística, nesse modelo, nenhum dos entes é onerado com custos de distribuição e armazenamento já que o fornecedor entrega diretamente no ente local e várias vezes ao ano, não necessitando de um estoque robusto.

Enfatiza-se ainda que nesse modelo, por centralizar a negociação de determinada área em um único órgão que possui expertise para realizá-la, tem-se, portanto, apenas um registro de preço, então o fornecedor terá uma única opção de participar da licitação, ofertando seu melhor preço, sob pena de não vender para o setor público, assim, essa estratégia de compras pode contribuir para abaixar os preços dos bens e serviços (Gestor 3).

Destaca-se que tal instrumento de cooperação não é inédito, já sendo aplicado, por exemplo, no estado do Espírito Santo, de forma similar, para a aquisição de medicamentos. Além disso, também é utilizado pelo Ministério da Educação (MEC) em que o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) realiza licitações de bens como ônibus escolares, cadeiras e mesas, computadores, e registra os preços que têm validade em todo território nacional, dessa maneira, governo federal, estados e municípios podem aderir a esses registros de preços, realizando, assim, suas compras com rapidez e economicidade. Então, cada área com suas especificidades, o fato é que outros instrumentos nesses moldes já existem no território nacional, demonstrando que é um modelo aplicável em diversas áreas, desde que sejam feitas as adaptações necessárias. Ressalta-se que no caso da ERAF, ao se inspirar no modelo utilizado pelo Espírito Santo, foi necessário alguns ajustes para que se adequasse às necessidades de Minas Gerais. Assim, além de o estado centralizar a negociação criando as atas de registro de preço, como já ocorre no Espírito Santo, também oferece suporte técnico para seus municípios, auxiliando, por exemplo, no planejamento das aquisições, então significa que houve adaptações no sentido de promover uma cooperação mais intensiva com o ente local.

Além desses exemplos, pode-se mencionar outra iniciativa recente do Governo do Estado de Minas Gerais que é o Programa Mais Asfalto. Então, a Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais (SEGOV), ao ver que a compra estadual de medicamentos vem sendo bem sucedida, se inspirou nessa estratégia e adotou um processo de compra nesses moldes em que os municípios recebem recurso para aplicá-lo na execução de atas de registro de preço de serviços, na área de pavimentação, que é conduzido pelo governo estadual.

(Gestor 1). Assim, nesse caso, o Governo do Estado repassa recursos e massa asfáltica para os municípios executarem os serviços, além de prestar apoio técnico e institucional que é de grande importância considerando que é uma licitação complexa para ser conduzida pelos municípios, dado que o governo local fica a mercê das grandes empreiteiras (Gestor 3).

Nota-se, dessa forma, que o instrumento de cooperação em questão já é utilizado para fornecimento de alguns bens e serviços além da área da saúde, como na educação e obras públicas, cada qual com sua particularidade. Apesar de não ser um instrumento utilizado para todas as compras nas áreas mencionadas e nem ser aplicado em todas as áreas públicas, é perceptível que não é um modelo que se restringe a um ramo da administração pública, podendo, então, ser replicado em vários campos de maneira bem sucedida.

Porém, embora esse seja um “modelo que poderia ser exitoso em qualquer outra área [...] a questão é que o estado é muito grande, em políticas, em secretarias, não sendo interessante generalizar, então nas áreas que se tem maior interação com os municípios tem condição de fazer uma política nesse sentido” (Gestor 3). Sendo assim, não é possível afirmar que essa é uma estratégia aplicável em todas as compras do estado, mas nos casos de aquisições que precisam alcançar vários locais é muito interessante concentrar a negociação no Estado e deixar a execução nas mãos do ente municipal. Dessa maneira, nesse caso tem-se que, o estado representado pelas suas várias secretarias, por ser um agente mais forte, atua como coordenador da política.

Portanto, esse modelo de cooperação é uma inovação pautada na construção conjunta, que é muito mais interessante para que uma política pública cumpra com o que se propõe, sendo um meio de garantir a qualidade dos bens e serviços, tornando o setor público cada vez mais eficiente. O fato é que “quando uma política tem participação de todos os atores, tem tendência de dar certo” (Gestor 3).

Então, nota-se, por fim, que esse é um modelo que vem se mostrando exitoso por garantir a qualidade dos bens e serviços, bem como traz uma economia financeira para o setor público, tendo, portanto, condições de ser replicado, desde que seja em áreas que já tenha certa interação entre os entes. Interação essa que precisa ser intensificada cada vez mais a partir da implementação desse modelo, dado que é uma construção conjunta, cada ente com

seu devido papel, que precisa ser realizado adequadamente para que a política alcance, então, seus fins.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar a concepção e a operacionalização, bem como os resultados da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, a fim de responder ao questionamento: “Como a cooperação entre entes federados subnacionais, no âmbito da Regionalização da Assistência Farmacêutica, contribui para a melhoria da gestão pública municipal?”. Assim, ao realizar o estudo da ERAF, foram constatados impactos sociais e financeiros positivos para o governo estadual, mas, principalmente, para os entes locais. Com destaque para a questão de que, completou-se todo o processo de descentralização - da União para o Estado, deste para o Município - o qual se estendeu por muitos anos, sendo, finalmente, compatível com o preconizado pelas diretrizes constitucionais.

Evidenciou-se que com esse modelo de cooperação técnica entre o estado de Minas Gerais e seus municípios houve uma significativa economia financeira para os municípios nas aquisições de medicamentos básicos, sendo que no ano de 2016 esse valor foi, em média, superior a 60 milhões de reais. Destaca-se também a redução de 3 meses no prazo para disponibilização dos medicamentos e aumento de R\$ 0,35 per capita/ano no financiamento de medicamentos que contribuiu para quadruplicar os pedidos municipais em 2016, comparando com o ano anterior. Assim, o aumento do investimento nesses insumos pelo incremento na contrapartida estadual juntamente com a redução dos prazos resulta em mais medicamentos disponíveis para o cidadão e num período de tempo satisfatório. Dessa forma, o município começou a ter menor custo e maior eficiência na assistência à população, melhorando a qualidade de vida do cidadão.

Devido aos resultados no tocante à racionalização de gastos com medicamentos observados, pode-se caracterizar esse modelo como sendo uma experiência exitosa, embora com possibilidades de aperfeiçoamento, dado que existem dificuldades e gargalos de operacionalização. Considerando o êxito da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica é possível identificar alguns avanços, conforme discriminado a seguir:

Avanço 1 – Descentralização (compatível com o preconizado pelo SUS): A descentralização da política de saúde, até o ano de 2015, não tinha sido implantada de forma completa no estado de Minas Gerais, então, com a ERAF, completou-se todo o processo de descentralização e o município passou a ser executor da política.

Avanço 2 – Redução dos custos dos medicamentos e logístico: Dentre os medicamentos analisados nesse trabalho, mais de 80% apresentam preço estadual mais vantajoso, com uma economia anual estimada em mais de 60 milhões de reais. Houve também redução dos custos logístico do estado, trazendo uma economia de 20 milhões anuais (Gestor 4). Esses resultados implicam em maior eficiência, podendo aumentar o poder de compra dos recursos destinados à assistência farmacêutica.

Avanço 3 – Redução do tempo de disponibilização dos medicamentos: As entregas passaram a ser realizadas em períodos menores, reduzindo cerca de 3 meses para que as mesmas sejam efetivadas.

No entanto, alguns desafios são notáveis, necessitando de atenção para que a política seja aprimorada:

Desafio 1 – Melhorar a capacidade gerencial do município: A baixa capacidade de gestão dos municípios talvez seja o maior entrave ao sucesso dessa política, dificultando bastante a implementação do modelo, necessitando, portanto, de constantes ações de capacitação dos governos locais.

Desafio 2 – Promover a integração dos atores envolvidos na política: A eficácia do modelo está relacionada ao alinhamento dos atores, dessa forma, é importante que a SES faça essa intermediação adequadamente, num tempo de resposta satisfatório.

Desafio 3 – Instituir mecanismos de controle eficazes: A Regionalização da Assistência Farmacêutica trouxe grandes mudanças, que precisam vir acompanhadas de mecanismos institucionais de eficazes de controle. Nesse sentido, é importante a aproximação do TCE-MG de forma a verificar os valores das aquisições municipais, não somente com vistas ao controle, mas também com um caráter pedagógico e explicativo para os municípios, objetivando aprimorar a gestão do modelo, dado que é uma novidade.

Destaca-se, assim, que no entender de Velázquez (1999), o gasto com o uso racional de medicamentos deve ser contabilizado como investimento social de grande utilidade na saúde e na redução de custos em longo prazo. E salienta-se que é característico da administração pública do país o vício de se gastar mal, “tem-se pouco e gasta-se mal o pouco que se tem” (CARVALHO apud FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007, p. 482). Nesse sentido, a iniciativa da Estratégia Regionalização da Assistência Farmacêutica caminha na contramão dessa tradição brasileira, sendo um meio de racionalização de custos, com o potencial de garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.

O estudo detectou a não adesão de apenas 8 municípios, porém, não era objeto de estudo a identificação das causas, mas que merecem ser averiguadas futuramente por ser um ponto de aperfeiçoamento da ERAF. E, concomitantemente, as instâncias de controle e fiscalização de Minas Gerais precisam dirimir esforços para garantir que os governos locais estejam agindo em conformidade com a lei, investindo adequadamente o recurso público.

Notou-se, portanto, a grande cobertura populacional da ERAF, o que demonstra seu potencial como instrumento de promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere à Assistência Farmacêutica. Ressalta-se que equidade no acesso dos medicamentos tem relação com preços mais acessíveis e, como menciona Joncheere (1997), quando os municípios fazem suas próprias aquisições, o poder de compra dilui-se, como seus volumes são, em geral, inexpressivos, ocasiona falta de ofertas. Nesse sentido, Marin *et al* (2003) sugerem mecanismos de ampliação da escala de compras, seja por meio de associações ou consórcios, como é o caso da parceria entre Minas Gerais e seus municípios na Regionalização da Assistência Farmacêutica.

Nesse sentido, destaca-se que é importante haver cooperação em detrimento de um federalismo compartimentalizado dado que ambientes cooperativos auxiliam governos menos capacitados a desempenharem determinadas tarefas, auxiliando, assim, na integração de políticas públicas compartilhadas (Abrucio, 2005). Então, o federalismo cooperativo, perpassa por constante reinvenção através das instituições, órgãos e diversos atores que buscam articular os entes federados, comunidades políticas e a sociedade civil visando intensificar o pacto federativo. (MACIEL; RIBEIRO, 2014). A Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica é uma dessas reinvenções inovadoras em que a cooperação promove o desenvolvimento econômico-social e a intensificação do pacto federativo.

Tem-se, então, que a ERAF favorece a cooperação na medida em que as atribuições de cada nível de governo são especificadas, mesmo com lacunas e deficiências, estabelecendo uma certa hierarquização entre eles. Dessa forma, nesses casos, o ente supralocal - Estado de Minas Gerais atua como indutor da cooperação.

Nessa perspectiva, dada a necessidade de promoção de instrumentos de cooperação e em virtude dos bons resultados registrados neste trabalho, é importante que essa boa-prática seja incentivada e replicada em áreas que apresentem viabilidade, seja em órgãos da própria Administração Pública de Minas Gerais ou até em outros estados brasileiros. E destaca-se que é relevante que modelos de cooperação técnica como esse sejam apresentados

em conselhos ou fóruns, outros instrumentos de cooperação federativa, para que haja debates e trocas de experiências entre as esferas governamentais.

A Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica, apesar do êxito, ainda está em construção, necessitando de aperfeiçoamentos. Dentre os desafios a serem superados apresentados nesse trabalho, o ponto-chave é que o governo estadual deve se empenhar continuamente no auxílio aos municípios de modo a desenvolver habilidades de gestão necessárias ao sucesso do modelo para que, então, a estratégia fique mais alinhada. Esse gargalo não se restringe a essa política de assistência farmacêutica, em quaisquer áreas que forem implementados modelos nesses moldes será necessária uma interação e comunicação maior com o ente subnacional. De modo, então, a desenvolver capacidade administrativa nos entes locais para que a descentralização consiga, realmente, a melhorar a gestão pública, conforme defende Abrucio (2005).

Por fim, vale ressaltar que, independentemente do valor do recurso destinado ao financiamento de determinada política pública, de qual esfera gerencia esse recurso ou de qual ente realize o processo de compra, é crucial que os serviços contem com o compromisso dos gestores envolvidos, garantindo racionalidade no uso de recursos. Dessa forma, quando as aquisições são bem-feitas, amplia-se a credibilidade dos serviços oferecidos e, numa visão mais ampla, da gestão pública como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política.**, Curitiba , n. 24, p. 41-67, June 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010444782005000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010444782005000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, Maria; BEIRA, Lígia (Org.). **Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos.** São Paulo: Fundap, 2007. v. 1, p. 13-31. Disponível em: <[http://www.igepp.com.br/uploads/ebook/igepp\\_abrucio\\_f.\\_e\\_franzeze\\_\\_c.\\_federalismo\\_e\\_p olíticas\\_publicas\\_no\\_brasil.pdf](http://www.igepp.com.br/uploads/ebook/igepp_abrucio_f._e_franzeze__c._federalismo_e_politicas_publicas_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- ANDRADE, Marta Campagnoni; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 980-990, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 set. 2017.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- ARRETCHE, Marta. Mitos da Descentralização: Maior Democracia e eficiência nas Políticas Públicas?. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n.31, p. 44-66, 1996. Disponível em: <<https://profwalfredoferreira.files.wordpress.com/2014/02/mitos-da-descentralizac3a7c3a3o.pdf>> Acesso em: 11 out. 2017.
- BARREIRA, Maria Cecília. R. N. **Avaliação participativa de programas sociais.** São Paulo: Veras Editora, 2000.
- BEHELAINÉ, Cintia Helena de Oliveira. **As Avaliações vão para a Gaveta? Um Estudo da Utilização das Avaliações de Impacto no Governo de Minas Gerais.** 2013. 241 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Belo Horizonte, 2013.
- BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades Regionais, Estado e Constituição.** Max Limonad: São Paulo, 2003.
- BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 27, n. 3, p. 462-475, set. 2007

. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932007000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932007000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 22 nov. 2017.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da Ufsc**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p.68-80, jan. 2005. Semestral. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.7, Brasília: CONASS, 2011.186 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm)>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm)> Acesso em 24 abr. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 5 abr. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)> Acesso em: 5 abr. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm)>. Acesso em: 5

abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos** (1999). 6ª Reimpressão. 40p. II - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf)> Acesso em 10 out. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html)>. Acesso em: 20 de mar. 2018

BRASIL. **Portaria nº 2.001, de 3 de agosto de 2017**. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2001\\_15\\_08\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2001_15_08_2017.html)>. Acesso em: 20 de mar. 2018.

BREMAEKER, F, E, J. **As finanças dos municípios do Estado de Minas Gerais**. Rio de Janeiro: IBAM, 2005. 39 p. (Estudos Especiais, 118).

CAPELLA, Ana Cláudia N. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas**

CARRAZA, Roque Antônio. **Curso de Direito Constitucional tributário**. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1991. p. 109.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 10. Ed. – Petrópolis. RJ: Vozes, 2012. 318p.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S.. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12. ed. Porto Alegre: Amgh, 2016.

COSENDEY, MarlyA E. *et al.* **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509/5093>> Acesso em: 11 out. 2017.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo. Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de

integração regional ascendente. In: **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. SPINK, Peter (Org.). Pólis: São Paulo, 2002, p. 195-234. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/930/930.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

FAGUNDES, H.; MOURA, A. B. de. Avaliação de programas e políticas públicas. **Revista Textos & Contextos**, v. 8, n.1, Porto Alegre, jan./jun. 2009, p. 89-103. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5676/4129>>. Acesso em: 12 out. 2017.

FARIA, Carlos A. P. de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 50, p. 97-169, out. 2005.

FERRAES, Alide Marina Biehl; CORDONI JUNIOR, Luiz. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122007000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas**: um quadro de referência teórica. São Paulo: IDESP, 1986. Disponível em: <http://josenorberto.com.br/ac-2007-38.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GAMBI, Raissa Fontelas Rosado. **As armadilhas de um consenso. Monitoramento e Avaliação de Programas Públicos**: O caso dos Projetos Estruturadores do Governo de Minas Gerais, 2003 – 2010. 221f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Programa de Mestrado da Escola de Governo “Professor Paulo Neves de Carvalho” Belo Horizonte, 2010.

GASPARINI, Diogenes. **Direito Administrativo**. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. F. C. M. Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In: SILVA, M. O. Silva. (Org). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001.

GONTIJO, José Geraldo Leandro. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: Teoria e Prática. Belo Horizonte: Puc Minas, 2012. p. 82-122.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, DF, v. 36, p. 251-275, 2011.

JONCHEERE, K. de. A necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos. In: BONFIM, J. R. de A.; MERCUCI, V. L. (Orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1997.

KINGDON, J. Como chega a hora de uma ideia? Políticas Públicas. Brasília: **ENAP**, 2006.

LIMA, LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139. ISBN 978-85-8110-017-3.

LYNN Lynn, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MACIEL, A. P. M. ; RIBEIRO, G.W. . Federalismo, cooperação e políticas públicas: as experiências brasileiras. In: **XXIII Congresso Nacional do CONPEDI**, 2014, João Pessoa. Direito e Administração Pública III. Florianópolis: CONPEDI, 2014. p. 310-334.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIN, N. J. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 334p.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. **Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.289-300, ago. 2004.

MEGGINSON, Leon C. et al. **Administração: conceitos e aplicações**. 4.ed. São Paulo: Harbra, 1998, p.11-12.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Dados**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 3, p. 823-865, set. 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582016000300823&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300823&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 de mar. 2018.

MILARÉ, Êdis. **Direito do ambiente**: doutrina, prática, jurisprudência, glossário. 2ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2001.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013**. Altera o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=46945&comp=&ano=2016> Acesso em: 19 de abr. 2018.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS MG N° 2.064, de 24 de Fevereiro de 2015a.**

Altera o Anexo V da Deliberação CIBSUS/MG n° 1.610, de 16 de outubro de 2013, que aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na Atenção Primária em Saúde. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202065%20%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20-%20Termo%20de%20Metas%20COSEMS%202015.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.164, de 19 de agosto de 2015b.** Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202164.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Reforma Administrativa: Emenda Constitucional n° 19/98.** 3. ed., São Paulo : Atlas, 1999.

O'TOODLE JUNIOR, Laurence J. Relações Interorganizacionais no processo de implementação. In: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon (Org.). **Administração Pública:** Coletânea. São Paulo: Unesp, 2010. p. 229-248.

PETERS, B. G. **American Public Policy.** Chatham, N.J.: ChathamHouse. 1986

PINTO, M. B. F.; GONÇALVES, M. F. R.; NEVES, M. G. R. Pensando a autonomia municipal: dilemas e perspectivas. **Revista de Administração Municipal.** IBAM, nov/dez, 2003, ano 48 n° 244, p. 1-8. Encarte especial. Disponível em: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/229984/Pinto%20alii.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.

RAVANELLI, Paula. Consórcios Públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados. In: **CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA**, 3, 2010, Brasília. Anais... Disponível em: <[http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/170/1/C3\\_TP\\_CONS%203%93RCIOS%20P%20C3%9ABLICOS%20OS%20DESAFIOS%20DO%20FORTALECIMENTO%20DE%20MECANISMOS.pdf](http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/170/1/C3_TP_CONS%203%93RCIOS%20P%20C3%9ABLICOS%20OS%20DESAFIOS%20DO%20FORTALECIMENTO%20DE%20MECANISMOS.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

REZENDE, J. B. **Administração pública em municípios de pequeno porte do sul de Minas Gerais: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas.** 2011. 241 p. Tese (Doutorado em Administração) – Departamento de Economia e Administração, Universidade Federal de Lavras, Lavras, MG. Disponível em: <

[http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/2976/1/TESE\\_Administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20em%20munic%C3%ADpios%20de%20pequeno%20porte%20do%20Sul%20de%20Minas%20Gerais.pdf](http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/2976/1/TESE_Administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20em%20munic%C3%ADpios%20de%20pequeno%20porte%20do%20Sul%20de%20Minas%20Gerais.pdf)> Acesso em: 11 out. 2017.

RIBEIRO, Wladimir António. **Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos.** – Brasília DF: CNM, 2007. 72 p

RODRIGUES, Miguel Ângelo Vilela. **Mecanismos de Governação:** Estratégias Alternativas de Coordenação nos Governos Locais em Portuga. 2009. 251 f. Tese (Doutorado) - Curso de Curso de Ciências da Administração, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga, 2009.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Izabel. **O Estudo da Política:** tópicos selecionados. Brasília: UNESCO/UNDCP, 2001.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas** / Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.130p. : il.

SANO, H.; MONTENEGRO FILHO, M. J. F. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. **Desenvolvimento em Questão**, v. 11, n. 22, p. 35-61, 2013. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/9706/as-tecnicas-de-avaliacao-da-eficiencia--eficacia-e-efetividade-na-gestao-publica-e-sua-relevancia-para-o-desenvolvimento-social-e-das-acoes-publicas/i/pt-br>> Acesso em: 12 de Out.. 2017.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.

SILVA, LuisVirgilio Afonso da. Federalismo e articulação de competências no Brasil. In: **Administração pública** : coletânea[S.l: s.n.], 2010.

PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon (Org.). **Administração Pública:** Coletânea. São Paulo: Unesp, 2010. p. 549-570.

PETERS, B. Guy. **Managing horizontal government:** The politics of coordination. Ottawa: Canadian Centre For Management Development, 1998.

ROSSI, P. H. et al. **Evaluation:** a systematic approach. Thousand Oaks, California, US: Sage, 2004

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. **Dados**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 3, p. , 1998 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S001152581998000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152581998000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581998000300003>

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 nov. 2017.

SOUZA, Clóvis Henrique Leite de Souza. **A que vieram as conferências nacionais? Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010**. Brasília: Ipea, 2012a. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1718.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1718.pdf)> Acesso em: 02 abr. 2018.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Competência dos municípios**. Disponível em: <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/cidadania/0062.html>. Acesso em: 11 out. 2017.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 224 p.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, ano 42, n.3, p. 529-550. Maio-jun. 2008.

UNICEF. **Guide for monitoring and evaluation**. New York: Unicef, 1990. Disponível em: <[http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/ReproductiveHealth/A%20UNICEF%20Guide%20for%20Monitoring%20and%20Evaluation\\_Making%20a%20Difference.pdf](http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/ReproductiveHealth/A%20UNICEF%20Guide%20for%20Monitoring%20and%20Evaluation_Making%20a%20Difference.pdf)> Acesso em: 12 out. 2017.

VELÁSQUEZ, G. Farmacoeconomia: evaluación científica o estratégia comercial? In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **Medicamentos e reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1999.

VELOSO, J. F. A.; MONASTÉRIO, L. M.; VIEIRA, R. S.; MIRANDA, R. B. (Orgs.). **Gestão municipal no Brasil: um retrato das prefeituras**. Brasília: IPEA, 2011. 303 p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10200](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10200)>. Acesso em: 11 out. 2017.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2): 149–56. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0210/pdfs/IS30%282%29034.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30%282%29034.pdf). Acesso em: 16

set. 2017.

VILAS BOAS, Lucas. Transformação da política de assistência farmacêutica a partir do novo modelo de aquisição e distribuição conduzido pelo Estado de Minas Gerais em parceria com os municípios mineiros. **X Congresso Conssad de gestão pública**. 2017. Disponível em: <[http://consad.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Painel-47\\_02.pdf](http://consad.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Painel-47_02.pdf)>. Acesso em: 16 de set. 2017.

VOS, Rob. **Haciaun sistema de indicadores sociales**. Washington: BID/Indes, 1993. Disponível em: <<http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2008/02241.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

WEISS, C. H. Have we learned anything new about the use of evaluation? **American Journal of Evaluation**, Champaign, v.19, n.1, p.21-33, mar. 1998.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista gestor estadual

1. Até 2015 o estado era o responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos, explique como que se dava esse processo anterior a Regionalização da Assistência Farmacêutica.
2. Qual era a situação enfrentada pelo estado com relação à aquisição e distribuição de medicamentos no momento que foi planejado o novo modelo? (O que motivou a criação)
3. Como se deu a concepção da Regionalização? (O que fizeram, em que pensaram). Foi baseado em algum modelo já existente?
4. Quais foram as mudanças logísticas do novo modelo em comparação com o anterior?
5. O modelo da Regionalização da Assistência Farmacêutica se difere de outros estados, por exemplo no Paraná, que existe um consórcio dos municípios, então, porque a escolha desse modelo particular para Minas Gerais?
6. A adesão dos municípios não é compulsória e mesmo assim é muito expressiva a quantidade de municípios participantes, como você justifica isso? E qual seria a explicação para a não adesão de alguns?
7. O que se esperava dessa nova estratégia? Quais são os resultados realmente observados (para o estado e municípios)?
8. Quais são as dificuldades na operacionalização? Em quais pontos é necessário evoluir?
9. Atualmente o modelo restringe-se a medicamentos básicos, você acha que seria interessante expandi-lo para outras áreas?

## **APÊNDICE B – Roteiro de entrevista farmacêutico municipal**

1. Você conhece a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF), dentro do Programa Farmácia de Todos, que é um programa do Estado de Minas Gerais?
2. Como é feito o planejamento de medicamentos básicos na prefeitura? Existe alguma dificuldade? Se sim, quais?
3. O município faz compras de medicamentos básicos por conta própria ou realiza aquisições por meio da ata de registro de preços estadual? Por qual motivo optou por esse meio?

Questões 4 e 5 - Responder no caso de o município realizar parte ou a totalidade de aquisições pela ata de registro de preço estadual.

4. Quais são as melhoras e pioras observadas para o município após essa nova estratégia do estado que se iniciou em 2016?
5. Como você avalia a intermediação do estado (por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais) na Regionalização da Assistência Farmacêutica?

**APÊNDICE C – Comparação dos preços estadual e municipal dos medicamentos básicos no ano de 2016 em Minas Gerais**

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
ACICLOVIR SODICO 50 MG/G (5%) CREME	5,2065	1,9000	22.600	117.667,4363	42.940,0000	74.727,4363
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ACIDO FOLICO (VITAMINA B9) 0,2 MG/ML SOLUCAO ORAL	...	X	X	...	X	...
ACIDO FOLICO (VITAMINA B9) 5 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	2,7900	0,9500	136.000	379.440,0000	129.200,0000	250.240,0000
ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁ • VEL	1,3567	0,3900	461.900	626.677,7568	180.141,0000	446.536,7568
ALENDRONATO SÓDIO 70 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ALOPURINOL 100 MG COMPRIMIDO	0,0746	0,0389	3.677.400	274.380,5356	143.050,8600	131.329,6756
ALOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO	0,1629	0,1000	2.608.000	424.713,7877	260.800,0000	163.913,7877
AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
AMITRIPTILINA CLORIDRATO 75 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 50+12,5 MG/ML PO PARA SUSPENSÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 500+125 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
AMOXICILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	2,2178	2,1700	494.800	1.097.371,5049	1.073.716,0000	23.655,5049
AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	0,2707	0,1210	5.986.680	1.620.685,8176	724.388,2800	896.297,5376
ANLODIPINO BESILATO 10 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ANLODIPINO BESILATO 5 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
ATENOLOL 100 MG COMPRIMIDO	0,2239	0,0390	300.600	67.301,2867	11.723,4000	55.577,8867
ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	0,0872	0,0280	25.769.400	2.246.496,5520	721.543,2000	1.524.953,3520
ATROPINA SULFATO 0,25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
AZITROMICINA 40 MG/ML (600 MG) PO PARA SUSPENSÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 200 MCG CAPSULA INALANTE	...	X	X	...	X	...
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSSOL ORAL	...	X	X	...	X	...
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 400 MCG CAPSULA INALANTE	...	X	X	...	X	...
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG AEROSSOL ORAL	...	X	X	...	X	...
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)	9,7958	8,9300	108.000	1.057.941,7846	964.440,0000	93.501,7846
BENZOILMETRONIDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	1,6668	1,7000	28.650	47.754,4809	48.705,0000	-950,5191
BETAMETASONA ACETATO + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3+3 MG/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
BICARBONATO SÓDICO 0,084 G/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
BIPERIDENO CLORIDRATO 2 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
BUPIVACAÍNA CLORIDRATO 0,5 % SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRATECAL)	...	X	X	...	X	...
CABERGOLINA 0,5 MG COMPRIMIDO	8,8724	7,6500	1.656	14.692,7122	12.668,4000	2.024,3122
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO	0,1837	0,0157	22.008.900	4.042.959,1369	345.539,7300	3.697.419,4069

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	6,6945	5,6193	10.135	67.848,4900	56.951,6055	10.896,8845
CARBAMAZEPINA 400 MG COMPRIMIDO	0,6508	0,2273	83.000	54.018,5842	18.865,9000	35.152,6842
CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	0,1716	0,0909	19.253.000	3.303.460,4051	1.750.097,7000	1.553.362,7051
CARBONATO DE LÍCIO 300 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CARVEDILOL 12,5 MG COMPRIMIDO	0,3754	0,1329	9.033.420	3.390.916,2671	1.200.541,5180	2.190.374,7491
CARVEDILOL 3,125 MG COMPRIMIDO	0,2729	0,0695	9.382.200	2.560.739,1389	652.062,9000	1.908.676,2389
CARVEDILOL 6,25 MG COMPRIMIDO	0,2948	0,0732	4.687.110	1.381.878,2081	343.096,4520	1.038.781,7561
CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	1,1693	0,4545	5.071.200	5.929.587,3225	2.304.860,4000	3.624.726,9225
CEFTRIAXONA 1 G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	10,3567	3,1707	47.400	490.906,0000	150.291,1800	340.614,8200
CIANOCOBALAMINA 1000 MCG SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 250 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CLARITROMICINA 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
CLINDAMICINA CLORIDRATO 300 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	3,1784	1,3977	185.242	588.767,3544	258.912,7434	329.854,6110
CLORETO DE POTASSIO 191 MG/ML (19,1%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOLUÇÃO NASAL	...	X	X	...	X	...

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
CLORETO DE SODIO 200 MG/MLSOLUCAO INJETAVEL	...	X	X	...	X	...
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
DEXAMETASONA 4 MG COMPRIMIDO	0,4905	0,2386	63.710	31.248,8880	15.201,2060	16.047,6820
DEXAMETASONA 0,1 MG/ML ELIXIR	4,8390	1,6250	8.860	42.873,9184	14.397,5000	28.476,4184
DEXAMETASONA 1 MG/G CREME	2,2632	0,6400	430.800	975.007,0109	275.712,0000	699.295,0109
DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO 4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
DIAZEPAM 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	0,3764	0,5670	51.552	19.406,4668	29.229,9840	-9.823,5172
DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	0,1606	0,0427	6.363.800	1.021.720,8051	271.734,2600	749.986,5451
DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	0,0775	0,0340	367.000	28.451,0633	12.478,0000	15.973,0633
DIGOXINA 0,05 MG/ML ELIXIR	...	X	X	...	X	...
DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO	0,1592	0,0660	7.145.000	1.137.798,3800	471.570,0000	666.228,3800
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)	0,7955	0,4512	390.000	310.257,0406	175.968,0000	134.289,0406
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0,8048	0,9739	576.800	464.184,9530	561.745,5200	-97.560,5670

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
DOBUTAMINA CLORIDRATO 12,5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
DOXAZOSINA MESILATO 2 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
DOXAZOSINA MESILATO 4 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ENALAPRIL MALEATO 10 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ENALAPRIL MALEATO 20 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ERITROMICINA ESTOLATO 25 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
ERITROMICINA ESTOLATO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
ESTRIOL 1 MG/G CREME VAGINAL	13,5968	14,6341	3.394	46.147,4466	49.668,1354	-3.520,6888
FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG COMPRIMIDO	0,1166	0,1024	3.388.500	394.977,0183	346.982,4000	47.994,6183
FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,2747	1,5500	9.900	12.619,6400	15.345,0000	-2.725,3600
FENOBARBITAL SÓDICO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	2,3479	2,2900	38.530	90.463,4369	88.233,7000	2.229,7369
FINASTERIDA 5 MG COMPRIMIDO	1,0993	0,3622	210.150	231.008,0313	76.116,3300	154.891,7013
FLUCONAZOL 150 MG CAPSULA	2,9150	0,1629	790.400	2.304.040,7414	128.756,1600	2.175.284,5814
FLUMAZENIL 0,1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
FLUOXETINA CLORIDRATO 20 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
FOLINATO DE CALCIO 15 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
FOSFATO DE POTÁSSIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE POTÁSSIO DIBÁSICO 0,03+0,1567 SOLUCAO INJETAVEL	...	X	X	...	X	...
FUROSEMIDA 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)	0,4987	0,5488	14.950	7.455,6009	8.204,5600	-748,9591

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	0,0970	0,0220	19.610.500	1.902.057,5352	431.431,0000	1.470.626,5352
GENTAMICINA SULFATO 5 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	...	X	X	...	X	...
GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	0,0900	0,0240	16.989.300	1.529.275,0170	407.743,2000	1.121.531,8170
GLICEROL 120 MG/ML SOLUCAO RETAL	...	X	X	...	X	...
GLICLAZIDA 60 MG COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA	0,6597	0,2683	758.850	500.600,6975	203.599,4550	297.001,2425
GLICLAZIDA 30 MG COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA	0,2920	0,2450	9.015.600	2.632.405,1381	2.208.822,0000	423.583,1381
GLICOSE 500 MG/ML (50%) SOLUCAO INJETAVEL 0 AMPOLA 20 ML	0,2945	0,4390	26.100	7.687,0062	11.457,9000	-3.770,8938
HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO	0,1171	0,1000	1.515.400	177.515,2915	151.540,0000	25.975,2915
HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	2,2781	1,7800	54.400	123.928,2269	96.832,0000	27.096,2269
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	0,1777	0,1159	1.868.200	331.920,7771	216.524,3800	115.396,3971
HIDRALAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
HIDRALAZINA CLORIDRATO 50 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
HIDROCLOROTIAZID A 25 MG COMPRIMIDO	0,0753	0,0159	52.092.300	3.922.462,2527	828.267,5700	3.094.194,6827
HIDROCORTISONA SUCCINATO DE SODIO 100 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
HIDROCORTISONA SUCCINATO DE SODIO 500 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)	12,1000	7,4390	6.300	76.230,0000	46.865,7000	29.364,3000
IBUPROFENO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	3,9900	1,1110	28.200	112.518,0000	31.330,2000	81.187,8000
IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO	0,2173	0,0732	16.623.400	3.612.033,9633	1.216.832,8800	2.395.201,0833
IPRATRÓPIO BROMETO 0,25 MG/ML SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	...	X	X	...	X	...

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
IPRATRÓPIO BROMETO 20 MCG AEROSOL ORAL	...	X	X	...	X	...
ISOSSORBIDA MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ITRACONAZOL 100 MG CAPSULA	3,2999	0,4400	138.800	458.025,1190	61.072,0000	396.953,1190
LEVODOPA + BENSERAZIDA 100+25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVODOPA + BENSERAZIDA 200+50 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVODOPA + CARBIDOPA 250+25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVONORGESTREL 0,75 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
LIDOCAINA CLORIDRATO 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
LIDOCAINA CLORIDRATO 20 MG/G GEL	...	X	X	...	X	...
LIDOCAINA CLORIDRATO 20 MG/ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
LORATADINA 1 MG/ML XAROPE	2,7082	1,6800	226.650	613.811,0164	380.772,0000	233.039,0164
LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	0,2668	0,0380	5.580.960	1.489.043,9234	212.076,4800	1.276.967,4434
LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	...	X	X	...	X	...
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 10 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
METFORMINA CLORIDRATO 500 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO	0,1726	0,0732	1.000.000	172.612,2963	73.200,0000	99.412,2963
METOPROLOL SUCCINATO 100 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO CONTROLADA	...	X	X	...	X	...
METOPROLOL SUCCINATO 25 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO CONTROLADA	1,1022	0,6195	875.370	964.803,6350	542.291,7150	422.511,9200
METOPROLOL SUCCINATO 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO CONTROLADA	...	X	X	...	X	...
METRONIDAZOL 100 MG/G GEL VAGINAL	3,7555	2,6591	17.657	66.311,2357	46.951,7287	19.359,5070
METRONIDAZOL 400 MG COMPRIMIDO	0,3342	0,7317	75.840	25.347,4133	55.492,1280	-30.144,7147
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	0,1271	0,0830	2.487.000	316.180,0242	206.421,0000	109.759,0242
MICONAZOL NITRATO 20 MG/G CREME	...	X	X	...	X	...
MICONAZOL NITRATO 20 MG/G CREME VAGINAL	...	X	X	...	X	...
NALOXONA 0,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
NIFEDIPINO 10 MG COMPRIMIDO	0,1348	0,0488	3.254.610	438.728,4616	158.824,9680	279.903,4936
NISTATINA 100000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL	2,8226	1,9900	28.600	80.727,6036	56.914,0000	23.813,6036
NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULA	0,1522	0,1647	722.260	109.909,9609	118.956,2220	-9.046,2611
NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
NORTRIPTILINA CLORIDRATO 10 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
NORTRIPTILINA CLORIDRATO 50 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	0,1869	0,0336	54.782.000	10.236.062,1264	1.840.675,2000	8.395.386,9264

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
OMEPRAZOL 10 MG CAPSULA	0,5069	0,3958	156.520	79.337,4725	61.950,6160	17.386,8565
ONDANSETRONA CLORIDRATO 4 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
ONDANSETRONA CLORIDRATO 8 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
PARACETAMOL 200 MG/ML SOLUCAO ORAL	...	X	X	...	X	...
PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	0,0997	0,0370	12.988.000	1.295.129,6434	480.556,0000	814.573,6434
PERMETRINA 50 MG/ML (5%) LOÇÃO	...	X	X	...	X	...
PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
PREDNISOLONA FOSFATO SODICO 3 MG/ML SOLUCAO ORAL	2,4564	2,7480	79.100	194.304,9624	217.366,8000	-23.061,8376
PRILOCAÍNA + FELIPRESSINA CLORIDRATO 3% + 0,03 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL	...	X	X	...	X	...
PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
PROPAFENONA CLORIDRATO 300 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
PROPILTIOURACILA 100 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
PROPRANOLOL CLORIDRATO 40 MG COMPRIMIDO	0,3121	0,0134	10.637.400	3.320.198,4750	142.541,1600	3.177.657,3150
PROTAMINA CLORIDRATO 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
RANITIDINA CLORIDRATO 15 MG/ML XAROPE	...	X	X	...	X	...
RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
RANITIDINA CLORIDRATO 25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)	...	X	X	...	X	...
RINGER + LACTATO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL	...	X	X	...	X	...
SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (CLORETO SÓDIO + GLICOSE + CITRATO DE SÓDIO + CLORETO DE POTÁSSIO) 3,5+20,0+2,9+1,5 G PO PARA PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA	...	X	X	...	X	...
SALBUTAMOL SULFATO 100 MCG AEROSOL ORAL	...	X	X	...	X	...
SINVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	0,2975	0,0500	11.502.500	3.422.380,5808	575.125,0000	2.847.255,5808
SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	0,2648	0,0590	15.661.750	4.146.836,4784	924.043,2500	3.222.793,2284
SINVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	0,7362	0,1249	15.962.000	11.751.957,5104	1.993.653,8000	9.758.303,7104
SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPRIMA 400+80 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPRIMA 80+16 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA)	...	X	X	...	X	...
SULFATO FERROSO 25 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	...	X	X	...	X	...
SULFATO FERROSO 40 MG COMPRIMIDO	0,0422	0,0299	10.876.000	458.568,9441	325.192,4000	133.376,5441
SULFATO FERROSO 5 MG/ML XAROPE	...	X	X	...	X	...
TIMOLOL MALEATO 5 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	...	X	X	...	X	...
VALPROATO DE SÓDIO 250 MG CAPSULA	...	X	X	...	X	...
VALPROATO DE SÓDIO 50 MG/ML XAROPE	...	X	X	...	X	...
VALPROATO DE SÓDIO 500 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...

(continua)

(conclusão)

MEDICAMENTOS BÁSICOS	PREÇO MÉDIO MUNICIPAL 2016 (R\$)	PREÇO ESTADUAL 2016 (R\$)	QUANTIDADE SOLICITADA 2016 (UN)	VALOR TOTAL MUNICIPAL (R\$)	VALOR TOTAL ESTADUAL (R\$)	DIFERENÇA DO VALOR ESTADUAL PELO MUNICIPAL (R\$)
VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
VERAPAMIL CLORIDRATO 80 MG COMPRIMIDO	...	X	X	...	X	...
<b>TOTAL GERAL</b>				91.472.775,7921	28.261.201,7770	63.211.574,0151

Fonte: Dados básicos: Relatório TCE-MG; SIGAF. Elaboração própria.

Notas: Os valores são reais.

Todos medicamentos básicos listados tiveram preços homologados no processo de compra feito pela SEPLAG em 2016.

Preço médio municipal obtido através da média dos preços listados em relatório do TCE-MG, que é derivado da prestação de contas dos municípios.

Sinal convencional utilizado:

X: dado omitido para evitar a individualização da informação.

... : não se dispõe do dado.