

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Programa de Mestrado em Administração Pública

Cristian Correna Carlo

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO
ESTADO DE MINAS GERAIS: AVANÇOS E DESAFIOS DA ESTRATÉGIA
LOGÍSTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO.**

Belo Horizonte

2017

Cristian Correna Carlo

Análise da política pública de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais: avanços e desafios da estratégia logística de descentralização.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Murilo Cássio Xavier Fahel

BELO HORIZONTE

2017

Carlo, Cristian Correna

Análise da Política Pública de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais: avanços e desafios da estratégia logística de descentralização. Belo Horizonte, 2017.

Orientador: Murilo Cássio Xavier Fahel

Dissertação (Mestrado) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Programa de Mestrado em Administração Pública.

Bibliografia.

1. Assistência Farmacêutica.
2. Descentralização.
3. Regionalização.
4. Logística.
5. Gestão da Cadeia de Suprimentos.
6. Política Pública

Cristian Correna Carlo

Análise da Política Pública de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais: avanços e desafios da estratégia logística de descentralização.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Murilo Cássio Xavier Fahel – Fundação João Pinheiro (Orientador)

Prof. Dr. Ricardo Carneiro – Fundação João Pinheiro (Avaliador)

Prof. Dr. Augusto Afonso Guerra Júnior - UFMG (Avaliador)

/Belo Horizonte, 28 de abril de 2017.

Para *Alessandra*.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Murilo Cássio Xavier Fahel, pela orientação sempre precisa na condução à melhor direção para esta dissertação.

Aos professores Dr. Ricardo Carneiro e Dr. Augusto Guerra Jr, pelo apoio inestimado ao trabalho e composição da banca.

A minha esposa Alessandra e filhos, Heitor, Suzana e Lourenço por toda a compreensão e apoio a esta “aventura”.

Aos que me ajudaram quando precisei e se tornaram amigos, Filipe Laguardia, Homero Souza Filho, Gustavo Almeida, Jean Mattos, Pedro Henrique Azevedo, Karen Christine Gomes, Luíza Viana Melo e Liziane Silva.

A professora Dra. Luciana Raso, por me incentivar a pregar.

A minha família e amigos pelo apoio e orientação.

Ao professor Dr. Murilo Carvalho pelo apoio, orientação e dedicação a este trabalho.

A Fundação João Pinheiro, ao coordenador Bruno Lazarotti e demais professores e colegas pela amizade e apoio ao longo do percurso do Mestrado.

Tecer uma rede é melhor do que rezar por um peixe à beira d'água.

Provérbio chinês.

Resumo

Este trabalho busca analisar a política de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais no intuito de identificar e caracterizar os avanços e desafios do processo de Regionalização da assistência farmacêutica.

Para tal, foram identificadas por meio de pesquisa bibliográfica as categorias mais relevantes de decisão logística para a compreensão dos modelos de cadeia de suprimentos e, em seguida, buscou-se construir a trajetória da gestão da cadeia de suprimentos dos programas mineiros de assistência farmacêutica (Farmácia de Minas e Farmácia de Todos), identificando as principais fases e suas características. Realizou-se análise comparativa com essas categorias de análise, comparando-se o modelo centralizado com o modelo descentralizado.

A pesquisa se constitui em um estudo de caso, de objetivo exploratório, na qual foram utilizadas entrevistas semi estruturadas e consultas por escrito para a coleta de informações.

Os resultados alcançados apontam para uma mudança institucional de grandes proporções com significativa influência na cadeia de suprimentos, assim como sugerem avanços potenciais na perspectiva da melhoria da eficiência geral do programa e desafios associados à capacidade de gestão dos municípios, principalmente dos de pequeno porte.

Palavras Chaves: assistência farmacêutica, descentralização, regionalização, logística, gestão da cadeia de suprimentos, política pública.

ABSTRACT

This work aims to analyze the policy of pharmaceutical assistance of the state of Minas Gerais, in order to identify and characterize the advances and challenges of the process of Regionalization of pharmaceutical assistance.

To this end, the most relevant logistic decision categories for the understanding of supply chain models were identified through a bibliographical search and then build the trajectory of the logistics management of the Minas Gerais pharmaceutical assistance programs (Farmácia de Minas and Farmácia de Todos), identifying the main phases and their characteristics. Comparative analysis was carried out within these categories of analysis, comparing the centralized model with the decentralized model.

The research is about a case study, an exploratory objective, in which semi - structured interviews were used to collect information.

The results show a large institutional change with significant influence in the supply chain, as well as suggest potential advances in the perspective of improving the general efficiency of the program and challenges associated with management capacity of municipalities, especially small ones.

Keywords: pharmaceutical assistance, decentralization, regionalization, logistics, supply chain management, public policy.

LISTA DE FIGURA

Figura 2.1 – Diagrama proposto quanto as arenas decisórias que contribuem para a formação da PMN	54
Figura 2.2 – Marco legal estruturado da Assistência Farmacêutica.....	58
Figura 2.3 – Organograma da gestão do programa Farmácia Popular do Brasil.....	59
Figura 2.4 – Evolução do Programa Aqui Tem Farmácia Popular.....	61
Figura 2.5 – Evolução do Repasse Financeiro às Farmácias Conveniadas ao ATFP....	62
Figura 2.6 – Rede municipal de assistência farmacêutica.....	68
Figura 2.7 – Sistema logístico do Programa Farmácia de Minas.....	69
Figura 2.8 – Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	70
Figura 2.9 – Projeto típico de uma unidade do PFM.....	71
Figura 2.10 – Tela de dispensação de medicamentos do SIGAF.....	72
Figura 3.1 – Evolução das atividades logísticas.....	77
Figura 3.2 – Papel da logística nas operações do mercado.....	78
Figura 3.3 – A cadeia de suprimentos.....	80
Figura 3.4 – Os fluxos logísticos.....	82
Figura 3.5 – Os três fluxos logísticos da cadeia de suprimentos.....	83
Figura 3.6 – A função do estoque.....	84
Figura 3.7 – Principal <i>Trade off</i> de custos (resuprimento enxuto).....	87
Figura 4.1 – O ciclo de Assistência Farmacêutica.....	99
Figura 4.2 – Fluxo de bens em cadeias de suprimentos típicas dos programas públicos de medicamentos no âmbito do SUS.....	101
Figura 4.3 – O ciclo de Assistência Farmacêutica na perspectiva da cadeia de suprimentos dos programas centralizados de distribuição de medicamentos.....	102
Figura 5.1 – Arranjo centralizado com predomínio da produção pública.....	121
Figura 5.2 - Arranjo centralizado com predomínio da produção privada	122
Figura 5.3 – Arranjo regionalizado com predomínio da produção privada.....	122
Figura 5.4 – A definição de competências na regionalização.....	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1: Temas centrais da reforma dos anos 90 e seus mecanismos institucionais.....	31
Quadro 2.1: Evolução da cobertura geográfica e municípios atendidos	49
Quadro 2.2: Valor da produção e aquisição de medicamentos da rede oficial e privada	50
Quadro 2.3: Principais componentes do programa paranaense, paulista e mineiro.....	64
Quadro 3.1: Comparativo de áreas de decisão logística	88
Quadro 3.2: Decisões logísticas nas políticas públicas e seus contextos	91
Quadro 4.1: As opções dos municípios por porte (quantidade).....	115
Quadro 4.2: As opções dos municípios por porte (habitantes).....	116
Quadro 5.1: Caracterização dos modelos centralizado e descentralizado em função das decisões logísticas dos programas	130
Quadro 6.1: Histórico de avanços e desafios da Assistência Farmacêutica Mineira	134

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 – Adesão dos municípios aos modelos de gestão do programa Farmácia de Minas (em número de municípios) 113

Gráfico 4.2 - Adesão dos municípios aos modelos de gestão do programa Farmácia de Minas (em número de habitantes)114

Gráfico 4.3 – Tendência de preferência dos municípios (quantidade).....116

Gráfico 4.3 - Tendência de preferência dos municípios (habitantes)117

LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

ATFP - Aqui tem Farmácia Popular

CEME - Central de Medicamentos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CS – Cadeia de Suprimentos

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FPRP- Farmácia Popular Rede Própria

FUNED – Fundação Ezequiel Dias

GCS – Gestão da Cadeia de Suprimentos

GRS – Gerência Regional de Saúde

PDN – Parcialmente Descentralizado no Município

PFB – Programa Farmácia Básica

PFM – Programa Farmácia de Minas

PFT – Programa Farmácia de Todos

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

SAF – Superintendência de Assistência Farmacêutica

SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIGAF – Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCM – Totalmente Centralizado no Município

TCE – Totalmente Centralizado no Estado

TCE – Tribunal de Contas do Estado

SUMÁRIO

Introdução 18

Capítulo 1 – O Papel do Estado e a Gestão Pública Brasileira para a Saúde 22

1.1 – Breve trajetória do capitalismo e o papel do Estado.....23

1.1.1 – A reforma do Estado e as correntes da *Public Choice* e *Neo-institucionalismo*.....26

1.2 – O pensamento reformista do Estado brasileiro e o movimento da descentralização32

1.3 - As políticas públicas de saúde, a criação do SUS e o processo de descentralização da saúde no Brasil34

1.3.1 – A mobilização propositiva e a Constituição de 1988.....37

1.3.2 – O processo de regulamentação do SUS e as estratégias relacionadas à descentralização da saúde.39

1.3.3 – As crítica ao processo de descentralização da assistência farmacêutica no Brasil.....43

1.3.4 – O processo de descentralização das políticas de assistência farmacêutica.....44

Capítulo 2 – A descentralização das políticas de medicamentos no âmbito do SUS e os programas de assistência farmacêutica46

2.1 - A experiência da Central de Medicamentos (Ceme)47

2.1.1 – A inadequação do modelo centralizado da Ceme52

2.2 – Um breve resgate do processo de descentralização das políticas públicas de assistência farmacêutica53

2.3 – O programa Farmácia Popular do Brasil 59

2.4 – A participação das esferas estaduais e a experiência do estado de Minas Gerais	62
2.4.1 – O programa Farmácia Essencial	65
4.2.2 – O programa Farmácia de Minas	67
4.4.2.1 – Os pontos de dispensação da rede	70
4.4.2.2 – A gestão de informações com o Sigaf	71
2.4.3 – O programa Farmácia de Todos e o modelo descentralizado de assistência farmacêutica	73

Capítulo 3 – A gestão da cadeia de suprimentos e as políticas de assistência farmacêutica

Capítulo 3 – A gestão da cadeia de suprimentos e as políticas de assistência farmacêutica	75
3.1 – A evolução das atividades logísticas	75
3.2 – A gestão das cadeias de suprimentos.....	79
3.2.1 – Os fluxos logísticos da cadeia de suprimentos.	81
3.2.2 – A função e importância do estoque na cadeia de suprimentos.....	83
3.2.3 – A gestão estratégica da cadeia de suprimentos e os pontos de decisão logística.....	85
3.3 – A gestão da cadeia de suprimentos no setor público	90
3.3.1 – A descentralização como estratégia na assistência farmacêutica e os impactos na cadeia de suprimentos.....	92

Capítulo 4 – O processo de Regionalização e a gestão da cadeia de suprimentos das políticas de assistência farmacêutica em Minas Gerais

Capítulo 4 – O processo de Regionalização e a gestão da cadeia de suprimentos das políticas de assistência farmacêutica em Minas Gerais	97
4.1 – O ciclo de assistência farmacêutica e a gestão da cadeia de suprimentos de medicamentos básicos no âmbito do SUS.....	98
4.2 – A trajetória logística da política de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais.....	104

4.2.1 – O programa Farmácia de Minas e a estruturação da cadeia de suprimentos	106
4.2.1.1 – O operador logístico	107
4.1.1.2 – O sistema integrado de gestão da assistência farmacêutica (Sigaf)	110
4.1.2 – O programa Farmácia de Todos e a Regionalização da assistência farmacêutica em Minas Gerais.....	112
4.1.2.1 – A utilização da ata de registro de preços e a distribuição descentralizada.....	117
Capítulo 5 – Características, avanços e desafios da estratégia de descentralização da assistência farmacêutica em Minas Gerais.....	120
5.1 – Questões relevantes no processo de regionalização da assistência farmacêutica de Minas Gerais.....	120
5.2 – A caracterização da cadeia de suprimentos pela análise dos pontos de decisão logística.	130
Considerações Finais	133

Introdução

Esta dissertação versa sobre o processo de descentralização da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, o processo de Regionalização promovido pelo governo do estado de Minas Gerais a partir de 2015. O intuito final é identificar os avanços e os desafios da Regionalização enquanto estratégia logística a fim de alcançar maior eficiência e eficácia nas políticas e programa de assistência farmacêutica do SUS.

Ponto fundamental da discussão realizada no presente trabalho diz respeito à forma como o governo estadual vem empreendendo mudanças no modelo de gestão da cadeia de suprimentos da política de assistência farmacêutica do SUS em Minas Gerais.

O foco das análises está na mudança institucional de um modelo centralizado de gestão da cadeia de suprimento de medicamentos básicos para um modelo descentralizado de aquisição e distribuição, este referido como processo de Regionalização (nome oficial utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde, SES) da assistência farmacêutica estadual.

Transparece o fato de que a estratégia de descentralização denominada pelo governo de Minas Gerais como Regionalização seja não só uma resposta aos problemas de eficiência e eficácia apresentados pelo modelo centralizado, mas também um movimento ao encontro das necessidades de adaptação do Estado aos contornos imperativos de uma forte restrição fiscal.

No contexto atual de crise fiscal, desafios são apresentados aos administradores públicos de encontrar soluções de melhorias na eficiência e eficácia dos serviços públicos. Quanto mais significativos os programas e políticas em termos de destinação de verbas públicas, tanto mais relevante como oportunidade para que o estado promova inovações gerenciais que, em logrando êxito, representam aumento do valor dos serviços prestados pelo Estado (ganhos de eficácia) e/ou a redução do custo total do sistema do sistema (ganhos de eficiência).

Neste cenário, as políticas públicas de assistência farmacêutica no SUS podem ser percebidas tanto como um valor fundamental para a população

brasileira no campo da saúde pública, quanto um setor significativamente representativo em termos de custo para o Estado.

Ao mesmo tempo, as políticas de assistência farmacêutica têm na gestão logística dos programas de distribuição de medicamentos básicos uma oportunidade para reduzir desperdícios e melhorar a qualidade do serviço prestado ao cidadão, tornando a busca de possíveis colaborações teóricas para a efetividade das políticas pública na área da saúde a justificativa maior deste trabalho acadêmico.

Nesta abordagem exploratória, definiu-se como objetivo geral deste trabalho *identificar e discutir, sob a perspectiva da cadeia de suprimentos do programa de distribuição de medicamentos do SUS no estado de Minas Gerais, os avanços e desafios da estratégia de descentralização na promoção de maior eficiência e eficácia da política de assistência farmacêutica.*

Para tal, este estudo foi orientado para duas vertentes: a) *analisar a magnitude histórica da mudança institucional preconizada pela estratégia de Regionalização do estado de Minas Gerais;* b) *Identificar e discutir, sob a perspectiva da cadeia de suprimentos, os avanços e os desafios da estratégia de descentralização, na promoção de maior eficiência e eficácia da política pública.*

A metodologia adotada objetivou: a) delinear a trajetória da gestão logística dos programas mineiros de assistência farmacêutica, identificando suas principais etapas e características; b) identificar os pontos relevantes (pontos de decisão logística) na avaliação dos programas públicos de distribuição de medicamentos, os quais passaram a assumir o papel de categorias de análise para o desenvolvimento da pesquisa; c) avaliar os pontos relevantes (pontos de decisão logística) sob a perspectiva do novo arranjo institucional da política de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais; d) comparar os pontos relevantes (pontos de decisão logística) do modelo centralizado com o do descentralizado, buscando identificar os pontos de evolução; e) analisar a luz das referências teóricas, os dados, informações e opiniões dos entrevistados, *as mudanças institucionais promovidas pelo processo de Regionalização, de forma a identificar e discutir os avanços e*

desafios do novo modelo de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais.

Para tal, foram utilizados os seguintes instrumentos e métodos no decorrer da pesquisa:

- a) entrevistas orais semiestruturadas (gravadas e degravadas) realizadas com membros e ex-membros da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) totalizando aproximadamente 300 minutos. Os três entrevistados são profissionais experientes efetivos ou que já serviram em cargos de superintendência e/ou diretoria na SAF, tendo participação diretamente na formulação e implementação dos programas ao longo da trajetória mineira
- b) entrevista-consulta aplicada a um representante do Tribunal de Contas do Estado (TCE) a fim de avaliar uma possível estratégia de integração institucional com a SES/MG, assim como identificar algum caráter pedagógico da parceria institucional entre os órgãos;
- c) Coletar informações estatístico-quantitativas e os fatos citados pertinentes, opiniões e/ou análises dos entrevistados (qualitativas) sobre o modelo centralizado no estado e o descentralizado nos municípios, constituem as bases da construção dissertativa condutora ao objetivo central deste estudo: os avanços e desafios do processo de Regionalização (em Minas Gerais).

O trabalho acadêmico presente compreende seis capítulos: o *Capítulo 1* aborda a trajetória do capitalismo moderno e evidencia a capacidade de o Estado adaptar-se aos contornos do sistema econômico e às suas oscilações, e também discorre sobre o processo de descentralização do Estado brasileiro; o *Capítulo 2* aborda o processo de descentralização da área da saúde e, em particular, da assistência farmacêutica em Minas Gerais; o *Capítulo 3* discute o papel da Logística no mercado mundial contemporâneo e a sua importância para as políticas públicas de assistência farmacêutica; o *Capítulo 4* apresenta e discute os dados e as informações históricas sobre os programas de assistência farmacêutica revelando o processo de Regionalização à luz das

referências teóricas e das entrevistas e consultas realizadas; o *Capítulo 5* realiza as análises da pesquisa, tomando-se os pontos de decisão logística como categorias de análise para a identificação, discussão e caracterização dos aspectos mais significativos do modelo, e classifica-os como avanços ou desafios; e por fim o *Capítulo 6* realiza as considerações finais acerca do objetivo geral da dissertação.

Contudo, em razão da curta vigência do modelo regionalizado, considera-se que é muito difícil alcançar resultados que efetivamente mensurem o impacto deste novo formato institucional neste instante de avaliação preliminar e de informações restritas,

Ainda sim, espera-se com esta dissertação contribuir para a melhoria da gestão da assistência farmacêutica brasileira pelo fortalecimento da discussão acadêmica da gestão logística na cadeia de suprimentos das políticas públicas.

Capítulo 1 - O Papel do Estado e a Gestão Pública Brasileira para a Saúde

Desde a concepção liberal de Estado de Adam Smith, as instituições de gestão pública têm se moldado, ao longo de sua trajetória, aos contornos imperativos para a consolidação das economias capitalistas. Neste percurso, o Estado assumiu posturas diversas no tocante à sua participação como engrenagem fundamental para o funcionamento do sistema, ora pouco intervencionista, ora bastante presente, e por vez protagonista, principalmente em momentos de crises econômicas.

Diante da penúria causada pela depressão dos anos 1930, após a perda vertiginosa de valor das empresas no *crash* da Bolsa de Nova Iorque em 1929, os Estados, influenciados pelas ideias *keynesianas*, abandonaram a concepção liberal de não intervenção e passaram a conceber arranjos institucionais capazes de promover a melhoria do bem-estar coletivo da sociedade.

O modelo intervencionista *keynesiano* se consolidou no período do pós-guerra, quando os países capitalistas conseguiram conciliar um período de vigoroso crescimento econômico com um conjunto de benefícios de proteção social dos anos de 1945 a 1975, conhecido como *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social.

Mas no final da década de 1970, o Estado *keynesino* enfraqueceu-se com a crise iminente, e correntes teóricas como a *Public Choice* e o *Neo Institucionalismo* ganharam força com um conjunto de novas ideias liberais. Em pouco tempo as concepções liberais de Estado espalharam-se pelo mundo, atingindo o Brasil no meio da década de 1990.

O objetivo deste capítulo é o de fazer breve resgate da evolução do papel dos Estados no contexto dos mercados capitalistas, a destacar o movimento da reforma do Estado, a corrente teórica da *Public Choice* e a do *Neo Institucionalismo*, principalmente no que tange aos aspectos relacionados aos movimentos descentralizantes e à busca de arranjos capazes de melhorar a eficiência e eficácia das políticas públicas.

1.1 – Breve Trajetória do Capitalismo e o Papel do Estado

O papel do Estado na trajetória da economia de mercado tem se modificado na medida das necessidades históricas do sistema, e, por conseguinte, a vida em sociedade tem sido afetada pelas adaptações das instituições políticas, econômicas e sociais, de acordo com lógica capitalista.

Segundo Polany (2002), foi em meados do século XIX que surgiu a economia de mercado autorregulável. Antes deste período já se evidenciava a instituição mercado, mas não necessariamente ligada à condição de preço e de lucratividade. As motivações ligadas ao lucro ganham centralidade a partir do momento em que a produção perde seu caráter de subsistência e passa a atender a fins comerciais. É neste momento que as motivações do homem mudam e ele passa a agir não mais de acordo com seus interesses sociais, como nas sociedades primitivas, mas sim por interesses particulares. O lucro passa a ocupar lugar proeminente na vida do homem e em suas relações em sociedade, momento em que a economia passa a ser fundamental para a vida em sociedade.

Ao analisar a trajetória do Capitalismo, Oliveira (2006) dividiu-a em pelo menos 3 (três) fases. Passou por uma fase inicial de transição, quando se consolidou o novo modelo em contraposição ao sistema Feudal. Sustentado pelas relações de troca, é conhecida como a fase Mercantilista. Neste período, o Estado se apresenta forte, legítimo e interventor.

Na medida em que o modelo econômico capitalista avançava, mudava-se a visão do Estado e sua atuação era questionada. Apoiado nas concepções liberais de, dentre outros, Adam Smith, Malthus e Mill, o pensamento econômico, que já se sentia forte o bastante para andar em seus próprios pés, passou a enxergar a atuação do Estado como um problema ao desenvolvimento, e promove a separação entre os setores público e privado. Esta é a fase Concorrencial (Oliveira, 2006).

No decorrer do desenvolvimento dos mercados na fase Concorrencial, submetido aos preceitos do *laissez faire*, o capital financeiro passou a se concentrar em grupos de investimentos. Surgiram os oligopólios, que

dificultavam a livre competição entre as pequenas e as grandes empresas, utilizando instrumentos, dentre outros, a manipulação de preços e garantias de reserva de mercado. Esta é conhecida como a fase Monopolística.

Até o início do século XX, o Capitalismo e a ideologia do *laissez faire*, até então indissociáveis, traziam consigo a ideia de um mercado livre, onde o Estado assumia posição secundária. Desta forma, o sistema foi imprimindo mudanças na organização da sociedade e na vida do trabalhador, o que não significa que o modelo era perfeito. Mesmo antes, já no final do século XIX, o mercado autorregulável se mostraria imperfeito e surgiram movimentos de natureza político-social a lançar mão de poderosos componentes institucionais voltados para cercear as ações devastadoras do mercado, a ensejar regulamentações para defender o trabalho e garantir a proteção social contra o sistema. Logo, a intervenção estatal voltada à proteção da sociedade, era percebida como forma de frear o avanço do capital e enfraquecer a atuação do mercado em detrimento da observância das necessidades da sociedade. (Polany, 2002).

Assim, com o passar dos anos, o papel do Estado na fase Monopolista caracterizava-se - até a crise da bolsa da Nova Iorque, em 1929 - pela predominância da corrente liberal favorecendo a baixa intervenção na economia. No entanto, quando o *glamour* da *belle époque* é quebrado pela crise de 1929, com ele se foi o *laissez faire*.

Com a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, iniciou-se período de forte crise, sucedido por depressão de proporções globais a assolar os mercados capitalistas. A dramaticidade do momento motivou as mais diversas reações dos Estados capitalistas pelo mundo. (Guimarães, 2015).

Em princípio, como reação à crise, a resposta mais ortodoxa foi promover a deflação, que, decorridos poucos anos, se mostrou ineficaz. Em seguida, foram implantadas medidas que promoviam mudanças no sistema político/econômico e alguns países utilizaram-se de métodos clássicos como movimentos de tarifas, desvalorização da moeda e regulação de mercados internos. Ainda sim, estas políticas não foram suficientes para lidar com

tamanha crise, o que obrigou as nações a abandonarem a ortodoxia, acabando por adotar medidas de forte estímulo à demanda e geração de *déficit*, que seriam conhecidas como medidas *Keynesianas*. (Gourevitch, 1986).

O pensamento *Keynesiano* caracterizava-se por conceber um Estado mais interventor, capaz de assumir papéis fundamentais no desenvolvimento de estratégias de fortalecimento do mercado e na adoção de medidas anticíclicas no combate às crises do sistema Capitalista. (Oliveira, 2006).

Para Gourevitch (1986), inovações heterodoxas do período da grande depressão livraram a economia de uma visão ortodoxa para introduzir uma ideia de intervenção e regulação em favor da estabilização dos mercados. Em termos político-econômicos, os períodos entreguerras e do pós II Guerra Mundial podem ser vistos como fases evolutivas onde conceitos e políticas foram aprimorados em direção a uma economia mista, dentro de contornos políticos constitucionalistas. Neste sentido, podemos dizer que os anos 30 contribuíram para a emergência de importantes arranjos a marcar a organização do capitalismo no pós II Guerra Mundial. Em grande parte, as reestruturações econômicas e políticas no pós-guerra se deveram à trajetória de reconstrução dos anos 1930. As instituições deste período acabaram por se consolidar no período de 1945 a 1949.

Para Leal (1999), o *Keynesianismo* emergente da crise e consolidado no pós-guerra representou uma modalidade de Capitalismo construída sobre um pacto entre o Capital, Trabalho e Estado levando-os a cooperarem entre si no intuito de propiciar um estado de bem-estar geral para a sociedade. Neste contexto, o Estado *Keynesiano* é chamado a intervir por meio das políticas sociais para melhor distribuir a riqueza dentro de um sistema em que o objetivo do capital é atingido mediante cooperação com a classe trabalhadora. Foi a atuação mediadora do Estado que possibilitou a manutenção dos interesses do Capital com o crescimento de um conjunto de medidas estatais em favor da equidade social. Este conjunto de medidas de proteção social surgido nos países ocidentais, a partir do pós II Guerra Mundial, é chamado de *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social.

Para a mesma autora, a manutenção operativa do Estado de Bem-Estar Social exigiu muito do Estado no pós-guerra, quanto tiveram que se organizar para a provisão de serviços cada vez mais complexos, o que causou um

aumento do aparato burocrático, assim como do custo de manutenção de toda a estrutura de serviços.

Não obstante o custo, houve aumento expressivo do Welfare State no período de 1945 a 1975, que ficou conhecido como a fase de ouro do capitalismo monopolista, quando se conjugou forte crescimento econômico com ampliação do *Welfare State* pelo mundo ocidental.

No entanto, pela metade da década de 1970, o fôlego do modelo *keynesiano* se enfraquecia. Com muitos Estados endividados e registrando seguidos déficits fiscais, o Estado de Bem-Estar Social começa a ser questionado, abrindo espaço para novas correntes de pensamento como a Teoria da Escolha Pública (*Public Choice*) e a do *Neo Institucionalismo*.

1.1.1 – A Reforma do Estado e as Correntes da *Public Choice* e Neo Institucionalismo

O Estado intervencionista de John Maynard Keynes se sustentou até meados da década de 1970 quando, segundo Oliveira (2006), a combinação de alta na inflação e processo recessivo abriu caminho para a volta das ideias liberais, a atribuir ao tamanho do Estado e seu elevado custo e ineficiência operacional, as causas básicas da crise enfrentada. Uma destas correntes foi a *Public Choice*, ou a *Teoria da Escolha Pública*.

A corrente da *Public Choice* (Teoria da Escolha Pública) contrapunha-se ao Estado *keynesiano* e ganhou força nos anos 1980 em função da conjunção de um processo recessivo mundial e altas taxas de inflação, abrindo caminho para o ressurgimento de ideias liberais (*neoliberalismo*) que colocavam o tamanho do Estado e sua ineficiência operativa como algumas das causas da crise. A presença de um Estado regulador e intervencionista levaria, de acordo com esta corrente, a acordo políticos que produziriam falhas de mercado, na maximização das suas próprias preferências e em detrimento do interesse público. Assim, o caminho natural seria o desequilíbrio orçamentário, raiz das instabilidades e crises que se abatiam sobre a economia. (Oliveira, 2006).

Para os teóricos, o Estado está sujeito a incorrer em mais **falhas** do que o mercado, no processo de produção/provisão de bens e serviços de sua responsabilidade, tornando-se recomendável reduzir ao máximo suas atividades – daí a

concepção de **Estado mínimo** – e retransferir para o setor privado muitas de suas atuais atividades. Para essa escola, portanto, as falhas do mercado não justificam a intervenção do Estado na economia, porque além de não haver nenhuma garantia teórica de que serão corrigidas, a ação estatal pode apresentar **falhas** ainda mais grave para a eficiência do sistema. (Oliveira, 2006, p.25)

Com relação ao cerne dessa vertente teórica, Menicucci e Carneiro (2012) consideram que

[...] a preocupação central dos autores afiliados a essa vertente teórica consiste em demonstrar como e porque os produtos das decisões e das condutas adotadas pelos burocratas são perdulários e ineficientes. O que está em consideração, na construção do argumento, são as relações que se estabelecem não apenas no interior da burocracia, mas entre a burocracia e os grupos de interesse e a burocracia e os políticos, mais especificamente, o poder legislativo. (p.4).

Segundo os autores, o ponto incisivo do pensamento da *Public Choice* é a quebra com o modelo de uma burocracia unicamente orientada para implementar decisões de natureza política. Argumentava-se que, sujeitando-se a *lobbies*, a burocracia pública negligenciaria o interesse público em benefício de interesses particulares e pessoais.

No entendimento da Teoria da Escolha Pública, o papel do Estado é orientado por nova estrutura de poderes a sustentar um Estado reduzido com a administração descentralizada. Assim, as recomendações internacionais passaram a incluir a privatização de estatais, descentralização da administração pública e a reforma tributária. Outra preocupação do novo pensamento liberal recaia no desempenho dos sistemas, nas formas de aferir a eficácia dos processos, na eficiência dos gastos e na efetividade das políticas públicas. (Oliveira, 2006)

Na prática, segundo Oliveira (2006), a descentralização da administração pública tornou-se a vertente principal a concentrar a atenção dos reformistas. O processo descentralizador pretendia dotar os níveis subnacionais de maior autonomia, inclusive financeira, nos moldes de uma empresa privada, para, em tese, alcançar eficiência e eficácia na provisão dos serviços públicos. Na prática, o que aconteceu foi uma desestabilização das

bases federativas movida por uma disputa por verbas e investimentos, além do enfraquecimento de localidades ou estados menos influentes. Em pouco tempo o modelo da *Public Choice* se mostrou pouco capaz de transformar o Estado. A coordenação das ações das esferas era mal conduzida pelo poder central, e somadas ao despreparo das administrações locais, dentre outras causas, resultou em seguidos déficits fiscais.

Assim, foi-se percebendo que, ao contrário de resolver o problema, a estratégia de descentralização acabou por gerar conflitos e comprometer a própria ideia de eficiência e eficácia, o que abriu caminho para críticas às medidas neoliberais e para o avanço de outra corrente de pensamento, a corrente neoclássica do Neo institucionalismo.

O Neo Institucionalismo (ou Novo Institucionalismo) é uma proposta teórica que salienta a importância das regras (instituições) na geração e manutenção da estabilidade, previsibilidade e cooperação. Deste modo, as instituições, que são artefatos construídos pelos homens e acabam por refletir as preferências dos atores nelas envolvidas, delimitam o curso de ação orientando as condutas dos atores e, por vezes, restringendo as escolhas. No seu bojo, a corrente Neo institucionalista enxerga como grande desafio transformar a democracia em um conjunto de instituições que permitam um exercício continuado do poder exercido pelo governante sobre o governado. (Anastasia, 2002).

No que tange ao papel do poder público, segundo o pensamento Neo Institucional, deve-se buscar o equilíbrio entre eficiência e equidade. O Estado deve se apresentar estável e confiável para preservar fortes e claras as instituições, de forma a dar transparência aos acordos entre o público e o privado, maior eficiência nas ações e melhor controle governamental. (Oliveira, 2006).

Os resultados colhidos com as propostas de “encolhimento” do Estado nas décadas de 1980 e 1990 levaram o pensamento dominante a recuar de sua posição radicalmente anti-Estado e à sua revisão: já que é ele necessário para garantir a reprodução do sistema, à medida que o mercado não dispõe de mecanismos para tanto, deve-se procurar reciclar e regular suas instituições, capacitando-o a melhor desempenhar suas funções, com maior eficiência e a um custo mais baixo para a sociedade e o capital. Contidas na teoria “neo-institucionalista” e “nova Economia Política”, desdobramento da *Public Choice*, são as ideias que, na atualidade, dão respaldo teórico às

propostas de Estado gerencial, que opera com eficiência. Uma espécie de reconhecimento de que “ruim com o Estado, pior sem ele.” (Oliveira, 2006, p34).

Durante o período da reforma dos Estados nos anos 1980 e 1990, influenciados pelas novas correntes, os governos pelo mundo promoveram esforços para modernizar e agilizar a administração pública. Os defensores das mudanças prometiam dotar os serviços públicos de mais eficiência para reduzir custos, inclusive com a redução do seu tamanho, aumento da flexibilidade e racionalização do setor público. Este movimento de reforma rapidamente atingiu os mais variados países e se tornou um movimento universal. (Kettl, 1999).

Ainda conforme este autor, naquele momento dois desafios se apresentavam inerentes à nova onda liberal (neoliberalismo): o de *organizar* governos que pudessem funcionar melhor custando menos (muitas vezes tendo que passar por profundas modificações na burocracia), e o de *decidir* (ou priorizar) o que o governo deve fazer.

Em muitas reformas pelo mundo, as atenções foram concentradas em identificar as áreas do aparato estatal passíveis de redução. Em muitos casos, foram utilizados mecanismos para “aparar” o Estado, tais como limitações nas dimensões do setor público, privatizações, descentralização para os governos subnacionais e a utilização de práticas de mercado. (Kettl, 1999).

Na visão de Diniz (1998), diante de um contexto de drásticas mudanças da ordem internacional, duas questões se colocaram iminentes. A primeira, no plano interno, dizia respeito à dupla necessidade de enfrentar a crise econômica e consolidar a democracia. A segunda, de dimensão externa, referia-se ao enfrentamento de nova ordem na arena internacional, na busca de formas adequadas de enfrentamento das consequências do processo de globalização da economia e da força do capital financeiro internacional.

Bresser Pereira (2002) entende que o movimento mundial de reforma do estado deve ser compreendido no contexto de duas grandes forças que moldaram a sociedade contemporânea no século XX: a globalização (capitalismo global), no qual o capitalismo se posiciona como a grande força hegemônica e os mercados se tornam abertos à competição mundial; e a

democracia, que pela primeira vez, se apresenta como forma dominante de regime político. As reformas são, portanto, resposta ao crescimento das democracias e à globalização imperativa, na medida em que deixa claro para as nações que os países não são inimigos uns dos outros.

Quando se iniciaram efetivamente os movimentos de reformas, surgiram desafios estratégicos a serem equacionados. O primeiro tratou do ponto de equilíbrio entre reforma estrutural e procedimental, a exigir a determinação de ênfases (prioridades) para a reforma. O outro desafio tratou da implantação de processo de descentralização das atividades do Estado sem perda da capacidade de responsabilização dos agentes públicos (*Accountability*). Também se destacavam a necessidade de mensuração da eficiência e eficácia dos serviços e a definição dos limites do Estado tendo em vista o legítimo interesse público. (Kettl, 1999).

O Estado não deveria se limitar à interferência em momentos de guerra, ou para garantir o estado de direito e, neste novo contexto globalizado, deveria permitir que sua economia se torne eficiente e possa competir no mercado internacional. Uma estrutura burocrática estatal ineficiente pesaria sobre as empresas de forma a reduzir a competitividade do país e, assim, administrações públicas calcadas sobre preceitos de descentralização, autonomia e responsabilização dos gestores (*Accountability*), seriam mais adequadas para prover o novo papel do Estado. (Bresser-Pereira, 2002).

Para Rezende (2002), as reformas buscaram também desenvolver uma nova burocracia em que o padrão de *Accountability* procedimental fosse substituída por uma *Accountability* gerencial, e se articulou em 4 (quatro) áreas básicas: ajuste/equilíbrio fiscal, eficiência gerencial, capacidade de gestão e *Accountability*. Cada uma destas áreas se utilizava de mecanismos institucionais variados. O quadro abaixo ilustra estes mecanismos.

Quadro 1.1 – Temas centrais nas reformas dos anos 90 e seus mecanismos institucionais.

Tema	Mecanismos Institucionais
Ajuste / Equilíbrio Fiscal	1 - Controle/redução dos gastos público. 2 - Privatização de funções e agências públicas. 3 - Reforma Tributária.
Eficiência gerencial	4 - Descentralização. 5 - Criação das Performance Based Organizations (PBOs). 6 - Introdução de Mecanismos de Mercado . 7 - Terceirização dos Serviços Públicos.
Capacidade de Gestão (<i>capacity building</i>)	8 - Capacitação de recursos humanos. 9 - Criação de estruturas de carreiras e salários. 10 - Avaliação e monitoramento da gestão.
<i>Accountability</i>	11 - Maior interface com o usuário dos serviços. 12 - Qualidade do atendimento. 13 - Reforma das estruturas judiciais. 14 - Desenvolvimento de uma cultura burocrática gerencial voltada para os resultado no atendimento ao cidadão consumidor.

Fonte: Bangura (2000), apud Rezende (2002).

Após as reformas, seria esperado um novo padrão de Estado, com serviços públicos de melhor desempenho, operados por um Estado com maior capacidade de gestão, em estrutura de ação descentralizada e tarefas flexíveis. Com relação às políticas públicas, agora seriam separadas a formulação da implementação, e ambas estariam submetidas às avaliações de desempenho e controles sociais das ações de governo. (Carlo, 2008)

Após o período de reformas nos anos 1990, na virada dos anos 2000, o mundo experimentou um período de crescimento econômico o qual Streeck, citado por Guimarães (2016), chamou de um *keynesianismo privado*. Com o Estado extremamente endividado, o setor privado (famílias) passou a ser alvo de um processo de endividamento por meio de operações de crédito. As experimentações financeiras às quais foram submetidas as sociedades resultaram em profundo endividamento das famílias, gerando bolhas especulativas, em destaque a do mercado imobiliário norte-americano, que resultou na grave crise de contornos mundiais de 2008. (Guimarães, 2016).

A crise grave e resiliente do pós 2008 ainda evidenciou um elemento central da nova ordem liberal: a relação entre o público e o privado. A nova estrutura institucional não fez o mercado recuar, mas promoveu a “marketização” do Estado, ou seja, quando o mercado passa a prover serviços

públicos e o Estado institucionaliza o papel do setor privado. (Gamble *apud* Guimarães, 2016),

1.2 – O Pensamento Reformista do Estado Brasileiro e o Movimento de Descentralização

As mais variadas reformas dos aparatos dos Estados nacionais pelo mundo a partir da década de 1980 foram respostas ao crescimento das democracias como regime político dominante e à tendência inequívoca da globalização dos mercados. (Bresser Pereira, 2002)

No Brasil, convencionou-se chamar de reforma do Estado a reestruturação institucional ocorrida na década de 1990. As reformas preconizavam um modelo gerencial para a atuação do Estado que incluía a competição administrativa, controle de resultados, além da busca de eficiência (qualidade/custo) e avaliação de eficácia das decisões. Neste novo arranjo, a descentralização político-administrativa foi ponto crucial na engenharia política do momento, assumindo posição de destaque na reforma. (Limana, 1999).

O objetivo das reformas de 1995 foi constituir no Brasil um aparelho de Estado forte e eficiente. Compreendeu três dimensões: institucional-legal (voltada para descentralização da estrutura organizacional do Estado e a criação de novos formatos organizacionais como as agências executivas, regulatórias e as organizações sociais); de gestão (voltada para a maior autonomia e novas formas de responsabilização dos gestores; e a cultural (voltada á institucionalização dos processos de administração gerencial). (Bresser Pereira, 2002).

Segundo o mesmo autor, há de se ter clareza que o papel estratégico do Estado em resposta ao processo de globalização (entenda-se competição global) é apoiar as empresas. Ao contrário do que se possa pensar, o papel do Estado não diminuiu, mas aumentou. Assim, existiria um elemento muito claro que obrigaria a burocracia brasileira a se tornar mais eficiente, o de capacitar-se para apoiar as empresas, sendo a administração gerencial considerada a mais adequada diante da competição global dos mercados.

Quando se considera a reforma do estado brasileiro do ponto de vista dos recursos humanos necessitados á implantação de suas principais diretrizes

- descentralização, autonomia de gestão/flexibilidade e responsabilização perante a sociedade -, Bresser Pereira (2002) acreditava precisar contar com servidores públicos mais capacitados para empreender tais mudanças. Na sua visão, a administração burocrática da época teria perdido espaço porque teria igualmente perdido a visão de futuro.

Na visão de Anastasia (1997) e no que se refere à gestão pública, um pilar fundamental da reforma seria a busca de eficiência e eficácia. Para tanto, haveria a necessidade de buscar “[...] maior flexibilidade gerencial do setor público moderno, para quem o fator tempo em um mundo globalizado e sumamente tecnológico, assume sempre, um aspecto de urgência e premência.” (p.20).

[...] a administração pública deve ser permeável a maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apud Anastasia, 1997, p21).

Na visão do autor, almejava-se passar do estágio da denominada administração burocrática, já antiquada, para outros padrões de gestão pública e prestação de serviços mais modernos. O autor lembra o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que definia a estratégia da administração pública gerencial voltada para: 1) a definição de objetivos claros para os administradores públicos; 2) a garantia de autonomia na gestão dos recursos postos à disposição do administrador no atingimento do seu objetivo; e 3) a cobrança *a posteriori* dos resultados. Era intuito da reforma estabelecer a competência administrativa no interior do próprio Estado e promover o processo de descentralização e a redução dos níveis hierárquicos na estrutura administrativa.

A administração pública vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços. Os resultados da ação do Estado são considerados bons, não porque os processos administrativos estão sob controle e são seguros, como quer a administração pública burocrática, mas porque as necessidades do cidadão-cliente estão sendo atendidas. (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apud Anastasia, 1997, p22).

No tocante ao processo de descentralização em contexto federativo pós 1988, o modelo descentralizador adotado para Estado brasileiro foi o político-administrativo, envolvendo a transferência da prestação de serviços, poder decisório e recursos financeiros da União para os estados e municípios. (Motta e Laurell, 2001),

Quando municípios e estados passaram a ter autonomia política, um ponto crucial para efetivar a descentralização foi a capacidade de o Estado promover políticas relevantes indutoras da adesão dos governos municipais. Mesmo diante de grandes desigualdades regionais e considerando-se que a adesão ao processo de descentralização é decidida com base na relação entre custos e benefícios, a ação política deliberada foi uma estratégia de indução eficiente para a delegação de políticas públicas, compensando obstáculos de natureza estrutural e institucional. (Arretche, 1999).

Ainda destaca Arretche (1999), na descentralização da gestão dos programas sociais no Brasil, onde se evidenciam fortes desigualdades regionais e grande quantidade de municípios pequenos, a capacidade fiscal e administrativa local acabou por se tornar elemento essencial a pesar na decisão pública. Assim, atributos estruturais como capacidade fiscal e administrativa se somariam aos requisitos institucionais das políticas públicas no processo decisório local.

1.3 – As Políticas Públicas de Saúde, a criação do SUS e o Processo de Descentralização da Saúde no Brasil.

Quando se aborda o processo de descentralização das políticas de saúde nos anos 1990, está-se referindo, principalmente, a um período da história que, não por acaso, coincide com a fase de implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

As descentralizações no país já eram realidade no final da década de 1990. Em meio á reforma do Estado brasileiro, Arretche (1999) relatava que, à exceção da área da Previdência, as demais, como a educação fundamental, saúde, assistência social, saneamento e habitação popular, estavam em franco processo de descentralização administrativa, ocasiões em que,

paulatinamente, atribuições significativas de gestão estavam sendo transferidas aos níveis estaduais e municipais.

[...] a oferta de merenda escolar era inteiramente gerida por estados e municípios; pelo menos 33% dos municípios brasileiros estavam habilitados a gerir os recursos federais destinados à oferta de serviços assistenciais; 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 69% das consultas médicas eram realizadas através de prestadores estaduais ou municipais, sendo que, destas, 54% eram prestadas pelos municípios. (Arretche, 1999, p.1).

Ao lembrarmos que todas essas áreas de gestão eram centralizadas no governo federal, teremos uma possível ideia da dimensão da mudança institucional que seria implantada na área social do Estado brasileiro. Neste contexto, evidencia-se a importância das estratégias de indução utilizadas para a rápida adesão de estados e municípios, ressaltando que, onde ocorreram os processos de descentralização mais efetivos, foram arenas onde houve deliberada e eficiente ação política para tal. (Arretche, 1999).

Motta e Laurell (2001) atentam para que, ao analisar este período, deve-se reconhecer a enorme complexidade de conciliação de uma agenda progressista advinda do movimento sanitário e o rompimento com o modelo “distorcido” do sistema de saúde brasileiro, configurado ao longo de décadas de erros e atrasos, com a ordem política-institucional, de caráter liberal, que questionavam políticas sociais abrangentes e redistributivas.

De fato a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não coincide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desses processos. (Motta e Laurell, 2001, p.270).

As mesmas autoras afirmam que, ao longo desta década, por conta desta complexidade, o esforço de concretização dos princípios dos SUS esteve

submetido a constantes tensões. Mesmo em outros países, em desenvolvimento ou desenvolvidos, houve, em face da influência das correntes de pensamento *neoliberais*, muitas dificuldades para as instituições que objetivavam o aumento ou mesmo manutenção do *Welfare State*.

Corroborando esta visão de mudança institucional, Barata, Tanaka e Mendes (2004) argumentam que a constituição de um sistema de saúde descentralizado opõe-se à tradição centralizadora brasileira ao promover a percepção de que o município é, pelo menos em tese, o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estadual e federal.

Ao evidenciarmos a evolução da descentralização no contexto de reforma do Estado e também da área da saúde, é substancial compreender o caráter conciliador que o processo de descentralização assumiu frente às duas correntes de pensamento que competiam neste período. Para Motta e Laurell (2001), o processo de reforma sanitária, tão influente na proposição dos princípios do SUS na constituição de 1998, posicionava-se na contracorrente das tendências hegemônicas dos anos 1980. E o processo de construção do SUS expressam essas tensões. No entanto, há relativo consenso de que o processo de descentralização representou um ponto em comum entre as correntes de pensamento liberal e o pensamento da reforma sanitária (XIII Conferência de Saúde) presente no texto constitucional.

O movimento de descentralização representava tanto a estratégia de aproximação dos serviços público das necessidades da população, ampliando os espaços democráticos, quanto a de modernização do Estado, compartilhando responsabilidade com o mercado e a sociedade. (Spedo, Tanaka e Pinto, 2009).

Ainda sim, ao compararmos os princípios fundamentais do SUS, a descentralização é uma das diretrizes que têm maior transversalidade conceitual e operativa, podendo ser entendida como uma diretriz estruturante das políticas de saúde brasileiras. Neste processo, em um sistema descentralizado, a maior eficiência na aplicação dos recursos e a economia de escala são benefícios auferidos pelo sistema em estratégias de Regionalização exitosas. (Beltrammi, 2008).

1.3.1 – A Mobilização Propositiva e a Constituição de 1988.

Os primeiros anos do período conhecido como o de redemocratização (a partir de 1985) não foram fáceis para o povo brasileiro. Em meio à euforia do processo de rompimento com o autoritarismo do regime militar e as tantas liberdades conquistadas, o país enfrentava forte crise econômica e um pluripartidarismo incipiente, reaprendendo sobre democracia e organização do Estado brasileiro.

Quando assumiu após a morte do presidente eleito indiretamente Tancredo Neves, José Sarney (1985-1990) procurou resgatar a dívida social e consolidar a democracia no país. De fato, o processo de redemocratização evoluiu plenamente, com eleições para prefeitos e governadores e em 1989 e as primeiras eleições diretas para presidente da república.

No que concerne ao plano macroeconômico, José Sarney, ao final do seu governo, entregaria o país com níveis de inflação em 70% (setenta por cento) ao mês, acometido por forte recessão e descrente de mudança após sucessivos fracassos de planos macroeconômicos de estabilização. No entanto, a história do governo de José Sarney no que tange a saúde foi mais frutífera.

Logo em 1985, no primeiro ano do período democrático, foram nomeados representantes do movimento sanitário como importantes diretores no Ministério da Saúde, em destaque o de Sergio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz; e em março de 1986, foi realizado um dos mais importantes fóruns de discussão sobre saúde pública brasileira, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que acabou por influenciar o texto constitucional que viria 2 (dois) anos depois. (Scorrel, 2012).

Até então, nas décadas de 1960 e 1970, a saúde pública se caracterizava pelo vínculo estreito com as políticas de previdência social, o que ocasionou uma relação precoce com a iniciativa privada. Não se tratava ainda de um sistema universal e a cobertura abrangia apenas trabalhadores formais do mercado de trabalho; por conseguinte, majoritariamente urbanos, de grandes centros. (Cohn, 2008).

Este sistema privado da saúde cresce e se consolida à sombra do Estado, que lhe garante uma clientela cativa – os segurados da previdência social – sem que o próprio Estado exerça o seu poder de maior comprador desses serviços, ditando normas de preço e de controle de qualidade dos serviços comprados, e muito menos regulando esse mercado, fenômeno recente, como se verá. Diante dessa clientela cativa, e do financiamento garantido pelo Estado, seja pela compra dos serviços prestados seja por meio de mecanismos de financiamento a juros baixos para a construção de infraestrutura hospitalar, consolidou-se no país um complexo médico hospitalar privado sofisticado, concentrado nos núcleos urbanos de maior porte, onde se encontrava a demanda preferencial para esse tipo de oferta – os trabalhadores assalariados do mercado formal de trabalho dos setores de ponta da economia, constituindo-se no país um sistema de saúde acentuadamente privatizado, desigual, distante das reais necessidades de saúde da população brasileira. Em resumo, um sistema de saúde que, ao invés de responder às desigualdades da realidade social e de saúde da sociedade brasileira, acabava por reproduzir essas desigualdades e iniquidades. (Cohn, 2008, p.101).

A 8ª Conferência teve articulação diferente daquela de outras oportunidades e contou com cerca de 4.500 pessoas, dentre os quais cerca de 1.000 delegados. O encontro foi um marco, pois levou a discussão sobre saúde até a sociedade e fez surgir uma visão de sistema único para o País. (Bravo, 2001)

No entanto, segundo Cohn (2008), o movimento sanitário enfrentava naquele momento situação muito desfavorável. Além de um sistema acentuadamente privado, era concentrado nos núcleos urbanos, eminentemente curativo, desigual no seu acesso, não regionalizado e nem hierarquizado. As ações de saúde pública eram verticalizadas (de nível Federal para local), centralizadas e de caráter preventivo, não curativo.

Em 1987, um ano depois da 8ª Conferência, foi realizada a Plenária Nacional de Saúde cujo objetivo era elaborar uma proposta constitucional para o capítulo da saúde. Liderada por Sergio Arouca, contou com aprovação de 168 entidades representantes de movimentos populares, partidos políticos, movimentos sindicais, profissionais de saúde, associações, representantes setoriais e de vertentes acadêmicas. (Faleiros, apud Scorrel, 2012).

Quando aprovado o texto constitucional em 1988, ficou evidente a influência da proposta popular de emenda à Constituição resultante da Plenária

Nacional da Saúde. O artigo 196 da Constituição adotara o conceito mais amplo de saúde, como direito de todos e dever do Estado, assim como preconizado pela 8ª Conferência; e o artigo 198 estabeleceu uma rede regionalizada e hierarquizada na construção de um sistema único com 3 (três) diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (Scorel, 2012).

Por fim, pode-se afirmar que o capítulo constitucional sobre a saúde representa grande triunfo sobre as correntes neoliberais que imperavam no mundo àquela época, que visavam à redução do Estado e do *Welfare State* (Cohen, 2008), mas, principalmente, consolidou-se internamente como uma vitória do “[...] pensamento e da luta histórica do movimento sanitário.” (Scorel, 2012, p.430).

1.3.2 - O Processo de Regulamentação do SUS e as Estratégias Relacionadas à Descentralização da Saúde

O processo de descentralização da saúde começou de forma incipiente antes da criação do SUS. Em 1987, influenciado pelas proposições da 8ª Conferência, foi aprovado decreto que visava dinamizar a evolução do processo de descentralização das políticas de saúde, criando os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) em preparação para um sistema de saúde por vir. (Scorel, 2012). (Cohn, 2008). (Bravo, 2001).

No decreto do Suds estabeleceram-se as diretrizes propostas, das quais se destacaram a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. No entanto, a implantação do Suds nos municípios dependeu dos diferentes graus de envolvimento com o programa e onde estava sendo implementado, e logo enfrentou resistência dos atores em nível local. (Scorel, 2012).

Com a promulgação da constituição de 1988 ficou instituído um sistema único, universal, gratuito, de acesso à atenção integral e com equidade. O

modelo de atenção seria descentralizado, regionalizado e hierarquizado. (Cohn, 2008)

O sistema único, consagrado na Constituição, foi instituído por duas leis orgânicas (ambas de 1990) e regulamentado por meio das NOB e NOAS. Nelas foram reformulados os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e também na gestão do sistema de saúde. (Noronha, Lima e Machado, 2012).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização dos serviços correspondentes; enquanto a lei nº 8.142, do mesmo ano, abordou a participação das comunidades na gestão dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS. (Cohn, 2008).

Ao longo do seu processo de consolidação, o SUS foi sendo regulamentado por meio de portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS). As mais importantes para a compreensão dos movimentos de descentralização federativa, além das leis orgânicas de 1990, são a NOB de 1991, 1992, 1993 e 1996. Assim, com o tempo, de NOB em NOB, a descentralização avançou “esculpida a golpes de portaria” (Gular, *apud* Spedo, Tanaka e Pinto, 2009).

Do ponto de vista da forma, as NOBs são portarias do ministro da saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas do processo de descentralização da política de saúde e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não prevista nas leis da Saúde. (Motta e Laurell, 2001, p.273).

A descentralização do financiamento neste contexto, principalmente o repasse fundo-a-fundo do governo federal aos municípios, segundo as mesmas autoras, foram definidos na NOB 01/91 e NOB 01/92, mas foi principalmente depois da regulamentação da NOB 01/93 que este instrumento ganhou força e se tornou mais efetivo no processo de reformas.

Após o impedimento do presidente Collor de Melo e a edição da Norma Operacional Básica NOB 01/93, o movimento descentralizador ganhou impulso com intensificação do projeto municipalista, e a efetiva transferência fundo a

fundo, do Governo Federal para os municípios habilitados, no nível semi-pleno. (Cordeiro, 2001). (Motta e Laurel, 2001).

Quando se aborda o processo de descentralização do SUS, percebe-se que a diretriz organizacional de descentralização operacional da assistência em saúde já se encontrava presente nos textos das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 e nº 8142), de caráter estruturante e operativo para o SUS, sendo ratificada mais tarde pela NOB SUS - 01/93. (Beltrammi, 2008).

A NOB SUS 01/93 surgiu em meio ao movimento municipalista, evidenciando e melhorando o reconhecimento da necessidade de uma estratégia de transição para o modelo descentralizado. Para isso busca regulamentar e estipular condicionantes na descentralização do SUS, com a criação de níveis crescentes de gestão municipal e estadual até ser atingida uma gestão plena pelos estados subnacionais. (Spedo, Tanaka e Pinto, 2009). (Motta e Laurell, 2001).

A descentralização implicava em que os níveis estadual e, principalmente, o municipal, teriam maior autonomia e responsabilidades na criação e implementação de ações na prestação dos serviços de saúde. Assim, a estratégia descentralizadora promoveria maior democratização do processo decisório e aumento da capacidade de resposta do Estado aos problemas de saúde da população. No entanto, devido à heterogeneidade dos problemas de saúde pelo território brasileiro, às diferentes tecnologias envolvidas nos tratamentos assim como os distintos níveis de especialização, complexidade e custo, seria necessário organizar a rede de forma a operar com eficiência, sem ociosidade. Assim, seriam necessárias duas outras estratégias operacionais, a regionalização e a hierarquização. (Noronha, Lima e Machado, 2008).

As estratégias de descentralização, regionalização e hierarquização passaram a ser complementares no novo contexto operativo da saúde pública brasileira e ainda, segundo Motta e Laurel (2001), citando Lucchese (1996), essas estratégias, para serem exitosas, deveriam respeitar diversidades locais-regionais, deveriam ser implantadas de forma paulatina e progressiva, e precisariam reconhecer a importância das relações de parceria entre os gestores do sistema.

A hierarquização do atendimento significava que seria preciso definir níveis de atenção à saúde. Enquadrariam como serviços básicos os de nível

ambulatorial, ou seja, de baixa tecnologia, execução simples e de ampla cobertura territorial (vacinas, consultas e partos normais, como exemplos). Em níveis mais complexos ou especializados estariam hospitais e outras unidades capazes de realizar serviços menos frequentemente necessários, para os quais não se poderia admitir ociosidade, tais como cirurgias cardíacas, ressonância nuclear magnética e transplantes de medula.

Para os autores, a regionalização e a hierarquização exigem que, quando necessário, os usuários, sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema e retornem em seguida à sua unidade de origem (nível mais básico do sistema) para acompanhamento, através de um sistema de referência e contra-referência, a promover um fluxo adequado de informação entre as unidades, sejam hospitais, postos de saúde, ambulatórios ou unidades privadas credenciadas pelo SUS.

A NOB SUS 01/96 buscou, entre outros objetivos, promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da saúde com a melhoria da definição de responsabilidades dos entes federativos e aumentar os repasses regulares “fundo a fundo” do governo Federal, assim como instituir novos mecanismos de incentivos financeiros a serem distribuídos de acordo com critérios de capacitação e organização dos diferentes estados e municípios da federação. (Motta e Laurell, 2001).

Segundo Cordeiro (2001), reservou-se um valor *per capita* referente ao Piso de Atenção Básica da Saúde (PAB) com uma parte fixa e outra variável, condicionada à adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família, de acordo com um novo modelo estruturante de assistência do Sistema Único de Saúde.

Mantem-se, e até certo ponto complexifica-se o processo de repasse de recursos *carimbados* para atendimento sub-ambulatoriais de média e alta complexidade, hospitalizações, incentivos a programas prioritários, além de persistirem critérios de repasses através de convênios para programas verticais. Restitui-se o papel de gestor de planejamento às secretarias estaduais de saúde com a implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de negociação entre os gestores do SUS, definindo-se metas ,responsabilidades, referências intermunicipais e definindo os tetos orçamentários. (Cordeiro, 2001, p.325)

Segundo o autor, mais recentemente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, é que o Ministério da Saúde propôs instrumentos de regionalização conduzidos pelas secretarias estaduais de saúde, no intuito de ampliar a capacidade de gestão do SUS e de regular a competição entre municípios para a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, a dar prioridade ao aumento da resolubilidade nos diversos níveis de cuidados de saúde.

Não obstante o desenvolvimento substantivo da descentralização da saúde através das NOBs, quando se considera a literatura sobre o processo de descentralização da assistência à saúde no Brasil, ainda há, entre os autores que do assunto se ocupam, os que tecem críticas ao modelo vigente do SUS.

1.3.3 - As Críticas ao Processo de Descentralização da Assistência a Saúde no Brasil.

Muitas vezes, ao criticar um processo de mudanças, se faz necessário lembrar que processos complexos podem gerar problemas outros que devem ser devidamente equacionados, mas são intrínsecos ao processo de mudança, como um *trade-off*.

Segundo Spedo, Tanaka e Pinto (2009), a rigidez normativa e o excessivo detalhamento de instrumentos impuseram consideráveis limitações à descentralização, pois desconsideravam as diferentes realidades locais e a assimetria organizacional dos municípios.

Assim, segundo os autores, o resultante desta rigidez e excessivo detalhamento foram sistemas municipais de saúde com diferentes potenciais resolutivos, bastante atomizados e desarticulados, em uma estrutura de baixa cooperação e a receber apoio técnico inadequado dos estados e União.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2012), também é possível perceber imperfeições operacionais nas estratégias de regionalização e hierarquização. O sistema exige que o usuário se desloque em busca de unidade mais complexas de atendimento e retorne para a unidade básica para acompanhamento, gerando um fluxo de informação necessário para os gestores do sistema, quais sejam, hospitais, postos de saúde, ambulatórios ou

unidades privadas. No entanto, articular diferentes gestores a fim de integrar os níveis da rede de serviços em geral extrapola o espaço político-administrativo de um município ou estado e passa a se apresentar como operação bastante complexa, esbarrando em uma série de dificuldades políticas e operacionais.

1.3.4 – O Processo de Descentralização das Políticas de Assistência Farmacêuticas.

Quando se considera a área da saúde, especificamente as políticas de assistência farmacêutica, constata-se que, embora tardiamente, esta foi das áreas igualmente submetidas a medidas descentralizadoras, principalmente a partir de um marco, a instituição da Política Nacional de Medicamentos, em 1998.

Neste ano, a descentralização da assistência farmacêutica tornou-se diretriz, rompendo com uma enraizada cultura centralizadora advinda da trajetória da Central de Medicamentos (CEME), organização criada com interesses dúbios, que incorreu em desvios de finalidade e teve atuação ineficiente. Assuntos que serão abordados mais á frente.

No próximo capítulo, será apresentada discussão focada no processo de descentralização da assistência farmacêutica no Brasil e as experiências do estado de Minas Gerais. Serão apresentados breve evolução institucional da assistência farmacêutica brasileira com recorte na década de 1960, a experiência centralizadora da Central de Medicamentos (CEME), anos 1970-80, e o processo de descentralização nos anos 1990.

No que se refere à assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais, serão abordados momentos importantes para a compreensão da evolução institucional do modelo do estado, tal como a vanguarda descentralizadora em 1997 com o programa Farmácia Essencial (acompanhando o estado do Paraná e São Paulo na implantação de um modelo estadual mesmo antes da instituição da PNM), o Farmácia de Minas em 2008 e, por fim, o novo movimento descentralizador do modelo de 2016, o programa Farmácia de Todos.

Capítulo 2 – A Descentralização das Políticas de Medicamentos no Âmbito do SUS e os Programas de Assistência Farmacêutica.

Ao longo da história recente do país, algumas políticas públicas foram exitosas na proposta de melhoria da qualidade dos serviços e ampliação do acesso dos cidadãos brasileiros a medicamentos, e constituíram-se em significativos avanços na promoção da assistência farmacêutica pública brasileira.

No que concerne à trajetória institucional das políticas públicas de medicamentos no Brasil, pode-se afirmar que a reforma dos anos 1990 constituiu-se em um movimento de descentralização, de sentido inverso ao modelo centralizado da Central de Medicamentos (Ceme), instituída em 1971.

A criação da Central de Medicamentos centralizou o planejamento, organização e aquisição de medicamentos no país. Suas ações se davam nos campos do desenvolvimento de fármacos, aquisição, produção e distribuição de medicamentos. (Oliveira, Bermudez e Labra, 2006).

Na década de 1990, estados pioneiros como Paraná, São Paulo e Minas Gerais constituíram programas de distribuição de medicamentos dentro de suas políticas de assistência farmacêutica, que entre si, convergiam e divergiam em vários aspectos, como grau de descentralização, modelo de aquisição e/ou seleção de municípios participantes. (Cosenday, *et al.*, 2000).

No caso mineiro, a trajetória dos programas de assistência farmacêutica não foi linear, pelo contrário, passou por problemas e requereu soluções, sofreu influência dos atores envolvidos na formulação das políticas públicas e das escolhas de seus governantes.

Mais recentemente, a partir de 2015, diante da grave crise econômica brasileira e do desequilíbrio fiscal que assolou o conjunto dos estados federativos brasileiros, logrou-se consolidar um arranjo institucional que se

mostra inovador, no qual a gestão da assistência farmacêutica de fato passa a ser exercida em nível municipal.

2.1 – A Experiência da Central de Medicamentos (Ceme)

No final da década de 1960, o mercado brasileiro de medicamentos era dominado pelas indústrias multinacionais e caracterizava-se por ser um setor, conforme considera Marquesini e Carmo (1980), “[...] dominado por capital estrangeiro, de índole essencialmente oligopolista”.

A criação da Central de Medicamentos (Ceme), autarquia ligada diretamente à Presidência da República foi estabelecida pelos Decretos nº 68.806, de 25 de junho de 1971 e nº 69.451, de 1º de novembro de 1971. Neste último, o objetivo da Ceme é definido como o de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não possam adquiri-los a preços comuns de mercado” (Marquesini e Carmo, 1980, p.130).

Sua diretoria era composta por representantes dos ministérios da Marinha, Exército, Aeronáutica, Saúde e Trabalho e Previdência Social, e competia à instituição:

- a) supervisionar a aquisição e o suprimento de medicamentos para todos os órgãos federais da administração pública direta e indireta ressalvados, se for o caso, os que possuam laboratórios farmacêuticos;
- b) atuar em todo o território nacional, diretamente ou por seus organismos regionais ou locais;
- c) coordenar os seus programas e projetos com os programas e atividades dos órgãos públicos e privados, empenhados em sua área de atuação;
- d) firmar convênios com as entidades públicas federais, estaduais e municipais de administração direta e indireta, interessadas em participar dos benefícios deste decreto;
- e) incentivar as atividades de pesquisa;
- f) promover reuniões periódicas entre os responsáveis pelas atividades de produção, pesquisa e controle de qualidade com vistas à obtenção de unidade de ação em seus propósitos. (Marquesini e Carmo, 1980, p.130).

Pereira (1995) cita Bermudez e João Cesar Médice para argumentar que, se por um lado, a criação da Central de Medicamentos (Ceme) foi uma conquista de setores nacionalistas de esquerda (associados ao movimento da

Reforma Sanitária) que temiam uma política de medicamentos que privilegiasse a iniciativa privada em detrimento do interesse nacional. Nas décadas de 1970 e 1980, a Ceme foi considerada de interesse estratégico em busca de autossuficiência em medicamentos considerados como essenciais; por outro lado, também, atraiu o interesse militar, no desenvolvimento da química fina e bioquímica.

Assim, a centralização da produção e distribuição de medicamentos na esfera federal abarcava interesses distintos, e o fato de a Ceme representar interesses de diversos atores foi decisivo para a sua perda de foco: produção e distribuição de medicamentos aos mais necessitados. (Pereira, 1995).

Logo em 1972, a iniciativa privada conseguiu introduzir-se no sistema Ceme. Com argumentos a respeito de ociosidade da indústria farmacêutica e propostas de venda de medicamento a baixo custo (cerca de 55% menor que o preço nas farmácias), a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma), articulou-se e conseguiu inserir a iniciativa privada no sistema Ceme. (Marquesini e Carmo, 1980).

À medida que a Ceme se organizava na década de 1970, passou até 1973 por mudanças estruturais que caracterizaram um grande avanço do ponto de vista financeiro e administrativo, que visou adequá-la aos seus objetivos estratégicos. Com o claro intuito de substituir as importações do setor, os decretos n. 71.205 de 1972, n. 72.343 de 1973 e 73.077 de 1973 aumentaram a participação da Ceme no território nacional, incrementaram a rede de laboratórios oficiais, permitiram a introdução de novas matérias primas, regularam o licenciamento de produtos farmacêuticos e buscaram autonomia financeira (Marquesini e Carmo, 1980).

Em 1973 foi instituído pelo decreto n. 72.552, o Plano Diretor da Central de Medicamentos (Ceme) para o triênio 1973/75 em um esforço de promoção da integração das entidades públicas envolvidas, direta ou indiretamente com a saúde no Brasil. Constituíam-se de um conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento e desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, posicionando-se como uma fonte complementar de saúde e bem-estar social. O Plano Diretor era um programa operacional que regulamentava a industrialização e a comercialização de medicamentos. O plano implantou a Relação Nacional de Medicamentos (RNM) como uma tentativa de disciplinar o

volume de medicamentos comercializados no nosso mercado. (Marquesini e Carmo, 1980).

De acordo com Vieira (2010), durante a década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava a adoção de listas de medicamentos essenciais como política fundamental “[...] para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, voltados ao atendimento de suas doenças mais prevalentes e que estejam disponíveis em quantidades adequadas”. (p.150).

Mais tarde, em 1983, a Relação Nacional de Medicamentos sofreria adequações para atender às exigências do serviço público de saúde, abrangendo mais especialidades farmacêuticas, passando, então, a se denominar Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Paula, *et al.*, 2009).

O final de década de 1970 foi caracterizado, segundo Marquesini e Carmo (1980), por um aumento da cobertura da Ceme (que em 1977 atendia regularmente 3.339 municípios, cerca de 84% dos municípios brasileiros) e por uma acelerada tendência da participação das empresas privadas.

Quadro 2.1 – Evolução da cobertura geográfica e municípios existentes.

Ano	Municípios Existentes	Municípios Atendidos	%
1972	3.951	1.240	31
1973	3.951	2.090	53
1974	3.951	2.523	64
1975	3.951	2.809	71
1976	3.951	3.228	82

Fonte: adaptado de Súmula Informativa sobre a Central de Medicamentos (1977), apud Marquesini e Carmo (1980).

O crescimento da aquisição pela rede oficial no ano de 1977 foi impulsionado, principalmente, pelas aquisições de medicamentos da rede

privada, como mostra a tabela abaixo. Assim, a participação da rede privada se consolida no modelo de assistência farmacêutica brasileiro.

Quadro 2.2 – Valor da produção e aquisição de medicamentos da rede oficial e privada.

Área de Fornecimento	1976		1977	
	Valor (milhões de Cruzeiros)	%	Valor (milhões de Cruzeiros)	%
Privada	273,4	75	382,6	53
Oficial	72,0	21	321,5	45
Externa	9,7	3	14,9	2

Fonte: relatório de atividades-1977, Ceme 131, p.9, apud Marquesini e Carmo (1980).

A década de 1980 trouxe evoluções na composição da lista de medicamentos do sistema Ceme (a RENAME) e um programa que pretendia racionalizar o fornecimento de medicamentos por meio de uma atuação padronizada no fornecimento de medicamentos essenciais, o Programa Farmácia Básica (PFB).

Em 1987 foi instituída uma Farmácia Básica, proposta pelo Governo Federal, para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária. Previa módulos padrão de medicamentos, de modo a atender as necessidades de uma população de 3 mil habitantes. Constituída por 48 medicamentos, todos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente à época, destinava-se a atender às doenças prevalentes mais comuns, em especial no nível ambulatorial. (Cosendey, et al, 2000).

Na visão de Bermudez, citado por Cosendey, *et al.* (2000), o programa Farmácia Básica não atingiu os objetivos almejados, podendo ser caracterizado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento e clientelismo político, sendo assim, uma distorção das finalidades iniciais da Ceme.

Embora na concepção da Farmácia Básica tenham sido consideradas as diversidades regionais, a sua implantação por um módulo-padrão em nível nacional não contemplou estas diversidades. O mesmo módulo-padrão era fornecido para todas as regiões do Brasil que apresentam perfis epidemiológicos totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se abarrotadas destes produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento. (COSENDEY, *et al.*, 2000).

Mesmo enfrentando dificuldades, até o final da década de 1980, a Ceme obteve avanços em uma série de áreas. Obteve avanços no campo da distribuição de medicamentos, como a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), em 1975, ponto estratégico na implantação de um sistema integral de medicamentos. (Kornis, Braga e Zaire, 2008).

Também evoluiu no tocante ao fortalecimento e à ampliação da rede de laboratórios oficiais - muito devido ao grande volume de medicamentos que movimentava -, exercendo apoio estratégico à indústria nacional de medicamentos e promovendo desenvolvimento tecnológico no ramo farmacêutico. (Medici, 1991).

Os problemas com a assistência farmacêutica brasileira se agravaram no início da década de 1990. No governo Collor de Melo, a Ceme sofreu com problemas de desmanche de sua estrutura e, entre 1991 e 1992, viu sua participação no fornecimento reduzir-se a 20% da demanda de medicamentos para o SUS. Em 1997, aos escândalos de corrupção na Ceme somaram-se a ineficiência operacional e falta de medicamentos como causas da desativação da instituição. (Cosenday, *et al.*, 2000).

Com a Ceme desativada, suas competências acabaram repartidas por diferentes setores do Ministério da Saúde, e para que a União mantivesse a continuidade do fornecimento de medicamentos básicos, no mesmo ano foi criado o Programa Farmácia Básica (PFB), nos moldes do programa homônimo de 1987, com os mesmos critérios de seleção de municípios. Os medicamentos eram adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e repassados aos polos de distribuição localizados em diferentes regiões. (BRASIL, 2011).

2.1.1 – A Inadequação do Modelo Centralizado da Ceme.

A citada atuação ineficaz da Central de Medicamentos (Ceme) a partir do governo Collor de Melo corrobora, em perspectiva histórica, o argumento do desalinhamento estratégico da instituição frente às diretrizes impostas pela Constituição de 1988, particularmente no tocante ao processo de descentralização da saúde.

No início da década de 1990, Médici, Oliveria e Beltrão (1991) já ressaltavam a impropriedade da Ceme, que, mesmo frente a uma saúde em processo de descentralização, continuava a exercer forte atuação da esfera federal na assistência farmacêutica, colocando a instituição em desarmonia com a Constituição pelo caráter centralizado que permeava sua administração. No meio da década, com o processo de descentralização da saúde caminhando a passos largos, Pereira (1995), em trabalho acadêmico, pedia textualmente ou a extinção do órgão ou a redução significativa da sua importância na estrutura futura de gestão.

A efetividade do sistema centralizado da Ceme havia sido minada no período inicial de funcionamento do órgão pelas irregularidades administrativas e constantes mudanças nas fontes de financiamento. As distorções evidenciadas ao longo da sua trajetória apontam para uma maior preocupação com a autonomia tecnológica do que com a tarefa de suprir a necessidade da população pelo atendimento das demandas imediatas das secretarias estaduais e municipais. (Pereira, 1995).

A Ceme acabou por se preocupar mais com a defesa dos interesses dos laboratórios oficiais na garantia da demanda, e menos com a principal função do órgão. Sofreu devido à hipertrofia (multiplicidade) das suas funções e à contradição da atuação centralizadora diante de uma política descentralizadora de saúde, já preconizada pela Constituição e normatizada pelas leis orgânicas de 1990. (Pereira, 1995).

Pela sua forma de atuação, o modelo Ceme reproduzia nos estados - responsáveis pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos repassados pela esfera federal - a mesma estrutura necessária para o gerenciamento, com as Centrais de Medicamentos Básicos (CMB), o

Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), e as Centrais de Distribuição de Medicamentos (CDM). (BRASIL, 2011).

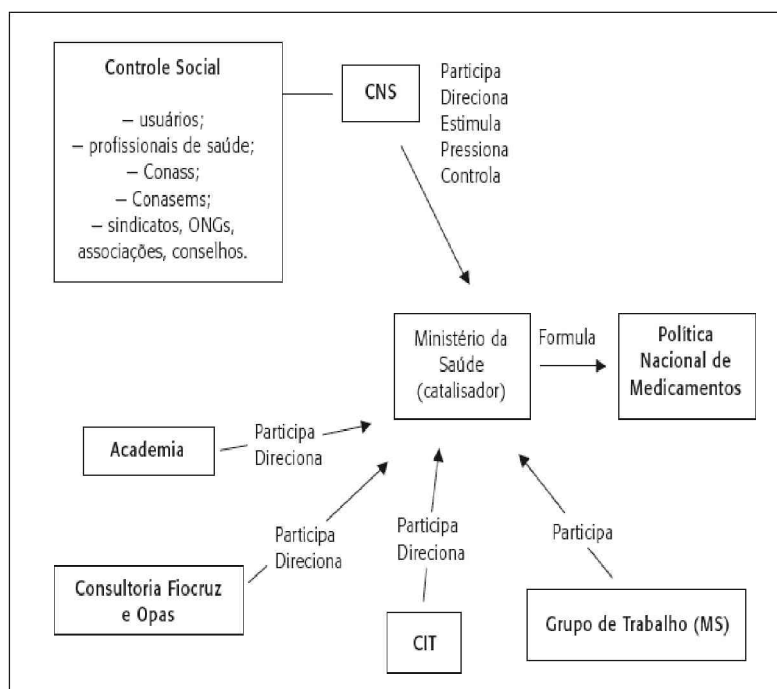
Sob a coordenação da Ceme a excessiva centralização trouxe problemas de abastecimento. Tendo sido concebido como modelo padronizado, a programação, a aquisição e a distribuição de medicamentos eram frequentemente realizadas em desacordo com a necessidade dos estados, uma vez que não eram consideradas 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).

2.2 – Um Breve Resgate do Processo de Descentralização das Políticas de Assistência Farmacêutica.

O modelo de distribuição centralizada de medicamentos que predominou no Brasil de 1971 à metade da década de 1990, a partir da promulgação da constituição de 1988 (que preconizava a descentralização da saúde), acabou por se interpor à corrente descentralizadora, colocando-se na contramão dos arranjos descentralizados almejados para a Assistência Farmacêutica.

Neste contexto de inadequação do modelo centralizado na União ocorreu profunda discussão acerca dos aspectos relacionados às políticas de assistência farmacêutica no país. Efetivaram-se fortes articulações de vários setores (ver Figura 2.1) para a elaboração e aprovação em 1998 da Política Nacional de Medicamentos (PMN), que trouxe consigo, dentre outras diretrizes, a da descentralização das atividades de assistência farmacêutica.

Figura 2.1: Diagrama proposto quanto às arenas decisórias que contribuem para a formulação da Política Nacional de Medicamentos.



Fonte: Machado (2013).

A Política Nacional de Medicamentos (PMN) é um documento oficial que comunica o compromisso das autoridades públicas na promoção do acesso e uso racional pela população aos medicamentos e outros insumos básicos na promoção da saúde. Funciona como um guia para a ação, estabelecendo prioridades, metas e as principais estratégias para alcançá-las, e, ainda, papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores, dos setores público e privado. Auxilia a regulação do setor farmacêutico, redução das discontinuidades administrativas e melhor aplicação dos recursos disponíveis. (Bermudez, Oliveira e Luiza, 2008).

A PNM também pode ser vista como um instrumento público para alcançar as metas de redução de doenças na sociedade, e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e a produtividade no país; principalmente em uma sociedade em que as iniquidades sociais restringem o acesso ao medicamento, insumo básico para o sucesso dos serviços de saúde. (Acúrcio e Guerra Jr., 2013)

Foram vários os avanços trazidos da PMN, como a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a reestruturação da Rename e as suas atualizações constantes, a descentralização da programação, aquisição e distribuição de medicamentos e a definição das atribuições financeiras e executivas dos três níveis governo na política de Assistência Farmacêutica. (Santos-Pinto, *apud*. Mattos, 2015).

Na busca de alcançar os objetivos propostos, a PNM tinha como diretrizes: 1) a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename); 2) a Regulamentação Sanitária; 3) a *Reorientação da Assistência Farmacêutica*; 4) o Uso Racional dos medicamentos; 5) o Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 6) a Promoção da Produção de Medicamentos; 7) a Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos e 8) o Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (Brasil, 1998).

Quando se discute o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica, a terceira mencionada acima é uma das diretrizes mais importantes. A *reorientação da assistência farmacêutica* brasileira preconizada na PNM seria coordenada pelas três esferas e tinha como fundamentos a) a descentralização da gestão, b) uso racional de medicamentos, c) a otimização e eficácia da distribuição pelo sistema público e d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitassem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos produzidos pelo setor privado. (Brasil, 1998). (São Paulo, 2000).

Um ano após a PNM, o Governo Federal aprovou nova proposta para a área com a Portaria MS nº. 176, de 8 de março de 1999, que se constituiu em passo fundamental para o efetivo processo de descentralização da assistência farmacêutica no Brasil. Esta portaria estabeleceu um incentivo financeiro para os gestores subnacionais, à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), bem como os critérios e requisitos para a qualificação dos estados e municípios para acessar os recursos. O acesso seria autorizado mediante conjunto de responsabilidades pactuadas entre as 3 (três) esferas gestoras do SUS:

a aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da Assistência Farmacêutica básica serão

substituídas pela transferência regular e automática, fundo a fundo, dos recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios, e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à Atenção Básica à saúde de suas populações (Brasil, 2011, p.41).

As regras do processo de descentralização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica vincularam o repasse financeiro à implantação das atividades de reorientação da área. Dentre estas, a de ampliar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos básicos, promovendo-se ainda o seu uso racional. (BRASIL, 2011).

Condicionavam-se os repasses às contrapartidas dos estados e municípios, como a elaboração de planos estaduais e municipais de assistência farmacêutica (que incluía o diagnóstico da situação local); a disponibilidade de recursos humanos e financiamento; a estruturação da rede de serviços de acordo com o nível de complexidade; a estruturação das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos; a observância das boas práticas de armazenagem; e a existência de processos de avaliação da Assistência farmacêutica por indicadores específicos, que aprimorassem a gestão com observância das peculiaridades locais, e a rede de serviços existente. (BRASIL, 2011).

Desta feita, ao contrário do Programa Farmácia Básica (PFB) que selecionava os municípios participantes, os recursos abrangiam a totalidade dos municípios e os valores propostos pelo Ministério da Saúde e aprovados pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), “[...] foi de R\$ 2,00 por habitante/ano, com repasse de R\$ 1,00 per capita/ano pelo gestor federal e contrapartida de, no mínimo, R\$ 1,00 per capita/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas instâncias intergestoras correspondentes” (BRASIL, 2011, p.41).

Na gestão dos recursos financeiros deveriam ser empregadas estratégias de otimização da sua aplicação (eficiência) como a centralização dos recursos financeiros no gestor federal e estadual na SES. Em alguns estados, foram adotadas medidas como a compra centralizada de medicamentos sob a forma de consórcios de municípios. (BRASIL, 2011, p.41).

Em 2001, os estados e os municípios brasileiros encontravam-se em fase de estruturação, com a adequação e a incorporação do elenco mínimo e obrigatório aos seus quadros de Assistência Farmacêutica. No entanto, voltaram a surgir iniciativas de aquisição centralizada de medicamentos básicos. A primeira delas foi a criação de um *kit* para as ações específicas da Atenção Primária, entre elas, o Programa Saúde da Família (PSF), (BRASIL, 2011). No entanto:

além de se sobrepor ao elenco disponibilizado com recursos do IAFB, a interlocução era feita diretamente pelo Ministério da Saúde- MS com as equipes do PSF das secretarias municipais de saúde, sem participação da instância estadual. Esta lógica distinta adotada para a distribuição do *kit* dificultava seu gerenciamento. (BRASIL, 2011, P.43).

A partir de 2003, um novo momento de debates sobre a Assistência Farmacêutica foi realizado com a sociedade na I Conferência Nacional de Medicamentos. Com base nas propostas realizadas na Conferência, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004, que estabeleceu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica –PNAF- (BRASIL, 2011), a considerar que:

a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto 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).

Os fundamentos da reorientação farmacêutica expostos na Política Nacional de Medicamentos em 1998 foram ratificados em 2004 pela PNAF, e esta pode ser vista como parte integrante daquela. A Figura 2.2 ilustra o arranjo normativo para a elaboração de políticas para a assistência farmacêutica.

Figura 2.2: Marco Legal Estruturado da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Nascimento (2014).

Para a PNAF, a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde - SUS deve ser entendida como política pública a direcionar a formulação de políticas setoriais, tendo como eixos estratégicos a descentralização das ações, a manutenção e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, e a qualificação de recursos humanos (BRASIL, 2011).

Assim o SUS, pela sua complexidade e demais características, precisaria de uma Assistência Farmacêutica estruturada que alcançasse bons resultados nos 2 (dois) fundamentos básicos a que se propõe: a) a garantia do acesso de medicamentos essenciais com qualidade e b) segurança e o uso racional assistido. Ressalte-se, ainda, que a efetividade das ações empenhadas depende em grande parte de estratégias bem definidas, parceiras e interfaces colaborativas com outras políticas setoriais (BRASIL, 2006).

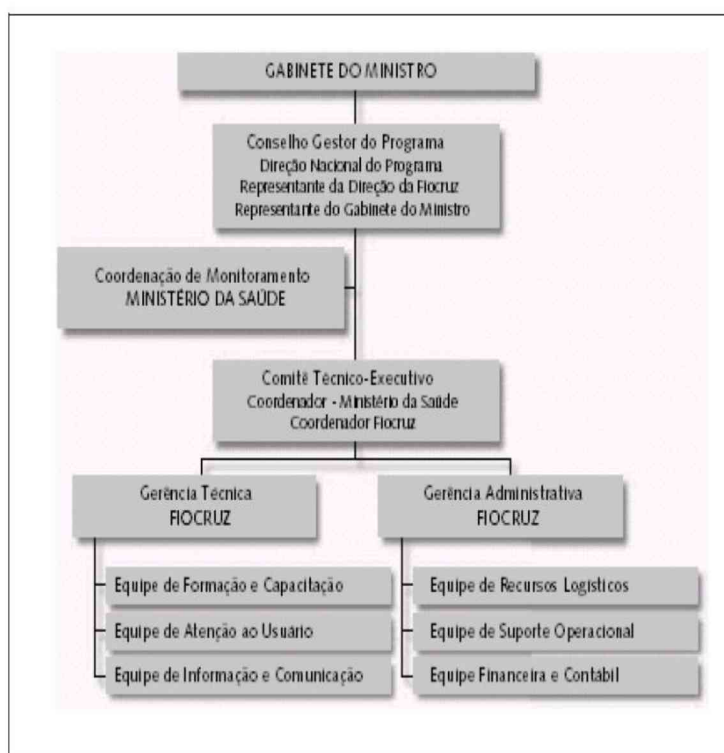
Na perspectiva dada pela PNM, em que o acesso deve ser visto do ponto de vista da disponibilidade funcional, ou seja, os medicamentos devem ser disponibilizados geograficamente dentro do que seja considerado razoável o deslocamento para obtê-lo, com acesso imediato, disponibilidade contínua e acessibilidade econômica. Desta forma atenderia às necessidades da população com um suprimento contínuo e em volume adequado à demanda (Guerra, et al. 2004).

2.3 - O Programa “Farmácia Popular do Brasil”.

Em 2004, foi criado Programa Farmácia Popular do Brasil pela Lei Federal 10.858/ 2004, tendo como objetivo ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. (Portela *et al.*, 2010).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgão do Ministério da Saúde, assumiu, como executora, papel fundamental no programa, ficando responsável pela aquisição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos públicos e do setor privado para disponibilizá-los a baixo custo nas farmácias populares. Abaixo se encontra o organograma do programa da União (Figura 2.3).

Figura 2.3 – Organograma da Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil.



Fonte: MS-2005c, *apud*. Ferreira (2006).

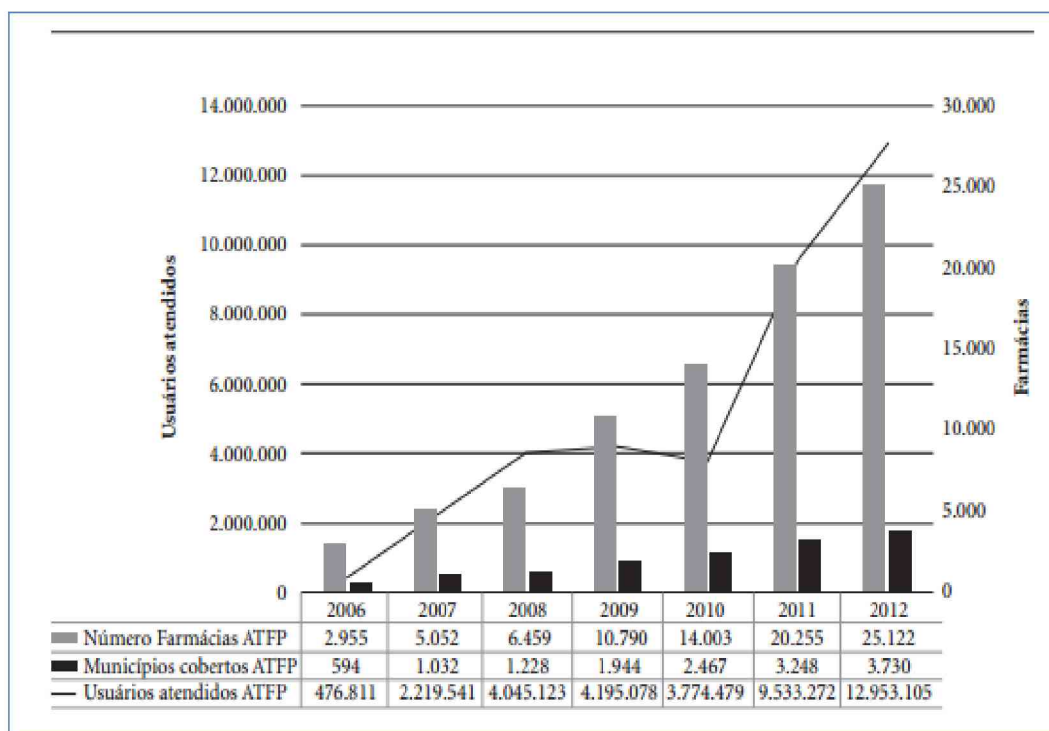
O Programa Farmácia Popular do Brasil passaria por diversas fases, segundo Mattos (2015), inclusive pela extensão das suas ações de forma a abranger as redes de farmácias particulares presentes no mercado brasileiro, programa que recebeu o nome de “Aqui Tem Farmácia Popular”.

A primeira fase previa uma parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) para a criação de uma rede própria, a Farmácia Popular Rede Própria (FPRP) com ações gerenciais centralizadas na Fiocruz. No ato da compra, o governo subsidia em até 90% os medicamentos, e o usuário arca com o restante. Posteriormente foi expandido, passando a ser gerido também por convênios da Fiocruz com estados, municípios, instituições de ensino e de assistência à saúde. Com isso, este modelo instituiu no plano federal a modalidade de copagamento; nem gratuito, como pede o SUS, nem pago, como nas redes privadas do mercado. Em um segundo momento, passou pela criação de um programa que utilizava a cadeia de suprimentos da rede privada, o programa Aqui Tem Farmácia Popular (Mattos, 2015):

proposta como estratégia gerencial de ampliação do acesso a medicamentos, as parcerias público-privado (PPPs) promoveram a inserção vigorosa das farmácias comerciais como parceiras das políticas públicas de assistência farmacêutica, mudando o antigo paradigma da dicotomia entre distribuição no SUS e compra direta em farmácias comerciais (p.27).

Nova fase veio com a ampliação do ATFP em termos quantitativos de unidades e também com referência à variedade de medicamentos ofertados. Por fim, em 2011, foi lançado o programa “Saúde Não Tem Preço” (SNTTP), estabelecendo que alguns medicamentos para o diabetes, a hipertensão, e posteriormente em 2012, também para a asma, seriam *in totum* subsidiados pelo governo nas farmácias do programa, tanto na rede própria quanto na conveniada, sem qualquer desembolso (copagamento) pelo usuário.

Figura 2.4: Evolução do programa Aqui Tem Farmácia Popular.

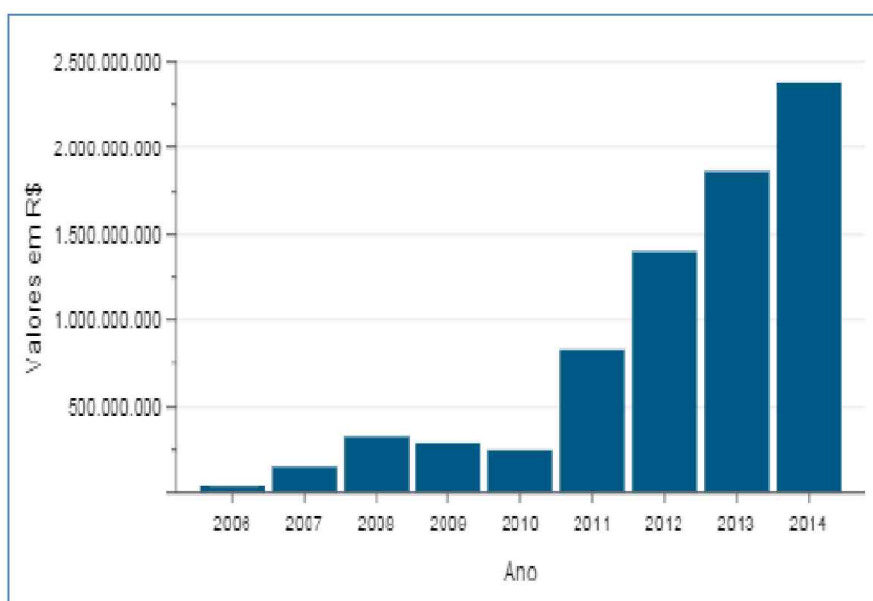


Fonte: Silva e Caetano (2015).

Segundo a análise de Bremaeker (2013), a Farmácia Popular (rede própria) e a rede do Aqui Tem Farmácia Popular (rede privada), por vezes atuavam em duplicidade, constatado que, em 2012, existiam 338 municípios onde ambas as redes estavam presentes.

Constatou-se que na medida em que o programa ATFP se expandia (ver incremento dos repasses financeiros na Figura 2.5), aconteciam mudanças no direcionamento inicial, uma vez que o FPRP (rede própria) diminuía. Em 2010, eram 503 estabelecimentos do FPRP, quantidade residual ao lado das 14.006 farmácias comerciais credenciadas no ATFP (rede privada). Isso demonstra opção clara do programa pela distribuição privada. (Pereira, apud. Mattos, 2015).

Figura 2.5 – Evolução do Repasse Financeiro às Farmácias Conveniadas ao ATFP.



Fonte: SAGE/MS, *apud*. Silva e Caetano (2015).

Em 2016, o programa oferecia 14 medicamentos gratuitos para tratamento de hipertensão, diabetes e asma, e outros 10 medicamentos em que o consumidor paga 10% do valor (copagamento), como para a rinite, dislipidemia, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma, contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência. No caso dos medicamentos gratuitos à população, o Estado arca com o custo total, sempre tendo como orientação para o repasse às farmácias privadas uma tabela de preços de referência. (Brandão e Casarré, 2016)

2.4 – A Participação das Esferas Estaduais e a Experiência do Estado de Minas Gerais.

Até a instituição da PNM, e em um contexto de inoperância do sistema Ceme, 3 (três) estados da federação, Paraná, São Paulo e Minas Gerais, elaboraram programas de distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária. Os programas de assistência farmacêutica destes estados

objetivavam garantir o fornecimento de medicamentos para as patologias mais frequentes, expandindo os acessos a medicamentos das camadas de baixa renda aos medicamentos da atenção primária de saúde (Cosenday, et al., 2000).

A abordagem de Cosenday, *et al.* (2000), realizada em perspectiva comparada, possibilitou diferenciar os componentes dos programas pesquisados: o primeiro programa, o paranaense Programa Farmácia Básica, de 1995; o segundo programa, o paulista Dose Certa, também de 1995; e o mineiro, Farmácia Essencial/Farmácia de Minas, de 1997. A Quadro 2.3 resume a comparação entre os 3 (três) primeiros programas do processo de descentralização da assistência farmacêutica no Brasil.

Quadro 2.3 – Principais Componentes dos Programas Paranaense, Paulista e Mineiro.

Componente do programa	Paraná	São Paulo	Minas Gerais
Seleção dos medicamentos	Critérios de inclusão: constar da RENAME; serem eficazes, seguros e disponíveis para aquisição ao menor custo possível. Número de itens: 32 princípios ativos em 40 apresentações	Critérios de inclusão: demanda histórica de consumo de medicamentos, fornecida pelos municípios; Setima Lista de Medicamentos Essenciais da OMS; capacidade de produção do medicamento pela FURP (Fundação para o Remédio Popular). Número de itens: 32 princípios ativos em 40 apresentações.	Critérios de inclusão: estudo de demanda feito pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRSs), lista de medicamentos da Farmácia Básica CEME de 1987, Oitava Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, Lista de Medicamentos dos programas de São Paulo e Paraná, linha de produção da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), patologias mais frequentes atendidas pelas UBSs. Número de itens: 29 princípios ativos em 36 apresentações.
Seleção dos municípios	Índice de Salubridade	Populacional	Populacional e Índice de Desenvolvimento Humano.
Aquisição	CEME, produção no CEMEPAR, em laboratórios públicos estaduais conveniados, laboratórios oficiais de outros estados ou de laboratórios privados.	FURP	FUNED e laboratórios oficiais conveniados
Distribuição	Centralizado: CEMEPAR→Regionais de Saúde→Secretarias Municipais de Saúde→UBS.	Descentralizada: FURP→UBS	Descentralizada: FUNED→UBS
Reposição de medicamentos	Módulo-padrão completo, trimestralmente	De acordo com o consumo, trimestralmente	De acordo com o consumo, trimestralmente
Controle de qualidade	Laboratórios credenciados	FURP	FUNED
Controle de estoque informatizado	Nível central	Nível central, regional e local (alguns municípios)	Nível central, regional e local
Seminário de implantação	Não	Sim	Sim
Custo mensal com medicamentos	R\$912.000 (R\$0,23/hab/mês)	R\$2.600.000 (R\$0,19/hab/mês)	R\$517.000 (R\$0,17/hab/mês)
Porcentagem da população atendida ¹	43% do estado	45% do estado (74% da CSI)	18% do estado

RENAME = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; OMS = Organização Mundial da Saúde; CEME = Central de Medicamentos; CEMEPAR = Centro de Medicamentos do Paraná; UBS = Unidade Básica de Saúde; CSI = Coordenadoria de Saúde do Interior.

¹ Porcentagem da população atendida até o momento em que foi realizado este estudo.

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

É de se destacar o mérito destes estados, uma vez que adotaram modelos descentralizados ainda em uma cultura de prática centralizadora, dotando-os de moderna metodologia administrativa e participativa, a destacar a participação dos níveis locais de atendimento (municípios), envolvendo-os e responsabilizando-os conjuntamente. (Cosenday, *et al.*, 2000).

2.4.1 – O Programa “Farmácia Essencial”

O estado de Minas Gerais foi o terceiro entre os estados brasileiros a sistematizar sua política de assistência, usufruindo (dos exemplos) das experiências dos estados do Paraná e de São Paulo. Em 1997, foi instituído o Programa Farmácia Essencial (PFE) e contava com a participação estratégica da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), de Belo Horizonte:

O PFE dispõe de uma relação de 36 medicamentos, sendo 29 princípios ativos, que atendem às patologias mais frequentes no estado. Utilizou-se como critério para a seleção dos medicamentos estudos de demanda feitos pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRSs), da lista de medicamentos da Farmácia Básica CEME de 1987, da Oitava Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, da Lista de Medicamentos dos programas de São Paulo e Paraná, com base nas quais foi feita uma ponderação de acordo com a linha de produção da Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e os recursos disponíveis, considerando também o critério de prioridade para o tratamento da maioria das patologias atendidas pelas UBSs. A quantificação dos medicamentos foi feita para suprir as necessidades de um grupo de 3.000 habitantes por um período de três meses (FUNED, 1997; SESMG/FUNED, 1997, apud Cosendey, *et al.*, 2000,).

O PFE era focado nos pequenos municípios, com população de até 20.000 habitantes. De início atendia os 250 municípios mais carentes selecionados com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da Fundação João Pinheiro; em seguida, em 1998, previa a implantação em mais 300 municípios (sob os mesmos critérios) e posteriormente, em 1999, em mais 55 municípios, totalizando os 705 municípios como população inferior a 20.000 habitantes e alcançando cerca de 6.000.000 de pessoas. Os municípios integrantes do programa podiam contar com a supervisão técnico-administrativa das DRSs e avaliações do *DRS/SES/FUNED e um sistema de informação, o SISAFE, orientando sobre o consumo médio das unidades. O* gasto mensal com medicamentos foi de cerca de R\$517.000 (U\$451.000),

equivalente ao custo individual de aproximadamente R\$0,17/hab./mês (U\$0,15/hab./mês). Neste arranjo:

o programa é gerenciado pelos gestores municipais do SUS, com apoio técnico das DRSs e supervisionado pela FUNED. A distribuição dos medicamentos é feita trimestralmente pela FUNED em parceria com a SES/DRS, diretamente às UBSs, em caminhões próprios, sendo os motoristas treinados para a entrega. No momento do recebimento, os medicamentos são conferidos em relação às suas quantidades e condições de apresentação (inspeção física e controle da validade) e assinado um recibo pelo responsável pelo recebimento no município. As quantidades estabelecidas para o módulo-padrão funcionam como um estoque mínimo, podendo ser alteradas de acordo com a necessidade de cada município. Mensalmente, os municípios enviam às DRSs o Mapa de Movimentação de Medicamentos, que são consolidados trimestralmente por estas e enviados à FUNED para reposição dos estoques. Desta forma, a reposição dos medicamentos é feita em função da quantidade consumida durante um período de três meses (Cosendey, et al., 2000).

Sob o aspecto da descentralização das atividades de distribuição de medicamentos para assistência farmacêutica, é possível identificar mais semelhanças do modelo mineiro com o modelo paulista. No caso paranaense o modelo prevê uma distribuição mais centralizada, em uma estrutura que se iniciava na CEMEPAR (Centro de Medicamentos do Paraná), sendo os medicamentos encaminhados para as Regionais de Saúde, daí para as Secretarias Municipais de saúde, chegando, enfim, nas UBS. Já o Programa Farmácia Essencial (PFE) e o programa de São Paulo, o Dose Certa, foram estruturados de forma a efetuar o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) diretamente das unidades produtoras de referência destes estados, a FURP (Fundação para o Remédio Popular) em São Paulo e a FUNED (Fundação Ezequiel Dias) em Minas Gerais. (Cosendey, *et al.*, 2000).

No tocante ao processo de aquisição observou-se uma inversão. Os estados mineiro e paulista adotaram uma aquisição mais centralizada nas fundações de referência, a FURP e a FUNED, enquanto o estado do Paraná, que estruturou primeiro o seu sistema, adquiria medicamentos de diversas fontes: da CEME, da produção da CEMEPAR e dos laboratórios públicos estaduais conveniados, laboratórios oficiais de outros estados ou de laboratórios privados. (Cosendey, *et al.*, 2000).

Com o passar do tempo, a relação de itens de medicamentos distribuídos aumentou significativamente, assim como a demanda da população. Assim, em 2008, houve uma reformulação do programa mineiro, com objetivos mais ambiciosos de cobertura e maior foco nos serviços farmacêuticos para o uso racional. Surgia, assim, o Programa Farmácia de Minas (Minas Gerais, 2008).

2.4.2 - O Programa Farmácia de Minas

Desenvolvido no âmbito da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES), coordenado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica, o Programa “Farmácia de Minas” era reconhecido como o Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2008).

O programa “Farmácia de Minas” (PFM), instituído em 2008, buscava estruturar a rede de assistência farmacêutica no Estado de Minas Gerais, como estratégia principal para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Definia uma nova organização institucional, focada na busca de eficiência e eficácia (Minas Gerais, 2008):

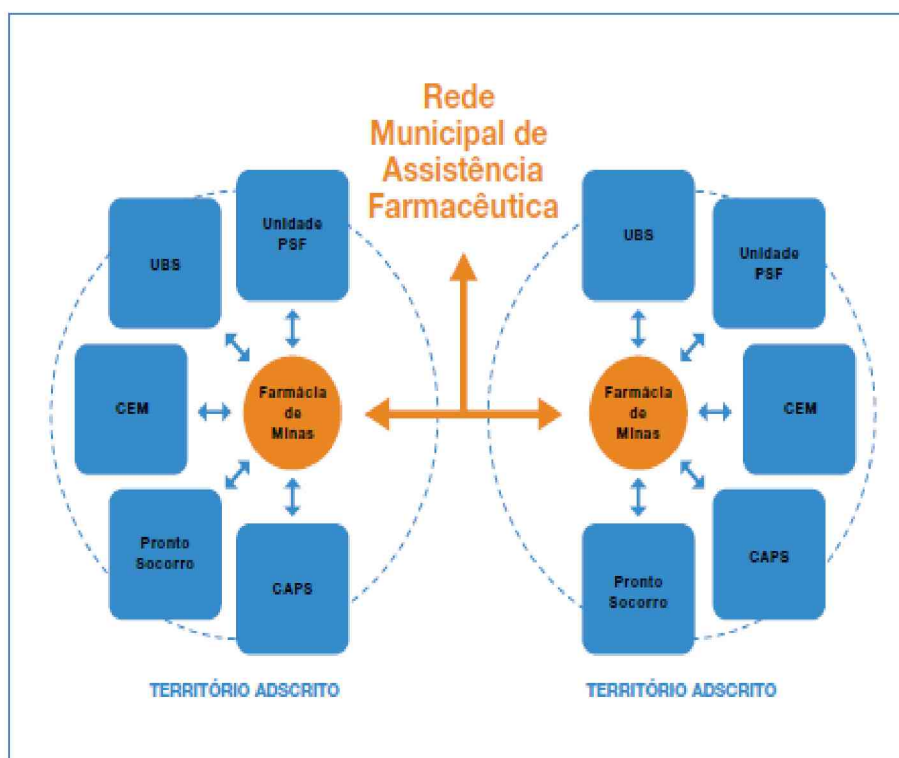
A maior disponibilidade de medicamentos para os usuários do SUS deve se apoiar na definição de elencos que garantam maior custo-efetividade, processos de aquisição mais eficientes, logística adequada na gestão de estoques e distribuição e na organização e na integração das farmácias aos demais serviços e ações de saúde (Minas Gerais, 2008, p.13).

Na perspectiva de garantir a oferta do insumo para a assistência à saúde promovida pelo SUS, o plano elaborado para o Programa “Farmácia de Minas” incluía uma maior qualificação da Assistência Farmacêutica nas Gerências Regionais de Saúde com a criação da Coordenação de Assistência Farmacêutica/GRS, a modernização das farmácias de medicamentos de alto custo/alta complexidade e a implantação de farmácias comunitárias públicas nos municípios do estado de Minas Gerais.

Para tal, foram utilizados incentivos financeiros estaduais para a montagem, custeio de profissionais de saúde, farmacêuticos e atendentes, além de programas de qualificação. Os resultados almejados incluíam a melhoria do acesso aos medicamentos pela população mineira, o uso racional dos medicamentos, a consolidação da Assistência Farmacêutica nas Regionais de Saúde e do seu papel junto aos municípios, a integração dos Programas de Saúde de Atenção Primária / Estratégicos, humanização do atendimento ao paciente-usuário de medicamentos de alto custo, dentre outros (Minas Gerais, 2008).

A Figura 2.6 é alusiva ao papel da unidade do programa Farmácia de Minas dentro da rede de atendimento farmacêutico municipal.

Figura 2.6 – Rede Municipal de Assistência Farmacêutica



Fonte: Minas Gerais, 2008.

A Figura 2.6 ilustra a importância que o centro de dispensação (unidade do programa Farmácia de Minas) assume no fluxo de medicamentos dentro das políticas de saúde municipais. Ao receber e dispensar ao cidadão, a

unidade do programa procura apoiar com o insumo as unidades de atendimento ao cidadão, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as unidades do Programa Saúde da Família (PSFs), os Centros de Atendimento Psicosociais (CAPs), os Centros de Especialidades Médicas (CEMs) e os Prontos Socorros municipais.

No entanto, a elaboração, implantação e controle de programas de distribuição de medicamentos, em qualquer nível da esfera pública, representam desafios logísticos ao gestor, principalmente quando são criadas redes de distribuição próprias, como é o caso do PFM.

Figura 2.7 – Sistema Logístico do programa Farmácia de Minas.



Fonte: Minas Gerais, 2009.

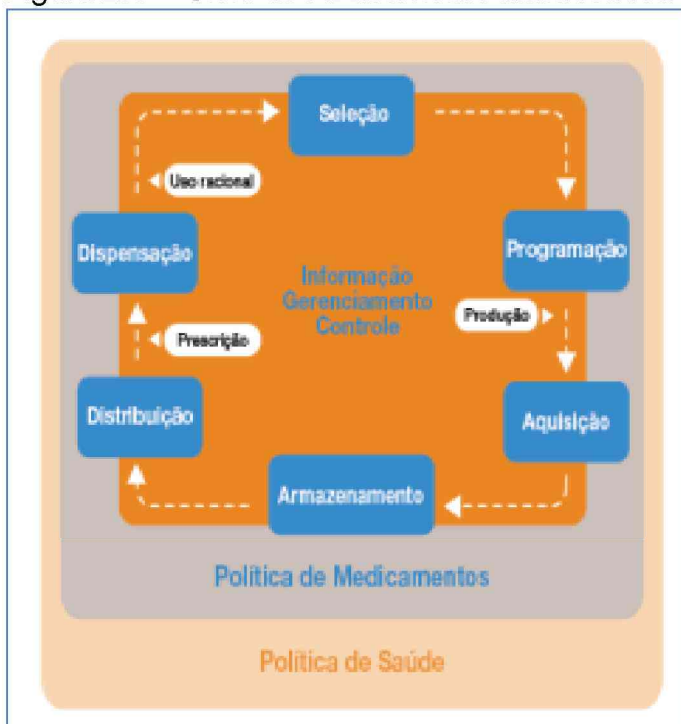
Tomando-se uma rede de suprimentos com 1.248 farmácias presentes nos 853 municípios, a meta do programa original, contando com 28 Gerências Regionais de Saúde (GRSs), percebe-se o esforço logístico que os gestores devem realizar para garantir a disponibilidade do medicamento nos pontos de dispensação (ponto de entrega do medicamento ao usuário do sistema). Não por acaso a SES/MG apresentava a Figura 2.7 apresentada acima com o título honesto de "Problema Logístico".

2.4.2.1- Os Pontos de Dispensação da Rede

A Assistência Farmacêutica, segundo Almeida e Andrade (2014), contempla as atividades articuladas e sincronizadas, de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, que podem ser representados em forma de ciclo.

O programa estadual de distribuição de medicamentos também pode ser visto em forma de um ciclo (Figura 2.8), onde as setas indicam os fluxos diretos de bens para o atendimento aos cidadãos nos pontos de dispensação do Programa Farmácia de Minas (PMF).

Figura 2.8 – Ciclo de Assistência Farmacêutica



Fonte: Minas Gerais, 2008.

O ciclo de Assistência Farmacêutica para o PFM representa a lógica do fluxo de bens e informações. Da programação para a aquisição junto aos laboratórios da rede pública (como a FUNED em Belo Horizonte) ou privada, passando pelo ponto de guarda centralizada da SES ou diretamente às GRSS e/ou municípios, até a disponibilização nas unidades do PFM (Figura 2.9). (Minas Gerais, 2008).

Figura 2.9 – Projeto típico de uma unidade do PFM.



Fonte: Minas Gerais, 2008.

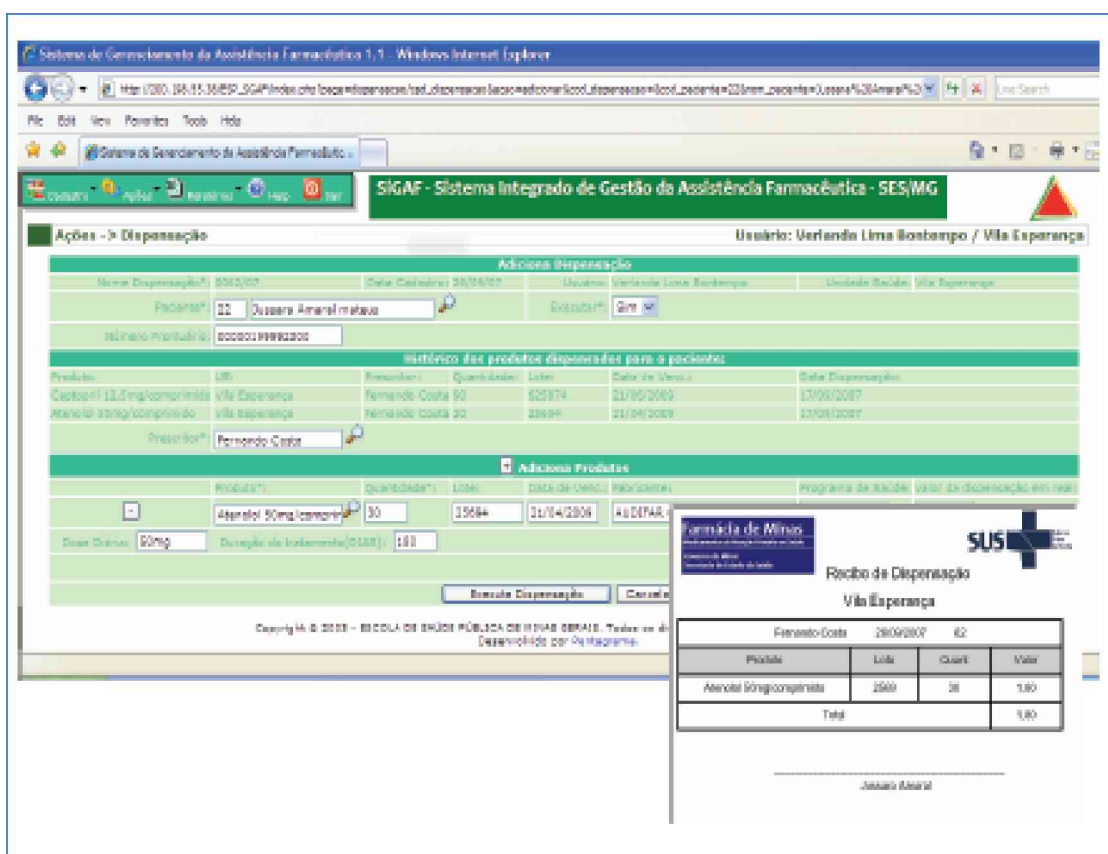
Nestes locais é feita a entrega dos medicamentos ao usuário do SUS, mediante prescrição e sob a orientação de um farmacêutico, que indica àquele o uso racional do insumo.

2.4.2.2 - A Gestão da Informação com o SIGAF.

Com a finalidade de controlar o fluxo de bens e serviços do programa, foi desenvolvido o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF). A gestão de informação do programa tem, principalmente, as funções de articular os serviços profissionais de saúde com o uso racional de medicamentos, programar a aquisição de medicamentos (de acordo com dados epidemiológicos), avaliar a cobertura e a demanda, garantir as boas práticas do setor, manter cadastro de usuários e prescritores, visualizar a movimentação financeira e realizar estudos fármacoepidemiológicos e fármacoeconômicos. (Minas Gerais, 2009).

O *software* Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) destina-se a todas as unidades dos níveis estadual e municipal envolvidas com as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais. (Minas Gerais, 2016).

Figura 2.10 – Tela de dispensação de medicamentos do SIGAF.



Fonte: Minas Gerais, 2008.

O sistema permite cadastrar pacientes, gerir estoques, realizar controle de dispensação, programar medicamentos, realizar pedidos de aquisição via SES, visualizar movimentações financeiras, produzir relatórios gerenciais, dentre outros. (Minas Gerais, 2009)

O SIGAF é um recurso da tecnologia de informação desenvolvido especialmente para o programa Farmácia de Minas, devendo ser implantado nas Gerências Regionais de Saúde assim como nos municípios que tenham uma unidade do programa. No entanto, juntamente com a ferramenta de gestão, deve acompanhar a implantação do sistema uma adequação da infraestrutura de Tecnologia de Informação (TI).

2.4.3 – O Programa Farmácia para Todos e o Modelo Descentralizado de Assistência Farmacêutica.

Foi lançado em 2016 pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), o programa Farmácia de Todos, criado para garantir a Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais. Seria “[...] por meio dele que os medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) chegam a todos os mineiros.”. (Minas Gerais, 2016). (MINAS GERAIS, deliberação CIB 2.416).

O Programa Farmácia de Todos (PFT) pretende /ir além do fornecimento de medicamentos, abarcando assim algumas ações voltadas para “a clínica e também ao apoio aos municípios.” As estratégias principais envolviam 4 diretrizes: a) qualificar os serviços farmacêuticos vinculados à rede pública de farmácias; b) garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais, por meio da Regionalização da Assistência Farmacêutica; c) garantir estrutura adequada para o armazenamento de medicamentos e atendimento humanizado; e d) fortalecer o Sistema de Informação em Assistência Farmacêutica – SIGAF. (Minas Gerais, 2016).

O Programa Farmácia de Todos (PFT) trouxe uma inovação, uma possibilidade de enquadramento em 3 (três) formas de aquisição de medicamentos, o que foi chamado de processo de Regionalização da Assistência Farmacêutica no estado:

a Regionalização da Assistência Farmacêutica é uma das melhorias estabelecidas com o Programa Farmácia de Todos e consiste no novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos em Minas Gerais. Com isso, o Estado disponibilizará Atas de Registro de Preço, para aquisição de medicamentos e insumos, podendo o município estar inserido nos seguintes critérios de gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica: - **Totalmente Centralizado no Estado (TCE)**: O Estado é gestor dos recursos municipal, estadual e federal. - **Totalmente Centralizada no Município (TCM)**: O município é o gestor dos recursos municipal, estadual e federal. - **Parcialmente Descentralizado no Município (PDM)**: Município é gestor do recurso federal e municipal. O Estado executa a contrapartida estadual em medicamentos. (Minas Gerais, 2016, s/p.):

A estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica consiste na cooperação técnica aos municípios buscando melhorar a aquisição e a distribuição de medicamentos com ampliação do elenco disponível de 145 para aproximadamente 346 itens, contemplando inclusive, o aumento do recurso financeiro para compra de medicamentos. (Minas Gerais, 2016).

Além da disponibilidade de medicamentos, outra preocupação do programa é o Cuidado Farmacêutico, o que ensejou melhorias na estruturação das farmácias públicas, a objetivar o atendimento humanizado e uso racional. (Minas Gerais, 2016).

Após a primeira fase do programa Farmácia de Minas, onde a opção pelo modelo era não-compulsória, a partir da Deliberação CIB 2.412, quase a totalidade dos municípios será pactuada compulsoriamente como Totalmente Centralizado no Município (TCM), inexistindo as duas outras opções, Totalmente Centralizada no Estado (TCE) e Parcialmente Descentralizada no Município (PDM). O que será discutido mais a contento no Capítulo 4 deste trabalho.

Capítulo 3 – A Gestão da Cadeia de Suprimentos e as Políticas de Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS.

As atividades logísticas estão no dia a dia das pessoas e são tão antigas quanto a própria civilização humana. Para percebermos isto, basta comparar o transporte atual de grandes pedras para a construção civil com o mesmo transporte na época em que Faraós realizaram um dos maiores esforços logísticos de que se tem notícia: a construção das grandes pirâmides do Egito no Antigo Império. Naquela época, a logística se resumia na aquisição de capacidade para suprir para um empreendimento.

Como passar do tempo, a natureza belicosa do ser humano enxergou no planejamento do fluxo e da guarda de insumos para a guerra a grande aplicação para essas atividades. Por vezes, a capacidade logística foi a causa da ascensão e a queda de impérios que hoje estudamos nos livros de História. (Pires, 2013).

Nas inovações de combate do Império Assírio, nas técnicas de batalha de Alexandre, O Grande, nas linhas de suprimentos das cruzadas na idade média, ou no posicionamento em campo do exército napoleônico, a guerra foi o campo de estudo da Logística, com um sentido majoritariamente de estratégia, como abordado por Sun Tzu¹.

A estratégia da *Blitzkrieg*² (guerra relâmpago), quando da invasão da Polônia em 1939, prenunciava um período de intensa atividade logística, em que o enorme esforço de guerra fez da II Guerra Mundial (1939-1945) o palco dos maiores avanços da área, tendo sido o desembarque aliado na Normandia o ponto alto do esforço logístico aliado. Acumulou-se grande conhecimento acerca das cadeias militares de suprimentos, inclusive nos aspectos relacionados à inteligência estratégica no setor.

¹. Sun Tzu, antigo general chinês, escreveu o livro A Arte da Guerra no século VI antes de Cristo. Seu livro sobre estratégias de guerra foi um dos primeiros a incluir dimensões da atual logística nas suas orientações de batalha.

². Blitzkrieg é o termo em alemão para designar uma "guerra-relâmpago". Esta foi a estratégia operacional utilizada pelo exército alemão para invadir a Polônia e iniciar a II Guerra Mundial. A estratégia Blitzkrieg tinha como princípio a surpresa, com ataques e avanços rápidos, sem que o oponente pudesse organizar um movimento defensivo.

Em seguida, nos anos 1950, surge na academia a disciplina de Logística Empresarial, a aproveitar todo o conhecimento adquirido pelos pensadores/estrategistas militares principalmente na II Guerra Mundial. Na visão de Fleury (2000), este lapso (entre a sua antiga e constante utilização e o tratamento do tema enquanto ciência), soa como um *paradoxo*: muito antiga em sua utilização, não obstante, muito nova no âmbito de estudo acadêmico. Na visão do autor, a Logística demorou a ser reconhecida como um ramo da ciência da administração.

Em nosso tempo, a importância da logística no cenário global, em grande parte, é atribuída a dois fatores. Um deles remete aos novos conceitos do Sistema Toyota de Produção (década de 1960) e a expansão da filosofia *Just in Time* (JIT) nos anos 1970 e 1980, que rompe a lógica clássica “empurrada” (modelo clássico de produção Fordista/Taylorista) e altera o conceito de agregação de valor ao produto. Na visão do modelo japonês “puxado”, nem toda alteração no produto é percebida como uma agregação na cadeia de valor (do ponto de vista do consumidor final); assim, nem toda atividade logística é vista como um desperdício. (Dornier, 2000). (Pires, 2013).

O outro fator de mudança foi o questionamento do paradigma da classificação da Logística como uma atividade meio para uma corporação. O que se alterou não foi a classificação como atividade meio (a menos que seja uma prestadora de serviços logísticos, neste caso é a atividade fim da instituição, seu *core business*), mas sim a importância desta lógica para as tomadas de decisões estratégicas. De fato, muitas corporações têm exatamente na gestão das atividades logísticas suas maiores vantagens competitivas. (Pires, 2013).

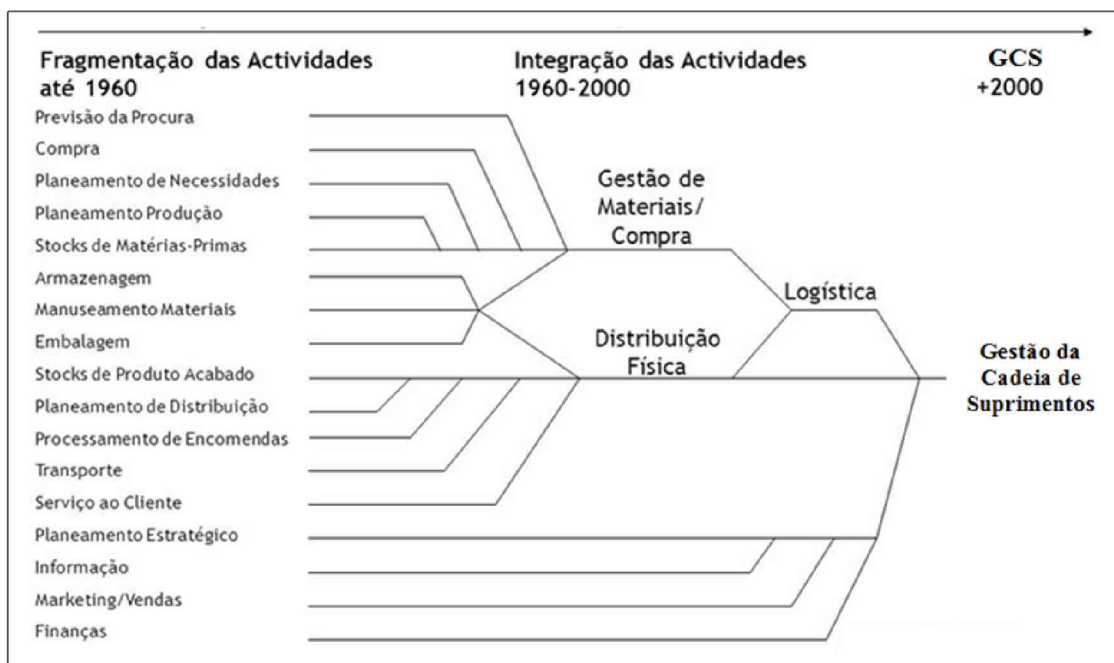
Os conceitos atuais de Logística encontrados na literatura remetem, por um lado, a processos de gestão (administração); por outro, a movimentos de fluxo e guarda de bens físicos e informações.

Logística é o processo de planejamento, implementação e controle eficiente e eficaz do fluxo de armazenagem de mercadorias, serviços e informações relacionadas desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o objetivo de atender as necessidades do cliente. (Council of Logistics Management, apud Ballou, 2006, p.27).

Assim, quanto mais distantes geograficamente estiverem as fontes de suprimentos dos centros de produção e de consumo, mais relevante se tornará a gestão logística no contexto das operações e mais impactantes serão os seus custos. O objetivo do serviço logístico é fornecer utilidade de tempo e lugar na transferência de produtos e serviços entre comprador e vendedor. (Marchesini e Alcântara, 2012, p.66). Por bem, os gestores logísticos têm exatamente na capacidade de integração, mediante coordenação e colaboração dos entes da estrutura, as melhores oportunidades de redução de custos. (BALLOU, 2006).

Com o aumento da sua importância, os processos logísticos foram desempenhando, cada vez mais, um papel de destaque dentro das estratégias empresariais modernas, e evoluiu com o passar das décadas, dando origem a atividades integradas onde antes existiam apenas ações fragmentadas. A evolução do papel das atividades logísticas em direção à integração entre os membros das operações do dia a dia (fornecedores, fábricas, distribuidores, varejistas e clientes) deu origem ao conceito de Cadeia de Suprimentos.

Figura 3.1: Evolução das Atividades Logística.



Fonte: Ballou, 2006.

As atividades logísticas, dentro da cadeia de suprimentos (atividades de operação), atuam na integração de abastecimento (suprimentos), produção (transformação) e distribuição, gerando valor ao aproximar mercados consumidores de fontes de suprimentos e da produção.

Na avaliação de Bowersox e Closs (2001), as atividades logísticas têm como elementos básicos da agregação de valor para os sistemas de mercado a disponibilidade (para prover o bem sem faltas), o desempenho operacional (para operar com velocidade, flexibilidade e consistência das entregas) e a confiabilidade (para lidar com devoluções, pedidos pendentes, falta de produtos, cancelamentos, dentre outros.).

Figura 3.2: Papel da Logística nas Operações do Mercado.



Fonte: Ballou, 2006.

Nos dias de hoje, submetido à influência do mercado mundial e em um ambiente de constante evolução tecnológica, o comércio não se limita mais a bases geográficas definidas. Por isso, as instituições que prestam serviços à população devem considerar o restante do mundo em suas análises para a elaboração e a implementação de estratégias de operações logísticas. (Dornier, 2000).

Assim, para atuar com competitividade, as instituições por vezes lançam mão de estratégias de atuação envolvendo várias formas de terceirização em

diversas áreas, inclusive (ou principalmente) serviços logísticos. Um modelo muito usado é o *third party logistics providers* (3PL's), quando uma empresa independente gere os serviços logísticos para a contratante. (Cavushgil, Knighth e Riesenber, 2010).

3.2 – A Gestão das Cadeias e das Redes de Suprimentos (Supply Chain Management).

O esforço para gerir a Cadeia de Suprimentos tem sido incorporado às estratégias de gestão das corporações modernas e o conceito de Gestão da Cadeia de Suprimentos (GCS) vem se difundindo no mundo como algo árduo de implantar, porém, se bem orquestrado, é eficiente e eficaz na gestão dos bens (matéria-prima, insumos, embalagens, produtos semiacabados e acabados) que fluem pelas operações no dia a dia das organizações.

Uma Cadeia de Suprimentos consiste em todas as partes envolvidas, direta ou indiretamente, na realização do pedido de um cliente. Ela inclui não apenas o fabricante e os fornecedores, mas também transportadoras, armazéns, varejistas e até mesmo os próprios clientes. (CHOPRA, 2001, p.03).

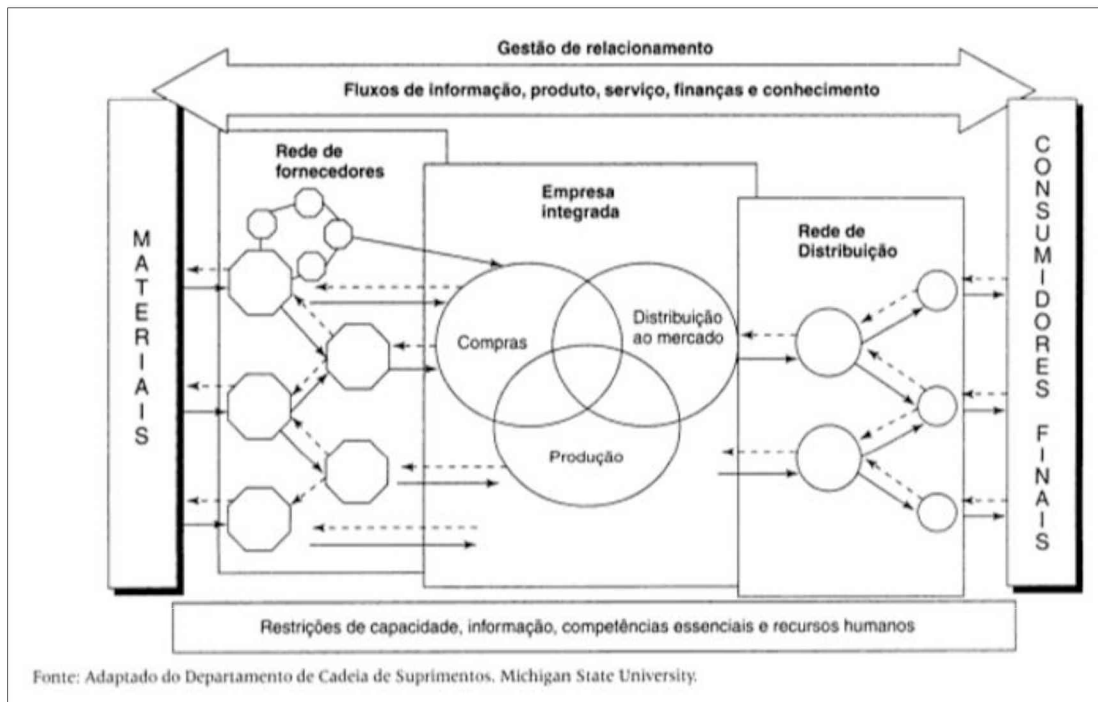
Ballou (2006) correlaciona as atividades de GCS com *objetivos estratégicos*, em que a gerência é responsável por atingir metas que venham a conduzir a organização aos objetivos mais amplos. Deve-se preocupar em repassar valor (benefícios) aos entes da cadeia, devendo ser definido um nível de serviço adequado ao nível de qualidade e às expectativas de custo.

O Supply Chain Management compreende o planejamento e gerenciamento de todas as atividades envolvidas com a aquisição, conversão e o gerenciamento logístico. Inclui principalmente a coordenação e colaboração com os parceiros dos canais, que podem ser fornecedores, intermediários, provedores de serviços terceirizados e clientes. Em essência, o Supply Chain Management integra o gerenciamento do suprimento e da demanda, internamente e ao longo da cadeia de suprimentos. (Council of Supply Chain Management Professionals, apud LEITE, 2009, p.16).

Na perspectiva de Bowersox, Closs e Cooper (2002), a Gestão da Cadeia de Suprimentos consiste em gerir inter-relações entre atores sujeitos a limitações e escassez, devendo estar as atividades operacionais orientadas

para as necessidades dos clientes de forma a se atingir uma *vantagem competitiva*. Os autores apresentam a cadeia de suprimentos como um fluxo que inter-relaciona as empresas em uma unidade competitiva integrada e coordenada. A figura 3.4 é uma adaptação desses autores de um modelo concebido pela *Michigan State University*:

Figura 3.3: A Cadeia de Suprimentos.



Fonte: Bowersox, Closs e Cooper (2002).

A Gestão da Cadeia de Suprimentos se apresenta como forma de gerir as necessidades de “*relacionamento multiempresas*”, mais apropriada à visão de mercado dos dias de hoje e, ao mesmo tempo, mais compatível com uma visão de rede de suprimentos, conforme afirmam Bowersox, Closs e Cooper, 2002:

o contexto de uma cadeia de suprimentos integrada implica uma gestão de relacionamento multiempresas, inserida numa estrutura caracterizada por limitações de capacidade, informações, competências essenciais, capital e restrição de recursos humanos. Neste contexto, a estrutura e a estratégia da cadeia de suprimentos resultam de esforços para conectar operacionalmente uma empresa aos clientes, assim como às redes de apoio à distribuição e aos fornecedores, a fim de ganhar vantagem competitiva. As operações de negócios estão, portanto, integradas desde a aquisição de materiais iniciais até a entrega de produtos e serviços aos clientes finais (p 23).

No entanto, deve-se salientar que a ideia de uma cadeia de suprimentos pode ser vista com uma metáfora imperfeita, uma vez que raramente o fluxo de bens e/ou serviços apresenta um comportamento operacional linear. Sendo assim, é mais adequado referir-se a ela como uma rede de suprimentos. (Lambert, apud Pires, 2013).

Vale ressaltar, por fim, que a Logística não pode ser confundida com a Cadeia de Suprimentos. Esta é mais ampla e se utiliza das atividades logísticas para a melhoria da eficiência e eficácia da organização. Pode-se conceber a logística como equipamentos, pessoas e processos que prestam serviços de fluxo e guarda para os entes da Cadeia de Suprimentos, notadamente os fornecedores, produtores e o canal de distribuição (distribuidor, varejista e cliente).

3.2.1 – Os Fluxos Logísticos da Cadeia de Suprimentos.

No dia a dia das atividades logísticas da Cadeia e Suprimentos, para que um produto chegue à sociedade com sustentabilidade operacional, são empregados armazéns para gerir matérias-primas e insumos, fábricas para transformar e centros de distribuição para armazenar e entregar os produtos. São necessários, ainda, veículos para transportar, equipamentos para movimentar, ferramentas para manusear, tecnologia para organizar e controlar, e mão-de-obra especializada para gerir todos estes ativos.

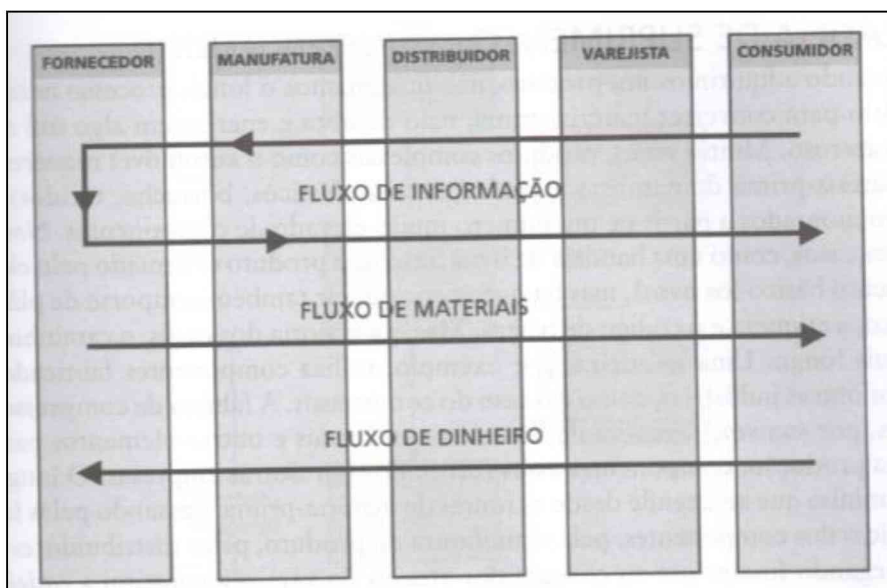
O fluxo direto de bens é o fluxo principal da Cadeia de Suprimentos. Os bens devem ser entendidos como produtos e/ou serviços, que devem fluir do fornecedor de matéria prima até o usuário, passando por unidades de agregação de valor como os centros transformadores. O fluxo direto de bens é o fluxo que é visível e, normalmente, é o principal alvo de investimento e controle.

O segundo fluxo que se apresenta é o de retroalimentação (*feedback*), provendo informações que serão aplicadas à gestão dos processos e da avaliação do desempenho da Cadeia de Suprimentos. A qualidade das informações que fluem no sentido contrário do primeiro fluxo (o direto) é essencial para uma assertiva gestão das operações. Como exemplo podem-se

citar as previsões de demanda, o controle de custos e a avaliação de adequações de capacidade operacional. (Bowersox, Closs e Cooper, 2002).

Na visão de Novaes (2007) e Christopher (2012), o fluxo inverso de informações (*feedback*) enseja também um fluxo direto de informações, em forma de um ciclo. Assim, as informações recebidas são qualificadas e retornadas aos membros da Cadeia de Suprimentos de forma a informar aos gestores sobre a evolução do fluxo de materiais (fluxo direto), como apresentado na figura abaixo:

Figura 3.4: Fluxos Logísticos



Fonte: Novaes, 2007.

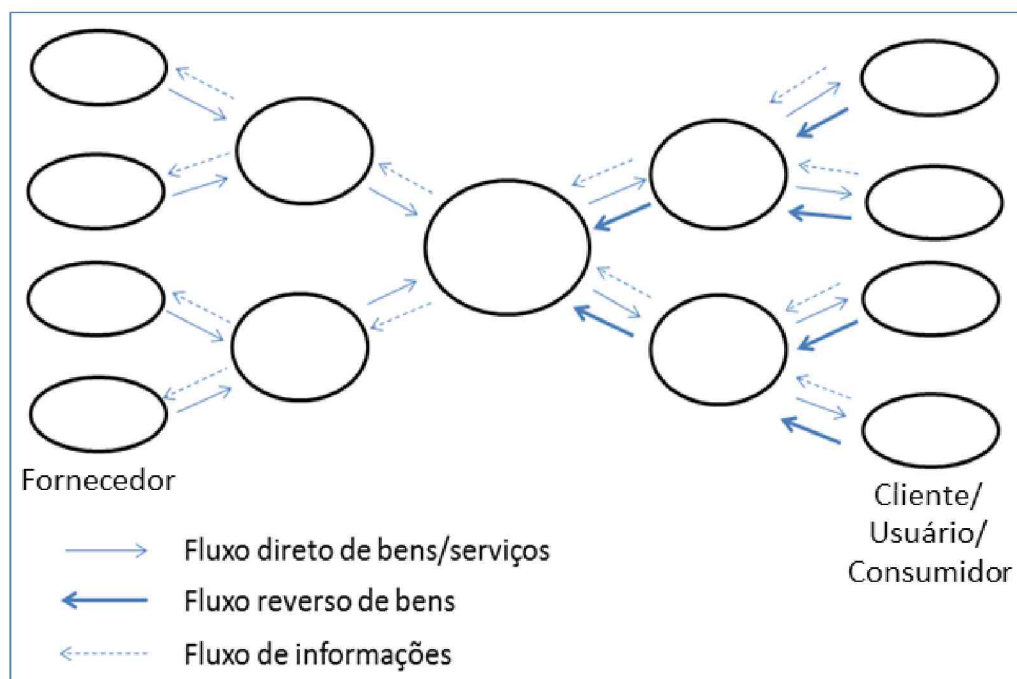
O terceiro fluxo é o financeiro, e acontece em decorrências das atividades de comercialização (fluxo direto). Parte dos entes subsequentes para os antecessores na Cadeia de Suprimentos, no sentido inverso do fluxo direto de bens e/ou serviços. (Novaes, 2007).

Existe, ainda, um quarto fluxo que acontece ao longo da Cadeia de Suprimentos e tende a ganhar importância com o passar do tempo. Trata-se de um fluxo de bens que se caracteriza por ter o sentido reverso (do usuário para a empresa). Este é o fluxo reverso de bens, conhecido pelo nome de Logística Reversa.

Segundo Leite (2009), o fluxo reverso pode ser caracterizado como sendo de *pós-consumo* quando é originário da reutilização de materiais

necessários à utilização do bem principal (como vasilhames e estrados), ou da recolha do produto uma vez finalizada a sua vida útil (como eletrônicos estragados e pilhas velhas). Há 3 (três) subsistemas reversos: reuso, remanufatura e reciclagem. Por sua vez, o fluxo reverso de *pós-venda* acontece quando há um retorno de parte dos produtos não comercializados por variados motivos, tais como problemas de qualidade ou desencontros comerciais. Vale observar que, normalmente, o canal reverso de pós-venda é o mesmo canal direto de distribuição (entrega). Pode-se observar na figura abaixo uma ilustração dos três fluxos logísticos das Redes de Suprimentos:

Figura 3.5: Os três fluxos logísticos das Redes de Suprimentos.



Fonte: adaptado de Harland, apud Pires, 2013.

Como exemplos de logística reversa no dia a dia da população temos os processos de retorno de produtos aos centros de distribuição pela não entrega do pedido, o recolhimento e enchimento de botijões de gás de cozinha e outros vasilhames retornáveis, a reciclagem de embalagens nas ações de sustentabilidade, a troca de produtos com defeito ou validade vencida, ou mesmo, o retorno à unidade de transformação, como no caso de remanufatura de pneus usados.

3.2.2 – A Função e importância do estoque na Cadeia de Suprimentos

Dentro da cadeia/rede de suprimentos, a equilibrar os fluxos de oferta (entrada) e demanda (saída) em um ponto de guarda, está o estoque. O estoque tem a função de amortecer as diferenças de entrada e saída, sejam elas propositais (como uma grande aquisição de matéria-prima para aproveitar uma oportunidade de mercado), ou inesperadas, como no caso de uma demanda frustrada. (Bertaglia, 2009).

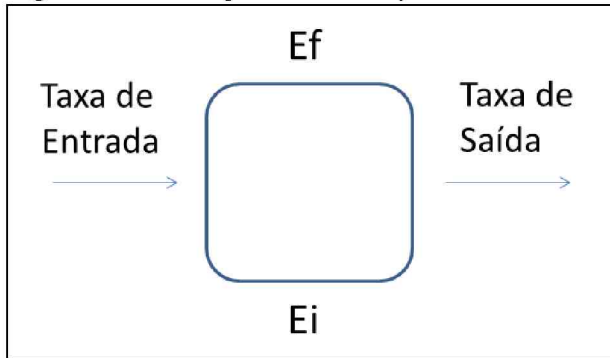
A expressão “amortecer as diferenças” deve ser entendida como a ação do estoque de acomodar as consequências das diferenças de entrada e saída para que o fluxo de bens seja gerido de forma a atender as expectativas do cliente/usuário. Assim, quando em um determinado período de tempo, as entradas (E) superam as saídas (S), o estoque final (Ef) torna-se maior que o estoque inicial (Ei), resultando em um acúmulo (Ac) de material, portanto, um acréscimo de estoque; caso contrário, resultará em um decréscimo, ou seja:

$$E - S = Ac, \text{ assim} \quad (1)$$

$$E - S = Ef - Ei. \quad (2)$$

A relação elementar descrita acima é constantemente empregada na gestão de planejamento de entregas (saídas) e reposições (entradas) nas corporações que lidam com estoque físico. Hoje em dia, comumente associada ao processo de gestão de um armazém, está uma classe de sistemas de informação conhecidos como *Warehouse Management System* (WMS). Estes *softwares* ajudam a gerenciar as entradas e saídas de mercadoria, endereçamento de estoque, inventário, equipamentos, dentre outros, e fornecem relatórios gerenciais para o fluxo de informações da cadeia de suprimentos, conforme ilustrado na Figura 3.6.

Figura 3.6: Função do estoque.



Fonte: elaborado pelo autor.

Cabe lembrar que os estoques finais e iniciais entre períodos de planejamento representam decisões importantes de gestão de risco para as instituições, uma vez que se estes são estoques associados à segurança na manutenção do nível desejado de disponibilidade ^{desejado} para os processos, e assim, na qualidade dos serviços prestados ao usuário/consumidor.

3.2.3 – A Gestão Estratégica da Cadeia de Suprimentos e os Pontos de Decisão Logística.

A Gestão da Cadeia de Suprimentos se tornou uma matéria diretamente associada às estratégias de posicionamento competitivo das organizações modernas. Por sua vez, o que permite às organizações determinar um posicionamento estratégico é a constituição de capacidade para operar e se adequar aos critérios almejados de eficiência e eficácia, os quais determinam o nível de serviços ao usuário/consumidor.

Nas modernas instituições, públicas ou de mercado, um posicionamento Logístico efetivo representa uma contribuição valiosa dentro da estratégia organizacional. Reconhecer os benefícios estratégicos das atividades de GCS vai ao encontro de uma visão de agregação de valor de tempo e lugar, contrapondo-se a entendimentos que enxergam as atividades de fluxo e guarda de materiais apenas como geradores de custos, uma vez que não alteram os benefícios diretos do produto entregue ao usuário/consumidor.

Neste contexto, Christopher (2012) corrobora o trabalho de Michael Porter e seu modelo de agregação de valor, lembrando que, para as

organizações provedoras de bens físicos à sociedade, “a Cadeia de Suprimentos torna-se a cadeia de valor”. (p.11).

Se considerarmos os benefícios ao setor público, as vantagens de competitividade advindas da melhoria de eficácia e eficiência (abordadas por Christopher (2012) como vantagens de *valor entregue* e *vantagem de custo*), podem ser entendidas como vantagens (valor) para a população beneficiada por uma política pública que fosse intensiva em fluxo e guarda de materiais.

Desconsiderando-se o emergente papel estratégico, as organizações públicas ou privadas muitas vezes tratam a Logística e as operações da Cadeia de Suprimentos (CS) como tendo papel tático e atuação reativa. Assim, suas atividades são vistas como fonte de custos, devendo, antes de tudo, ser minimizadas. Esta miopia, segundo Dornier (2000), pode decorrer de fatores como a dominância funcional de outros setores, a visão de curto prazo das contribuições das atividades logísticas e/ou a crença de que estas atividades sejam técnicas e não funções estratégicas do negócio.

A estratégia logística na Gestão da Cadeia de Suprimentos (GCS) pode ser entendida como um conceito multidimensional que engloba as atividades críticas dos programas, conferindo-lhes unidade, direção e propósito. Elas se traduzem em padrões de decisão coerentes, unificados e integrados; determinam o propósito das atividades em termos dos objetivos de longo prazo, com prioridades de ação e alocação de recurso; bem como procura suportar as operações de longo prazo na perspectiva de garantir o serviço frente às oportunidades e ameaças externas. (Dornier, 2000).

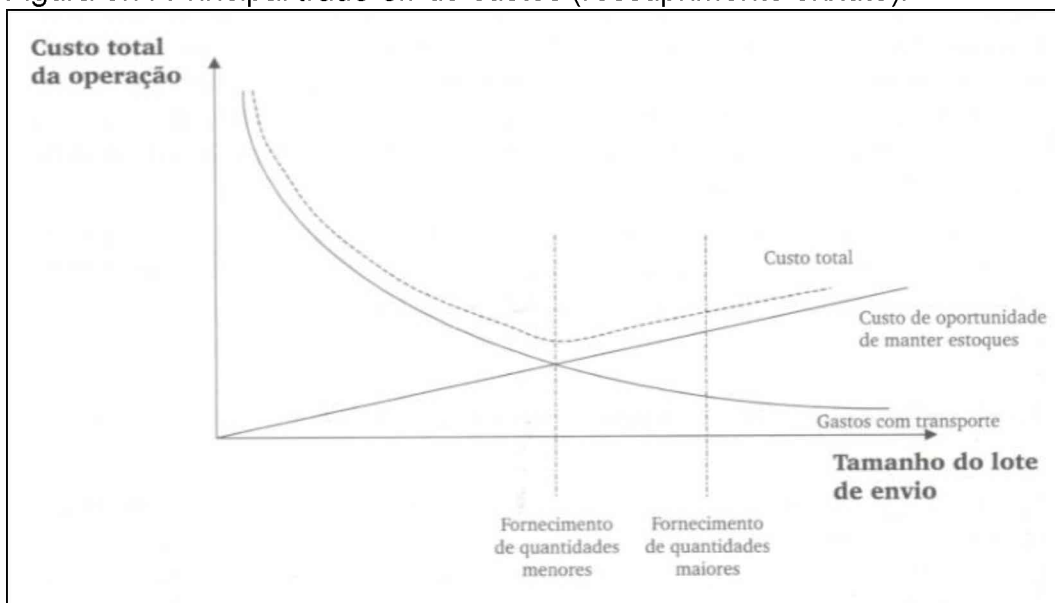
Desta forma, as decisões tomadas acerca dos processos logísticos de um projeto, o caracterizam, o identificam e o diferem de outros projetos, conferindo-lhe uma individualidade. Estas decisões, submetidas a restrições orçamentárias impositivas, são tomadas em detrimentos de outras; assim, busca-se um valor e abre-se mão de outro (os *trade-offs*).

Os *trade-offs* de custo oferecem importantes subsídios para a tomada de decisão. Nos projetos de base logística, merecem destaque as análises de custo, os conceitos de custo total (associado a uma visão do todo), custo de oportunidade (associado ao que se deixa de ganhar com empenho de um recurso em determinada atividade) e o custo incremental (associado ao custo de incluir ou excluir um montante a uma atividade existente), com significativas

possibilidades de influenciar a organização do fluxo de produtos da Cadeia de Suprimentos. (Wanke, 2003a).

Um dos *trade-off's* de custo mais conhecidos e importantes nas operações logísticas é o do ressuprimento enxuto. Por “enxuto” pode-se entender um volume adequado de aquisição, de forma que qualquer incremento ou redução sairá da região ótima. Fora da região ótima opera-se com perda de eficiência da cadeia de suprimentos pelo aumento do custo de aquisição, conforme ilustrado abaixo:

Figura 3.7: Principal *trade-off* de custos (ressuprimento enxuto).



Fonte: Wanke, 2003a.

O preço de compra do bem é apenas uma das considerações para a determinação do lote de compra. Outra importante é o custo de transporte e armazenagem. Assim, uma suposta vantagem no custo do bem adquirido pode ser revertido em desvantagem de custo logístico (transporte e manutenção de estoque), resultando em um custo total pior para o comprador.

No entanto, frequentemente são avaliadas as medidas de custo (eficiência dos gastos) da CS. Da mesma maneira, dimensões de eficácia da Cadeia de Suprimentos, como Qualidade, Serviço e Flexibilidade, além do Custo, devem igualmente receber apropriada atenção. (Dornier, 2000).

As decisões logísticas (*trade-offs*), para Ballou (2006), estão diretamente ligadas às estratégias de planejamento diante de objetivos de nível de serviços

aos usuários/consumidores já definidos. Assim, as decisões em áreas como Estoques, Transporte e Processamento de Pedidos, Armazenagem e Compras só seriam tomadas em função do nível almejado de serviços.

Na visão de Wanke (2003b) há uma pressão muito forte sobre a Cadeia de Suprimentos para a redução dos níveis de estoque, aumento da agilidade no atendimento a pedidos e customização em massa. Assim, as decisões estratégicas de posicionamento logístico são o caminho para o planejamento do custo em função do nível de serviços. Com este entendimento, Wanke apresenta, diferentemente de Ballou (2006), uma visão de Cadeia de Suprimentos que inclui nas decisões estratégicas logísticas o planejamento por fluxo (puxado ou empurrado) e políticas de produção (para estoque ou contra-pedido).

A abordagem de Dornier (2000) sobre as tomadas de decisão inclui mais categorias, em um total de 12 (doze) grandes categorias de decisão. A contribuição do autor se estende por um espectro mais amplo ao abranger a perspectiva das operações globais da Cadeia de Suprimentos e inclui categorias como tecnologias de processo e operações, integração vertical, força de trabalho, organização e qualidade.

Ilustra-se na sequência um quadro comparativo entre as classificações de Wanke (2003), Ballou (2006) e Dornier (2000) acerca das decisões logísticas possíveis em uma cadeia de suprimentos:

Quadro 3.1: Comparativo entre Áreas de Decisão Logística.

Área de Decisão Logística	Natureza da Decisão	Wanke (2003b)	Ballou (2006)	Dornier (2000)
Fluxo de Produtos	Fluxo Puxado ou Empurrado.	X		
Política de Produção	Para estoque ou por pedido.	X		
Alocação de Estoques	Locais e Níveis de Estoque; Volume Centralizado ou Descentralizado.	X	X	X*

Rede de Instalação	Quantidade, tamanho, localização, área de atendimento e integração das Instalações.	X	X	X
Escolha dos Modais	Rodoviário, Ferroviário, Aeroviário, etc.	X	X	X
Processamento dos Pedidos	Procedimento de entrada, processamento e entrega do pedido.		X	
Armazenagem	Recebimento de material, movimentação e layout de estocagem.		X	X
Compras	Seleção de fornecedores, concorrência e pedido.		X	X
Tecnologia de Processo e Organização	Tecnologia de informação (inclusive medidas de desempenho), automação de processos e equipamentos.			X
Integração Vertical	Nível e direção de integração e balanço de capacidade.			X
Qualidade	Padrões e medidas de controle e programas de melhoria.			X
Política de Serviço	Situação (momento) e frequência da entrega.			X
Força de Trabalho	Recrutamento, seleção e remuneração do trabalhador.			X

Fonte: Elaborado pelo autor.

Cabe ressaltar que algumas decisões logísticas são mais aderentes que outras e podem ser verificadas com maior frequência em um segmento ou território, de acordo com determinadas características relativas ao produto, operação e demanda.

Logo, as características do negócio acabam por definir alguns padrões de decisão. No entanto, alerta Wanke (2003b) que as “[...] principais decisões devem ser articuladas ao longo do tempo, permitindo o desenvolvimento de padrões de decisão coerentes com as características do negócio.”, para que, com o passar do tempo, as Cadeias de Suprimentos possam sustentar suas posições estratégicas de valor.

3.3 – A Gestão da Cadeia de Suprimentos no Setor Público.

Pode-se, após a compreensão do conceito de cadeia de suprimentos, questionar se a gestão logística, que se apresenta como um importante fator de sucesso das estratégias empresariais, poderia se tornar também um ponto de decisão ou instrumento de gestão das políticas públicas, de forma a obter melhoria de serviço ao usuário e/ou redução de custo operacional.

Mesmo diante das diferenças entre setor público e privado, não se apagam as semelhanças, uma vez que operações logísticas continuam sendo operações logísticas. Assim, identificar e gerenciar os componentes logísticos, tanto quanto seus aspectos decisórios pode representar um campo de evolução para o setor público, embora seja uma área desprivilegiada no campo acadêmico. (Vaz e Lotta, 2013).

Atualmente, segundo Tridapalle, Fernandes e Machado (2011), os estudos apresentados sobre o tema da Gestão da Cadeia de Suprimentos no setor público concentram-se na utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação, as TICs, visando, majoritariamente, à redução de custos por meio de compras centralizadas. Como o maior representante desta corrente, apresentam-se os pregões eletrônicos. Sobre estes, dispomos de pesquisas acadêmicas que ressaltam vantagens decorrentes da redução de preços em compras realizadas através desta modalidade.

No entanto, “[...] a simples adoção de compras eletrônicas não é suficiente para a exploração dos resultados máximos da gestão dos gastos públicos correntes, pois existem outras oportunidades de melhorias se aplicarmos a análise para as outras etapas da cadeia de suprimentos.” Tridapalle, Fernandes e Machado (2011) também acreditam que os resultados

poderiam ser tão promissores quanto os obtidos na modernização do processo de compras.

Vaz e Lotta (2011) consideram que a discussão sobre a gestão logística integrada, desde que consideradas as particularidades da administração pública, “[...] pode ter impactos significativos em termos de acesso e qualidade dos serviços públicos, além de ter reflexos importantes na questão de eficiência e de controle dos gastos públicos.” (p.135).

Em seu trabalho, Vaz e Lotta (2011) sistematizaram os principais componentes logísticos necessários à implementação de políticas públicas (suprimentos, transportes e serviços de apoio), com provisão direta ou contratação de serviços; assim como os pontos de decisão logística presentes na gestão pública. Para ilustrar esses pontos, é apresentado o Quadro 3.2, elaborado a partir da classificação dos pontos de decisão logística nas políticas públicas, de acordo com o trabalho de Vaz e Lotta (2011).

Quadro 3.2 – Decisões logísticas nas Políticas Públicas e seus contextos.

<i>Pontos de Decisão Logística nas Políticas Públicas</i>	<i>Contexto</i>
1- As Decisões de posicionamento logístico e desenho de rede	
a) coordenação do fluxo de produto	Decisões sobre o estágio da cadeia de suprimentos que aciona o fluxo de materiais e serviços.
b) política de ritmo de produção	Decisões sobre a produção para a ocasião de consumo ou para estoque.
c) alocação de estoques	Decisões sobre quantidade mantida e sobre centralização ou descentralização dos estoques.
d) política de transporte	Decisões sobre a escolha de modais e serviços.
2 – As Decisões sobre o nível de delegação da produção de bens.	
a) estrutura de remuneração pelos serviços	Decisões sobre a forma e os agentes que irão remunerar os serviços prestados.
b) propriedade dos ativos	Decisões sobre o emprego de ativos públicos ou sobre delegação para terceiros.
c) determinação sobre a titularidade dos serviços	Decisões sobre as competências das esferas ou delegação para terceiros.
d) características dos recursos humanos	Decisões sobre a configuração dos recursos humanos empregados.
e) possibilidade e necessidades de controle e regulação	Decisões sobre sistemas e ferramentas de controle e regulação.

3 - Decisões de integração logística na gestão da cadeia de suprimentos.	Decisões sobre integração para otimização de resultados.
4 - Decisões de <i>trade-off</i>	
a) custo versus qualidade	Decisões sobre um maior ou menor custo diante da qualidade dos serviços prestados.
b) custo versus velocidade	Decisões sobre um maior ou menor custo diante da velocidade dos serviços prestados.
c) velocidade versus qualidade	Decisões sobre uma maior ou menor velocidade diante da qualidade dos serviços prestados.
d) nível de serviço versus externalidades negativas	Decisões sobre um maior ou menor nível de serviços diante do surgimento de possíveis externalidades negativas.
e) custo versus redução das externalidades negativas	Decisões sobre um maior ou menor custo diante da redução as externalidades negativas dos programas e políticas.
5 - Aspectos econômico-financeiros das decisões logísticas	Decisões sobre a eficiência na utilização dos recursos públicos

Fonte: adaptado de Vaz e Lotta (2013) pelo autor.

Também na administração pública, é possível acreditar que o conjunto de decisões logísticas tomadas em uma política pública pode representar a identidade, adequada ou não, da cadeia de suprimentos, nos programas de distribuição de medicamentos estaduais que atendem às demandas dos usuários do SUS.

Assim, parece realçar a preocupação de que, sem a devida consideração das decisões logísticas nos arranjos institucionais que sustentam as políticas públicas, principalmente naquelas em que residem exatamente nas atividades logísticas um dos principais fatores de sucesso, perde-se um precioso instrumento na busca de eficiência e eficácia do Estado brasileiro.

3.3.1 – A Descentralização como Estratégia na Assistência Farmacêutica e os Impactos na Cadeia de Suprimentos de Medicamentos.

A descentralização é um princípio do SUS e o sucesso da aplicação desta estratégia depende da cooperação entre os governantes federados

(União, Estados e Municípios) de forma articulada para o benefício do cidadão. (Beltrammi, 2008).

No que concerne às políticas de assistência farmacêuticas, o marco na descentralização foi a Política Nacional de Medicamentos, instituída em 1998. Entretanto, o processo de descentralização iniciou-se antes, com os estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais, constituindo-se nas primeiras experiências descentralizadas da assistência farmacêutica no Brasil (Cosendey, et. al, 2000).

O grande objetivo da descentralização, enquanto estratégia de melhoria da eficiência e eficácia das políticas públicas é o de aproximar o serviço (ação do estado) do cidadão, por meio da distribuição de poder e competências às diferentes esferas de governo para que a gestão municipal possa prover os recursos em nível local. (Teixeira, 1990).

Na visão de Beltrammi (2008), um dos mais importantes instrumentos do processo de descentralização, talvez o mais significativo, é a regionalização. A regionalização pode ser entendida como um processo que considera os estados e municípios as instâncias do poder executivo mais próximas do cidadão, portanto as mais aptas a se adequar (flexibilizar) diante das diferentes características e dinâmicas dos espaços locais. Assim, sob este ponto de vista, o trabalho de Cosendey *et al.* (2000) sobre as primeiras experiências dos estados de Paraná, São Paulo e Minas Gerais, pode igualmente ser visto como uma análise das primeiras estratégias de regionalização da assistência farmacêutica.

No que concerne, em especial, ao desenho da Cadeia de Suprimentos (CS), os gestores públicos dos programas de distribuição de medicamentos podem constituir programas de distribuição efetivos com modelos centralizados, parcialmente descentralizados ou totalmente descentralizados. As únicas atividades imperativas de descentralização nos modelos institucionais do setor público são, pela sua própria natureza, aquelas associadas à gestão da disponibilidade na dispensação do medicamento ao usuário. Todas as outras funções do ciclo de assistência farmacêutica são passíveis de escolha, permitindo decisões de agregação (centralização) em nível estadual, regional ou municipal. (MSH, 2014).

Já no início do processo de descentralização da assistência farmacêutica, os programas pioneiros no âmbito do SUS relatados por Cosendey *et al.* (2000) diferiam entre si na escolha de modelos de distribuição: o estado do Paraná optou por uma distribuição centralizada enquanto os estados de São Paulo e Minas Gerais optaram por uma distribuição descentralizada.

Os impactos da escolha de um modelo descentralizado na Cadeia de Suprimentos (CS) dos programas estaduais de distribuição de medicamentos essenciais no âmbito do SUS são bem significativos e podem afetar diretamente várias funções do Ciclo de Assistência Farmacêutica, como os processos de programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Os arranjos institucionais centralizados diferem dos descentralizados na medida em que diferem nas escolhas (pontos de decisão logística) do programa de distribuição de medicamento, como alocação de estoque, propriedade de ativos, decisões de transporte, produção e/ou compras.

Arranjos que visam à centralização da Cadeia de Suprimentos de programas públicos de medicamentos caracterizam-se pela aquisição e pelo armazenamento coordenado em nível central para, em seguida, distribuí-los aos níveis mais próximos aos usuários ao longo da CS. Já nos arranjos descentralizados, as regiões são responsáveis por receber, armazenar e distribuir os medicamentos, e, em certos casos, também por adquiri-los. (MSH, 2014).

Entre as vantagens da descentralização da CS destacam-se a redução do custo de manutenção de estoque e a distribuição física. A descentralização tende a reduzir o número de níveis e, por conseguinte, o volume estocado nos elos intermediários, ocasionando redução no custo de armazenagem e transporte.

Em contrapartida, as desvantagens passam pela maior exigência de coordenação, dificuldade com múltiplos fornecedores e possíveis problemas de iniquidade no sistema, principalmente em regiões mais distantes submetidas a maiores custos e menores concorrências. (MSH-1997, apud Cosendey, *et al.*, 2000).

Vale ressaltar a relevância das secretarias de saúde na avaliação dos custos totais do sistema público de distribuição de medicamentos. Custos como o de transporte e armazenagem não somem totalmente do sistema com o processo de descentralização. Em muitos casos, grande parte dos custos é transferida para o ente a jusante na CS (a região) ou a montante (o fornecedor), que, em vista de um sistema descentralizado para entrega, incorpora os custos de distribuição ao preço dos medicamentos.

Outro ponto importante do processo de descentralização dos programas de distribuição de medicamentos diz respeito à adequação do modelo às características específicas e/ou às necessidades dos usuários dos SUS. Quando se discutem, por exemplo, o nível e a localização dos estoques, deve-se manter em mente que os estoques da CS têm a função de tentar garantir a disponibilidade do bem; assim, reduzi-los, significa diminuição de custos, no entanto, significa igualmente submeter o sistema a um maior risco de ruptura de estoque (falta de medicamento).

A busca da eliminação dos estoques em modelos descentralizados pode tornar os estoques regionais desprovidos de amortecimento na etapa anterior da CS, precisando aumentar seus volumes para evitar discontinuidades. Sobre este particular, Wanke *et al.* (2006) relatam em seu estudo que melhoram os índices de eficiência e eficácia dos estoques mais avançados (mais próximos ao usuário), ou seja, das regiões, na medida em que são apoiados por um estoque intermediário da CS.

Outra questão importante é que os modelos descentralizados tendem a perder a vantagem em termos de economia de escala. Assim, muitos arranjos descentralizados atuam para estabelecer um arcabouço institucional para a centralização das compras e entrega descentralizada para as regiões, sob a coordenação da unidade central e forte apoio de um sistema de informação que permita considerar as demandas desagregadas e transformá-las em programações agregadas de aquisição. (MSH, 2014).

Entretanto, não se pode deixar de lado, quando da elaboração de políticas públicas de assistência farmacêutica, as características das cadeias de suprimentos típicas do segmento, uma vez que o segmento farmacêutico se caracteriza por lidar com produtos de alto valor agregado, por necessitar de

uma distribuição de alta capilaridade, e, dentre outras, por conviver com altos riscos de perda, como por dano e vencimento.

As cadeias de suprimentos constituídas do segmento farmacêutico brasileiro, com base em uma análise multissetorial comparativa dos cinco padrões de decisão logística de Wanke (2003b), têm preferências por fluxos empurrados com produção para estoque (100%) e alocação de estoque em arranjos centralizados (80%).

Por fim, um fator de alta relevância para programas de distribuição de medicamentos no âmbito do SUS pelos estados federativos brasileiros é da existência de um laboratório farmacêutico no arranjo institucional concebido para a CS dessa política. (Cosendey, *et. al*, 2000).

Isto porque os programas de medicamentos podem ser estruturados apenas para distribuir aquilo que adquirem de laboratórios oficiais ou particulares. No entanto, quando existe a possibilidade de contar com um laboratório no programa, as decisões logísticas que envolvem a produção de medicamentos (tipo de medicamento, coordenação de fluxo e ritmo de produção, por exemplo) passam a incrementar o leque de alternativas a serem tomadas.

Não obstante, deve-se atentar para o fato de que podem existir contradições entre o posicionamento estratégico da indústria e a da distribuição, de forma que melhores níveis de estoque e serviços nos elos mais próximos ao usuário (pontos de dispensação) “[...] dependem de operações "não-enxutas" na indústria, como a produção empurrada e a distribuição escalonada”. (Wanke, *et. al*, 2003a).

Capítulo 4 – O Processo de Regionalização e a Gestão da Cadeia de Suprimentos das Políticas de Assistência Farmacêutica em Minas Gerais.

O direito constitucional de acesso a medicamentos qualificados, com dispensação especializada e uso racional, vem sendo perseguido intensamente

por governos estaduais desde as primeiras experiências descentralizadas, quando Paraná, São Paulo e Minas Gerais estruturaram seus sistemas de distribuição de medicamentos, e, com o tempo, obtiveram resultados representando considerável progresso. (Cosendey, *et. al*, 2000).

Com o passar do tempo, outras unidades da federação também constituíram arcabouço institucional para oferecer os medicamentos (insumos básicos para a saúde) via Sistema Único de Saúde (SUS), multiplicando assim as estruturas públicas em nível estadual e, por vezes, em nível municipal.

Com o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica (AF) do SUS, foram surgindo *pari passu* os problemas associados à gestão dos programas, como os advindos da baixa disponibilidade de medicamentos, algumas vezes observados nos pontos públicos de dispensação (Guerra, *et al.*, 2004) outras também nos jornais impressos e televisivos.

Não obstante sua crescente importância, a gestão da Cadeia de Suprimentos (CS) da Assistência Farmacêutica do SUS constituiu-se, até hoje, em um tema de incipiente investigação pela academia, como observaram Tridapalle, Fernandes e Machado (2011) e Vaz e Lotta (2011).

A importância da Logística para a assistência farmacêutica pode ser vista sobre várias óticas.

Tem o momento financeiro, de gestão mesmo, porque é muito dinheiro, muito dinheiro para ser tratado de qualquer jeito, então precisa ter o acompanhamento adequado; do quesito técnico, o medicamento é um insumo muito delicado, tem que garantir rastreabilidade, tem que garantir condições adequadas de transporte e armazenamento, a gente tem “um tanto” de medicamento termolábil sujeito a controle especial, então é um insumo que exige cuidado. (Entrevistado 1).

Até hoje ela [Assistência Farmacêutica] sofre com dessa cultura de não haver uma cadeia de suprimentos bem definida. Sabe-se bem quem compra e quem dispensa, mas como isso chega na ponta... as estruturas são bastante complexas, dos estados e municípios. Para falar a verdade, acho que não se tem a visão de gestão de cadeia de suprimentos dentro do sistema, não. Agora os gestores têm ficado assustados porque, a cada ano que passa, mais gente vai sendo processada por perda, falta, compra emergencial de medicamentos, então as pessoas começam a compreender a necessidade de organizar isso, mas muito por causa das consequências da desorganização e não por causa de um planejamento para organizar. E como é muito fragmentada a responsabilidade no sistema, todos teriam que fazer tudo, todos os entes teriam que fazer tudo, porque parte é federal, parte é estadual e parte é municipal. Então complica muito. Você tem cadeias de suprimentos que se complementam e se conectam, cada módulo de

almoxarifado para outro almoxarifado...para outro almoxarifado, para chegar no paciente. Então isso, teoricamente, tem uma definição clara, mas isso não está tão bem instrumentalizado, sob o meu ponto de vista. (Entrevistado 2).

Mesmo cientes os gestores públicos de que “*a logística no setor público é algo que deve ser estudado e ter um intervenção qualificada e mais profissional*” (Entrevistado 3), a administração pública como um todo, parece persistir no paradoxo de Fleury¹, quem sabe alçado a um superparadoxo, uma vez que, em um contexto onde as atividades logísticas são evidenciadas pela sua importância para as organizações modernas, a gestão da cadeia de suprimentos das políticas públicas permanece vista como de baixo cunho estratégico, mesmo quando as políticas ou programas têm exatamente nas atividades logísticas algumas das suas funções mais fundamentais de agregação de valor.

4.1 - O Ciclo de Assistência Farmacêutica e a Gestão da Cadeia de Suprimentos de Medicamentos Básicos no Âmbito do SUS.

Como preconizado pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), a gestão pública se orienta pelo modelo lógico do Ciclo de Assistência Farmacêutica. Na prática, este ciclo se tornou a representação mais aproximada de uma Cadeia de Suprimentos (CS) de programas de distribuição de medicamentos no âmbito dos SUS. (Entrevistado 2). (Entrevistado 3).

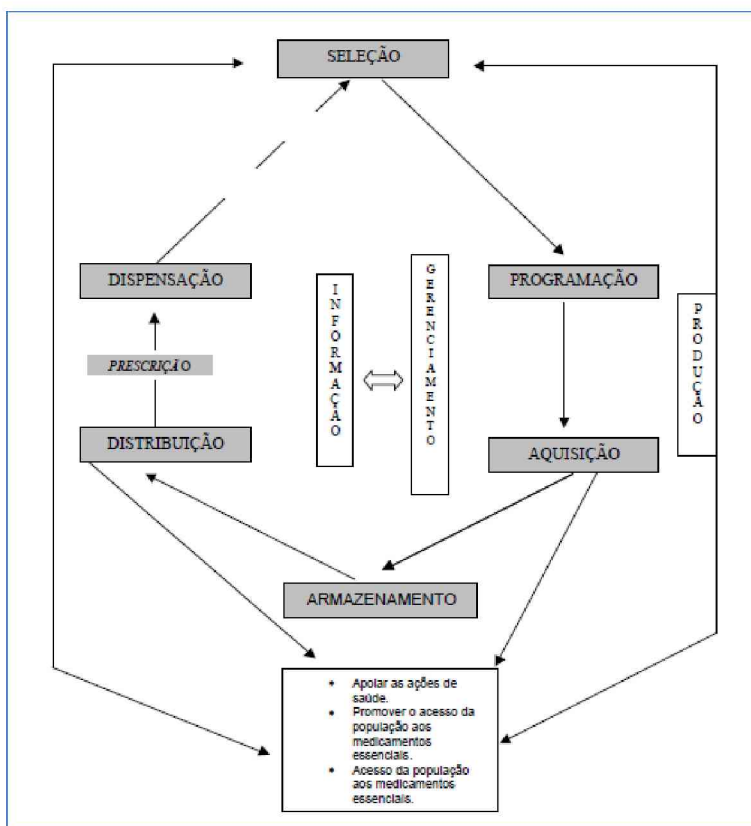
1. O paradoxo de Fleury foi discutido no Capítulo 3. Segundo o autor, houve um enorme lapso temporal entre a antiga e constante utilização da Logística nas sociedades modernas e a aceitação do tema na academia. Para Fleury, demorou-se a descobrir os benefícios da administração logística nas empresas privadas.

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. O ciclo é dividido em Seleção, Programação, Aquisição, Armazenagem, Distribuição e Dispensação. O resultado final, ou o nível de serviço, resultará da eficiência e eficácia da gestão das etapas e do ciclo como um todo, assim:

a execução de uma atividade de forma imprópria prejudica todas as outras, comprometendo seus objetivos e resultados. Como consequência, os serviços não serão prestados adequadamente, acarretando insatisfação dos usuários e, apesar dos esforços despendidos, evidenciam má gestão. (CONASS, 2011).

A Figura 4.1 mostra as etapas do Ciclo de Assistência Farmacêutica presente nas políticas de assistência farmacêutica norteadoras do atendimento ao usuário do SUS.

Figura 4.1 Ciclo de Assistência Farmacêutica.



Fonte: Ministério da Saúde. (Brasil, 2006).

Nas políticas de assistência farmacêutica,

basicamente, as gerências ou coordenações estaduais têm a responsabilidade de coordenar as atividades relacionadas ao ciclo da Assistência Farmacêutica, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações. (CONASS, 2011).

Assim, o Ciclo de Assistência Farmacêutica parece exercer caráter orientador para os programas da área, permitindo, no entanto, menor teor analítico, principalmente no que se refere à gestão dos processos da cadeia de suprimentos, suscitando dois questionamentos:

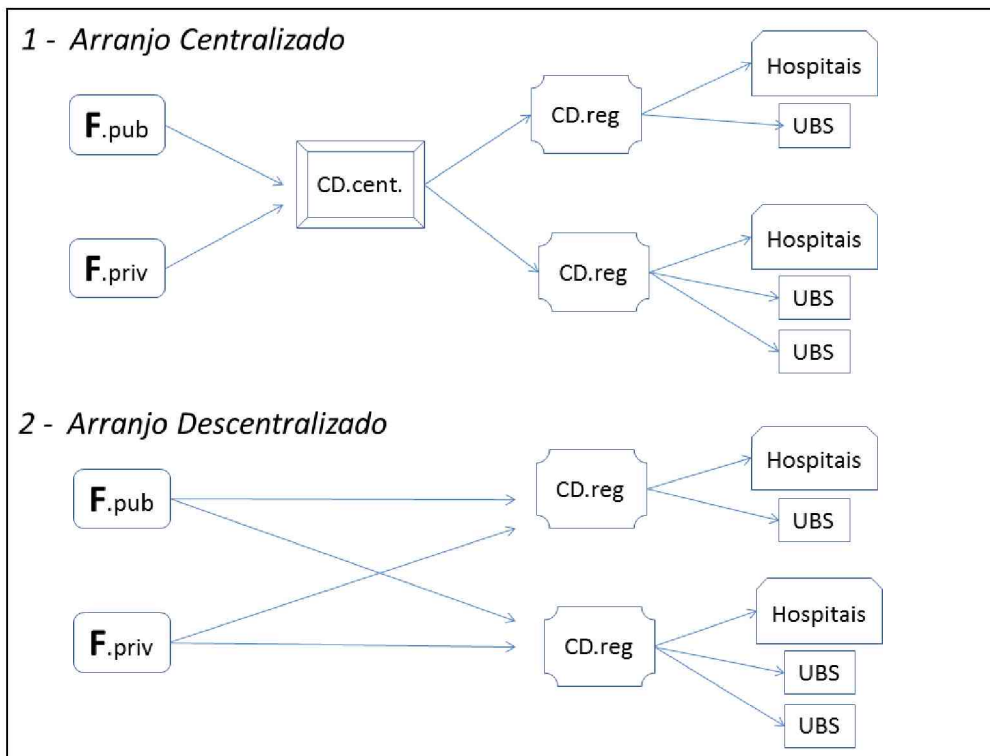
- se o Ciclo de Assistência Farmacêutica, do ponto de vista da Cadeia de Suprimentos, é realmente um ciclo, e

- se, do ponto de vista da Cadeia de Suprimento, os fluxos logísticos estão plenamente considerados no modelo.

Com relação ao primeiro questionamento, pode-se supor que, à luz da literatura pesquisada, a Cadeia de Suprimentos não pode ser considerada como cíclica, uma vez que não há retorno de bens do usuário ao fornecedor de matéria prima e insumos, opinião compartilhada pelos 3 entrevistados deste trabalho.

Abaixo se encontra uma ilustração de 2 (duas) cadeias de suprimentos típicas de programas públicos de distribuição de medicamentos. A primeira representação é de uma CS centralizada e a segunda, de uma descentralizada.

Figura 4.2: Fluxo de Bens em Cadeias de Suprimentos Típicas dos Programas Públicos de Medicamentos no Âmbito do SUS.



Fonte: elaborado pelo autor, adaptado de MSH (2011).

A partir desta diferença conceitual, já questionada por Acúrcio e Guerra (2000), supõe-se que o ciclo idealizado pela Assistência Farmacêutica na PNM e pela PNAF se utilizou de um modelo em que são considerados no ciclo outros aspectos operacionais não relacionados exclusivamente ao fluxo de bens da rede de suprimentos.

O questionamento do caráter cíclico do Ciclo de Assistência Farmacêutica pode também ser contextualizado pela análise dos outros fluxos da cadeia de suprimentos, levando ao segundo questionamento, sobre a consideração no Ciclo de Assistência Farmacêutica dos fluxos logísticos na sua totalidade.

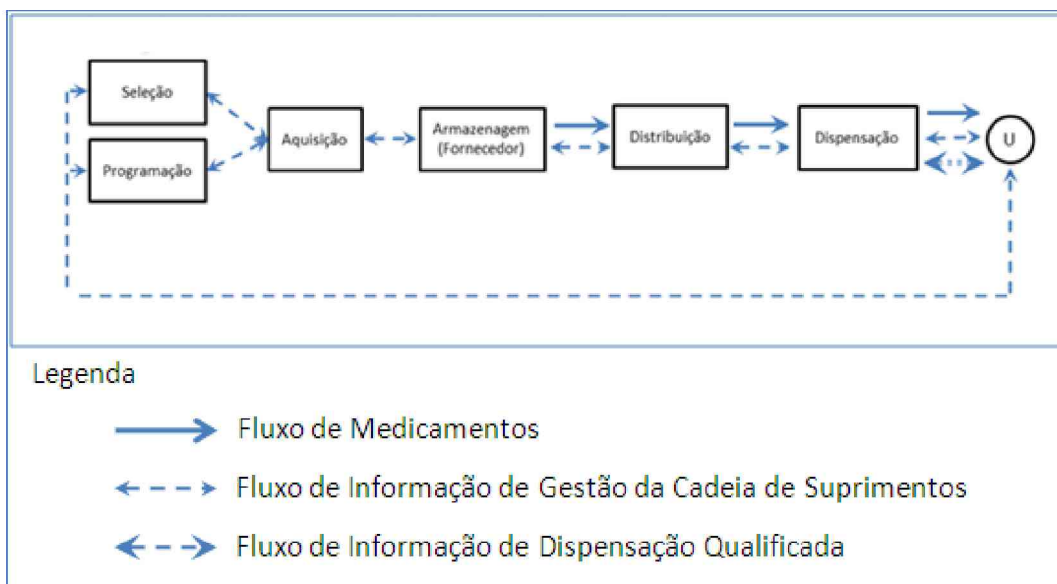
Ao considerarmos os fluxos direto, reverso e de informações (deixemos de lado, neste momento, o fluxo financeiro, menos citado na literatura e bastante peculiar no serviço público), pode-se constatar que a seleção, a programação e a aquisição são etapas do fluxo de informação da cadeia de suprimentos, e não dos bens físicos (medicamentos). Assim, o Ciclo de Assistência Farmacêutica parece considerar etapas diferentes de fluxo (bens e informações) como cíclicas.

Tendo em vista como é apresentado, pode-se indagar se este modelo privilegiaria as informações diretamente pertinentes à administração pública, ou seja, as etapas de seleção, programação e aquisição, as quais são a base para o planejamento da aquisição (compra) pelo Estado, ignorando a informação no sentido direto (no mesmo sentido do fluxo de bens). Ao tomar como análise o fluxo direto das informações, verifica-se que elas são informações gerenciais de administração das etapas operacionais de Armazenamento e Distribuição.

Outro fluxo pouco, ou nada, considerado é o fluxo reverso de bens, tão importante para evitar perdas de produtos por vencimento nos estoques de estados e municípios e/ou dar destinação correta aos medicamentos vencidos. Em relação à logística reversa, o Ciclo de Assistência Farmacêutica não aborda este fluxo, ficando ele fracamente sugerido em documentos complementares à PNM e à PNAF.

A Figura 4.3 ilustra o Ciclo de Assistência Farmacêutica do ponto de vista dos fluxos direto e reverso de medicamentos e do fluxo de informação, e este último sim, de caráter cíclico.

Figura 4.3: O Ciclo de Assistência Farmacêutica na Perspectiva da Cadeia de Suprimentos dos Programas Centralizados de Distribuição de Medicamentos.



Fonte: elaborado pelo autor.

O modelo apresentado na Figura 4.3 apenas desconsidera o fluxo financeiro. Optou-se por desconsiderar este fluxo uma vez que não é objeto de discussão deste trabalho a análise de pagamentos das políticas de assistência

farmacêutica brasileira, além do fato de que este fluxo tem peculiaridades e arranjos institucionais muito particulares em comparação com a literatura pesquisada, que se concentra nas atividades da iniciativa privada.

Por fim, nesta breve análise sobre o Ciclo de Assistência Farmacêutica do ponto de vista das atividades logísticas da Cadeia de Suprimentos, cabe um olhar para considerar a natureza das informações que fluem no sentido direto, o mesmo do fluxo de bens, notadamente as informações de gestão do fluxo e guarda.

Quando os produtos submetidos aos processos de fluxo e guarda da CS são medicamentos, têm-se bens de alto valor agregado a exigir grande esforço de conservação. Na prática, isso significa maior esforço na condução das boas práticas operacionais, no controle do lote pelo prazo de validade e no rigor com a rastreabilidade dos produtos. No entanto, são técnicas e informações em forma de parâmetros de operação, passíveis de serem gerenciadas por qualquer profissional qualificado da administração de materiais, ao contrário da informação de dispensação, a qual somente o farmacêutico pode prover ao usuário.

Assim, a informação do SUS aos usuários, advinda da orientação do farmacêutico e tão importante para promover o uso racional do medicamento, é uma informação que acompanha a entrega do bem físico e não tem função gerencial.

A orientação para o uso racional dos medicamentos realizada na etapa de dispensação do Ciclo de Assistência Farmacêutica, deve ser vista como fundamental para a efetividade da política pública, o que qualifica este fluxo específico de informação como de altíssima agregação de valor ao usuário que, somado às altas disponibilidade e acessibilidade), podem ser classificados como valores primordiais entregues pelo programa de atenção farmacêutica aos usuários do sistema SUS.

4.2 – A Trajetória Logística da Política de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais.

Foi em 1997 que o estado de Minas Gerais instituiu seu programa de assistência farmacêutica. Em sua primeira fase, o programa estava focado nos pequenos municípios e contava com a coordenação da Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Foi concluída, após estudos das Diretorias Regionais de Saúde, avaliação da lista de medicamentos da CEME, da lista de medicamentos essenciais da OMS e dos programas estaduais de São Paulo e do Paraná, uma lista de 36 medicamentos básicos. Estes foram distribuídos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 250 municípios com população abaixo de 20.000 habitantes, selecionados com base nos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da Fundação João Pinheiro. (Cosendey, *et al.*, 2000).

O arranjo centralizado da cadeia de suprimentos foi o escolhido por Minas Gerais, porque a FUNED produzia a imensa maioria dos itens constantes no elenco básico do programa. O que não provinha da Fundação era adquirido de maneira centralizada para obter os benefícios da compra em grande escala, benefício quase inacessível ao município, principalmente aos de menor porte. Assim, foi pactuado que os recursos da União e dos municípios seriam colocados à disposição do estado para compra e distribuição centralizadas. (Entrevistado 3).

Os medicamentos saíam de um único ponto que concentrava as atividades de gestão de armazenamento e de transporte. O centro de armazenamento ficava nas instalações da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), a qual administrava a guarda e o transporte dos medicamentos direto às UBS. (Cosendey, *et al.*, 2000). (Entrevistado 1). (Entrevistado 3).

Por meio deste modelo centralizado, o programa obteve certo êxito, porque alcançou aproximadamente 250 municípios em 1997, 550 municípios em 1998 e 705 municípios em 1999, ou seja, 100% dos municípios mineiros com população inferior a 20.000 habitantes. (Cosendey, *et al.*, 2000).

No entanto, a partir dos anos 2000, em contexto de constante crescimento da demanda, o modelo do programa de assistência farmacêutica mineiro foi, paulatinamente, mostrando-se claudicante em suas funções, a de atender as necessidades de tempo e lugar dos municípios, de forma a evitar rupturas de estoque e falta de medicamentos. (Entrevistado 3).

Os ciclos de aquisição eram poucos, três por ano, o que do ponto de vista logístico, certamente não é boa característica. Grandes períodos de

ressuprimento exigem manter maiores estoques para suportar o período até um novo abastecimento. (Entrevistado 3).

Outros problemas diziam respeito não só aos prazos dilatados entre ciclos de pedido, mas também aos advindos da difícil relação com os fornecedores/distribuidores da cadeia de suprimentos. Quando ocorriam falhas na entrega ou erro no pedido, o problema requeria meses para ser sanado em função do aguardo de uma nova rota para o município. (Entrevistado 3).

Nesta primeira fase da política farmacêutica estadual, não havia um sistema de informação que auxiliasse a gestão da distribuição dos medicamentos. Assim, eram utilizadas planilhas eletrônicas em *Excel* para enviar os pedidos dos municípios e o banco de dados, em *Access*, para consolidá-los.

Outro problema oriundo da falta de estrutura adequada era como garantir a confiabilidade das informações repassadas, uma vez que não existiam controles tais como usuário e senha para cada garantir a autoridade ou mesmo a autenticidade da fonte. (Entrevistado 1).

A gente recebia uma planilha de Excel de uns quarenta itens, depois evoluiu para uns setenta, de um e-mail pessoal que a gente não tinha certeza se trabalhava no município ou não, e considerava isso para abastecer. (Entrevistado 1).

Com a estrutura logística pressionada e os recorrentes problemas de desabastecimento de medicamentos nos municípios mineiros, houve em 2008 uma reformulação do programa e a proposição de objetivos de cobertura mais ambiciosos, além de maior foco na dispensação qualificada e melhoria dos serviços farmacêuticos para o uso racional. (Minas Gerais, 2008). (Entrevistado 1) (Entrevistado 2). Com isso, a trajetória da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais entraria em uma nova fase.

4.2.1 – O Programa Farmácia de Minas e a Estruturação da Cadeia de Suprimentos

O programa de assistência farmacêutica Farmácia de Minas foi “reestruturado” em 2008, principalmente sob dois aspectos. O primeiro referia-

se ao baixo nível das boas práticas existentes na cadeia de suprimentos, a ressaltar a baixa presença dos farmacêuticos no SUS mineiro (pouco mais de quatrocentos para os 853 municípios). (Entrevistado 2).

O segundo dizia respeito à estruturação da cadeia de suprimento do programa. Neste período, o Estado contava com relativa estrutura para dispensação, mas os municípios, com raríssimas exceções, não contavam com isso. Assim, o Estado buscou resolver os aspectos ligados à logística e às boas práticas apoiando os municípios dentro do modelo centralizado já existente. (Entrevistado 2).

Um fator estruturante da melhoria das boas práticas farmacêuticas foi a implantação da rede de unidades de dispensação do programa. Neste local, os medicamentos passaram a ser armazenados adequadamente e dispensados aos cidadãos do município de forma orientada para a promoção do uso racional. (Entrevistado 1).

A unidade de dispensação do programa tornou-se um ponto de referência ao centralizar o atendimento farmacêutico. Isto possibilitou racionalizar custos em municípios com varias unidades de atendimento à saúde (UBSs, Hospitais, etc.), e/ou garantiu a presença de pelo menos um profissional farmacêutico atuante em tempo integral em cada município de Minas Gerais. (Entrevistado 2).

No entanto, com a estruturação da rede de dispensação a demandar cada vez mais medicamentos nos municípios, a gestão da cadeia de suprimentos passou a ser vista como prioridade, ensejando uma adequação da estrutura operacional à nova realidade do programa. (Entrevistado 1). (Entrevistado 2). (Entrevistado 3).

As atividades de distribuição que se iniciaram com a FUNED (depois passaram para um armazém da SES que empregou os Correios no auxílio ao modelo), não atendiam às necessidades dos municípios e os gestores da estrutura logística do Estado sofriam pressão para a profissionalização dos processos logísticos. (Entrevistado 3).

Em 2011, o elenco de medicamentos básicos havia aumentado em quase cinco vezes desde o início do programa e a FUNED já não mais fornecia medicamentos básicos, por opção de seu plano estratégico. (Entrevistado 3).

Do ponto de vista operacional, a SES encontrava dificuldades de conseguir alvarás de funcionamento e buscava meios de conseguir maior flexibilidade na contratação de serviços - como para a manutenção de equipamentos - para a própria adequação operacional às necessidades do sistema. (Entrevistado 3).

Somando-se os pontos acima citados com a avaliação dos gestores à época de que a aquisição descentralizada nos municípios seria muito menos eficiente, optou-se pela manutenção do modelo centralizado com a inclusão na cadeia de suprimentos da figura do Operador Logístico.

Para tal, foi contratada uma consultoria de mercado para elaborar o projeto (o estudo e a definição do modelo) para, em seguida, ser realizada a licitação. O vencedor foi o consórcio Saúde Logminas. (Entrevistado 3).

4.2.1.1 – O Operador Logístico

O volume de medicamentos distribuídos cresceu consideravelmente no início dos anos 2000, pressionando as estruturas distributivas do sistema. Diante da impropriedade de um investimento público que sustentasse estrutura compatível com a crescente demanda de espaço, equipamentos, máquinas e veículos, decidiu-se pela terceirização das etapas de armazenamento e a distribuição mediante operador logístico contratado. No entanto, o operador logístico vencedor da licitação mostrou-se totalmente incapaz de realizar as operações com um mínimo de eficácia. (Entrevistado 1). (Entrevistado 3).

Os problemas surgiram quando as empresas consorciadas, após um período de seis compreensivos meses de adaptação, não conseguiam administrar o sistema de forma a atender minimamente às expectativas depositadas sobre elas. (Entrevistado 1).

As falhas de distribuição se multiplicavam e as soluções encontradas ou sugeridas nem sempre eram condizentes com as boas práticas de armazenagem e transporte de medicamentos. Um exemplo relatado foi a adoção da estratégia de entrepostos criada pelo operador logístico para manipular a carga e montar os pedidos dos municípios, quebrando a lógica centralizada da cadeia de suprimentos. (Entrevistado 1).

Em 2013 foi realizada uma auditoria pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) que constatou vários problemas de desabastecimento no programa, em sua grande maioria causados pela incapacidade de gestão do consórcio criado exclusivamente para prestar tais serviços ao estado de Minas Gerais. (Entrevistado 1).

Ponto a merecer melhor investigação neste contexto é a influência dos editais de licitação na seleção do operador logístico. O primeiro edital não permitia a participação de consórcios, critério questionado, em seguida, pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). Diante da alegação de que este por demais restringia as opções e aumentava o leque concorrencial, elaborou-se outro edital permitindo a associação de empresas logísticas, desde que comprovassem capacidade prévia. Foi então que o citado consórcio ganhou a licitação para armazenar e distribuir medicamentos no programa. (Entrevistado 1).

O consórcio vencedor da licitação contava com duas empresas de especialidades diferentes, uma realizava atividades de armazenagem e a outra de transporte. Fora alegado que a não contratação de uma única empresa que dominasse ambas as operações teria resultado em divergências quanto aos objetivos individuais, evidenciando uma falta de alinhamento entre ambas a prejudicar consideravelmente o desempenho do consórcio contratado. (Entrevistado 3).

Outro fato de destaque resultou da falta de infraestrutura instalada no estado mineiro para a prestação dos serviços na cadeia de suprimentos do programa, tendo o consórcio que adequá-la enquanto assumia as atividades em um contexto de aumento da demanda do sistema. (Entrevistado 1).

Além da inadequação da estrutura operativa, atingindo equipamentos e veículo (o operador não tinha frota própria e contratava outras empresas no mercado de fretes baseado na característica do traslado e na necessidade do momento), destacavam-se como problemas a manipulação inadequada e desorganizada da carga nos entrepostos e a perda, por conseguinte, da sua integridade da carga e da rastreabilidade dos medicamentos a partir do depósito central da SES. (Entrevistado 1).

Ainda, pode-se apontar a falta de integração entre o sistema de gestão de armazéns do operador logístico e o Sistema Integrado de Gestão da

Assistência Farmacêutica (SIGAF) como fator negativo a contribuir para o desempenho ruim do Operador Logístico. (Entrevistado 1).

No entanto, os problemas de estrutura apresentados são obstáculos contornáveis quando tratados sob a égide da competência, não representando, necessariamente, um problema intransponível em rumo a uma atuação mais eficaz. (Entrevistado 2). Lamentavelmente para os gestores, o cerne dos resultados frustrantes estava na própria incapacidade gerencial das empresas do consórcio vencedor da licitação. (Entrevistado 1).

Além da discussão sobre a licitação do operador logístico, é importante destacar nesta análise a dificuldade intrínseca em operar o modelo centralizado. 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, opção fora das pretensões das políticas públicas, uma vez que operar esse modelo não representaria a finalidade primordial da atuação do Estado. (Entrevistado 3).

Há mais um ponto relevante na discussão sobre o modelo centralizado, em adição ao ponto de ineficiência operativa do modelo. Com o aumento da demanda dos municípios, o volume dos medicamentos repassado pela cadeia de suprimentos do Estado não era suficiente para atender às demandas, necessitando-se adquirir produtos fora do escopo do programa, o que tendia a reduzir a eficiência global deste. Assim, o modelo centralizado também representava um obstáculo para a eficiência na medida em que não era capaz de atender os municípios, nem em um volume adequado, nem em quantidade de itens que atendesse à demanda. (Entrevistado 3).

Instituída a Regionalização na assistência farmacêutica mineira, o novo modelo dispensou, ou a reduziu 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. A partir da Regionalização, o estado de Minas Gerais passou a assumir os papéis de fomento, gestão e regulação, atribuindo maior participação no modelo ao setor privado, na expectativa de maior eficiência logística global do sistema. (Entrevistado 3).

4.1.1.2 - O Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF)

Até a implantação do Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF) em 2008, o processamento de informações era feito sem qualquer padronização, em papéis apresentados de forma não padronizadas ou em planilhas eletrônicas. (Entrevistado 1). (Entrevistado 2).

As planilhas recebidas dos municípios eram consolidadas para a programação. Por vezes, quando se dispunha de funcionários qualificados para tal, utilizava-se um programa de banco de dados para consolidar a programação final. Este trabalho era longo, pouco produtivo e sujeito a erros dos mais diversos tipos. (Entrevistado 1).

Era ainda fundamental às pretensões do programa que houvesse um sistema de informação capaz de suportar uma operação mais complexa, garantir uma forma de controle do usuário (com senha), conferir segurança à operação, registrar a dispensação e ao mesmo tempo funcionar como instrumento de melhoria da gestão da cadeia de suprimentos do programa. (Entrevistado 1).

De concepção moderna inspirada na arquitetura de *software* da empresa de comércio eletrônico *Amazon*, o SIGAF incorporou todas as rotinas necessárias ao SUS em um sistema *Just in Time*, disponibilizando informações aos gestores em tempo real. O sistema gerencia produtos e finanças, controla a distribuição e o transporte (incluindo acerto de carga) com possibilidade de parametrização em todos os pontos. A qualquer momento o gestor “[...] podia entrar lá [no SIGAF] e programar. A programação está imediatamente disponível para ser consolidada pelo estado, para embasar uma decisão.” (Entrevistado 2).

A lógica do sistema considera um trio de informações centrais: Usuário, Cadastro (Local) e Crédito. O local está associado ao conceito de Região (ligada a uma secretaria municipal) e Sub-Unidade Regional (como uma UBS ou um hospital). Assim que um usuário é identificado, é “oferecido” a ele uma lista de medicamentos definidos previamente, baseada no seu perfil,

similarmente à lista de ofertas da empresa Amazon. No entanto, as “ofertas” são limitadas pelo crédito. Quando o usuário compra pelo SIGAF, o valor do pedido é descontado de seu limite de crédito, atualizando o saldo disponível para as compras futuras. (Entrevistado 2).

De posse dos pedidos o sistema consolida as cargas para serem distribuídas pelas regiões, e emite as ordens de faturamento de transporte. Ao planejar a distribuição, o SIGAF considera todas as opções de estoque da rede para o abastecimento da região, seja ela um estoque central ou um regional, como um hospital. Basta que o estoque esteja cadastrado e habilitado na rede de distribuição para ser considerado pelo sistema. (Entrevistado 2).

A agilidade e flexibilidade do sistema, no entanto, dependem basicamente de dois fatores: da manutenção do cadastro de usuários e da necessidade de que as posições de estoque estejam sempre atualizadas. Se as informações presentes nos sistema forem confiáveis, são necessários, no máximo, 4 funcionários para atender os 853 municípios do estado de Minas Gerais. (Entrevistado 2).

Assim, até 2014, a implantação do SIGAF pareceu ter atendido às necessidades de gestão da cadeia de suprimentos para o programa de assistência farmacêutica do SUS no estado de Minas Gerais. (Entrevistado 1). (Entrevistado 2).

A partir de 2015, o potencial do sistema seria posto à prova com o processo de Regionalização, mas o SIGAF como um todo estava preparado para adequações, se exercida opção por outros modelos de gestão, inclusive pelo modelo descentralizado. (Entrevistado 2).

Em 2017, o SIGAF está sendo adaptado para uma atuação mais gerencial da SES/MG, mostrando o seu “DNA de integração”. Estão em desenvolvimento rotinas de gestão compartilhada com os municípios, tal como a inclusão de ciclos extraordinários de pedidos de medicamentos. Outra parceria pode ser celebrada com o Tribunal de Contas do Estado (TCE), com o desenvolvimento de instrumentos de controle de boas práticas de compras pelos governos locais. (Entrevistado 3).

4.1.2 – O Programa Farmácia de Todos e a Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais.

Convencidos os gestores dos limites do modelo centralizado para a cadeia de suprimentos dentro das pretensões almejadas de eficiência e eficácia da assistência farmacêutica em Minas Gerais, o programa estadual passou em 2015 por uma nova concepção administrativa e operacional, tendo ocorrido profundas alterações ao se optar pela Regionalização da assistência farmacêutica mineira.

Os conceitos aplicados no processo de Regionalização visavam à menor participação do Estado como operador do modelo e à maior, como gestor da política pública, de forma a promover maior eficiência e eficácia na política de assistência farmacêutica. (Entrevistado 3).

Para promover a Regionalização, foram definidas na deliberação CIB-SUS MG Nº 2.164, de 19 de agosto de 2015, três opções de adesão do município ao programa Farmácia de Todos. As opções de adesão do programa Farmácia de Minas eram:

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.

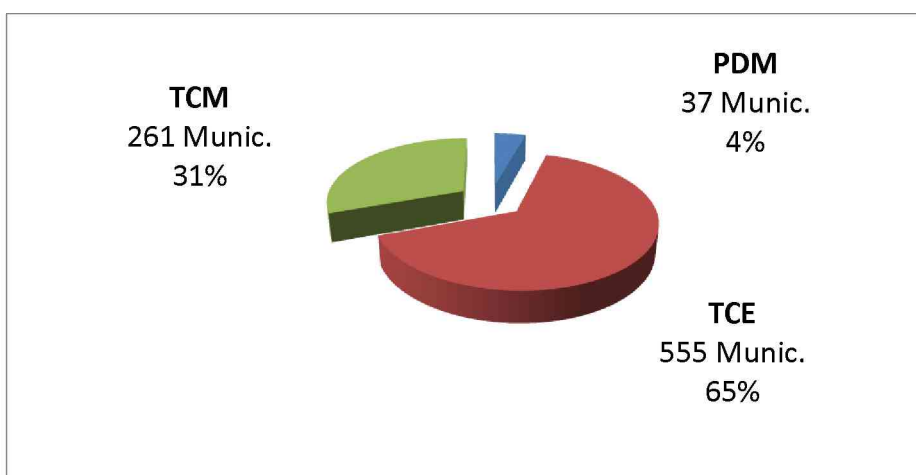
III – *Totalmente Centralizada no Estado (TCE)*: Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde e são aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos no anexo I e I desta Deliberação. (Minas Gerais, 2015b).

Quando a deliberação CIB-SUS MG Nº 2.064, de 24 de Fevereiro (Minas Gerais, 2015a) definiu a opção dos municípios mineiros, foi possível elaborar uma breve análise sobre as características dos optantes dos três grupos (TCM, PDM e TCE).

Destaque-se que, como o financiamento da assistência farmacêutica utiliza frequentemente de parâmetros populacionais para o repasse financeiro, uma informação avaliada sob o ponto de vista do número de habitantes de determinado conjunto, também pode ser encarada como sendo proporcional ao repasse financeiro destinado àquele grupo.

Abaixo são apresentados dados e informações referentes às características da fase de adesão não compulsória do programa de Regionalização da assistência farmacêutica mineira, quando foi possível optar entre as três formas de gestão. O Gráfico 4.1 traz informações sobre a adesão dos municípios do ponto de vista geral do programa.

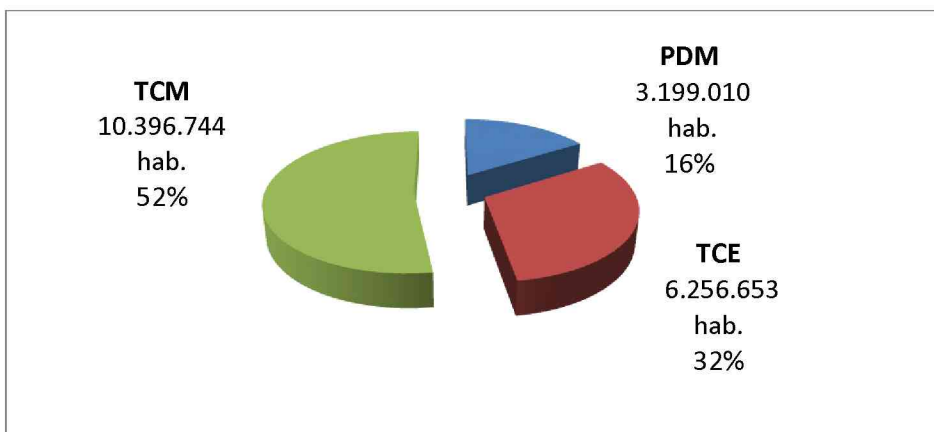
Gráfico 4.1 – Adesão dos Municípios aos Modelos de Gestão do Programa Farmácia de Minas.



Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

Índice de 31% de opção pelo TCM, 261 em 853 municípios, percebe-se bom grau de adesão dos municípios mineiros a um modelo de gestão com mais autonomia local. No entanto, o Gráfico 4.2 pode demonstrar melhor o grau de aceitação da Regionalização da política farmacêutica pelos municípios mineiros.

Gráfico 4.2 – Adesão dos Municípios aos Modelos de Gestão do Programa Farmácia de Minas (em habitantes).



Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

O Gráfico 4.2, diferentemente do 4.1, avalia a aceitação dos municípios pelo número de habitantes que passaram a ter serviços farmacêuticos prestados dentro dos diferentes modelos de gestão. Desta feita, parece claro o êxito da Secretaria de Estado da Saúde (SES) na promoção da Regionalização, uma vez que na sua primeira tentativa, conseguiu estender o modelo Totalmente Centralizado no Município (TCM) a mais da metade da população do estado de Minas.

Pode-se alimentar um pouco mais as análises em torno das opções dos municípios pelos modelos centralizados, totalmente ou parcialmente descentralizados, se introduzirmos critérios de porte de município.

Quadro 4.1 – As Opções dos Municípios por Porte (Quantidade)

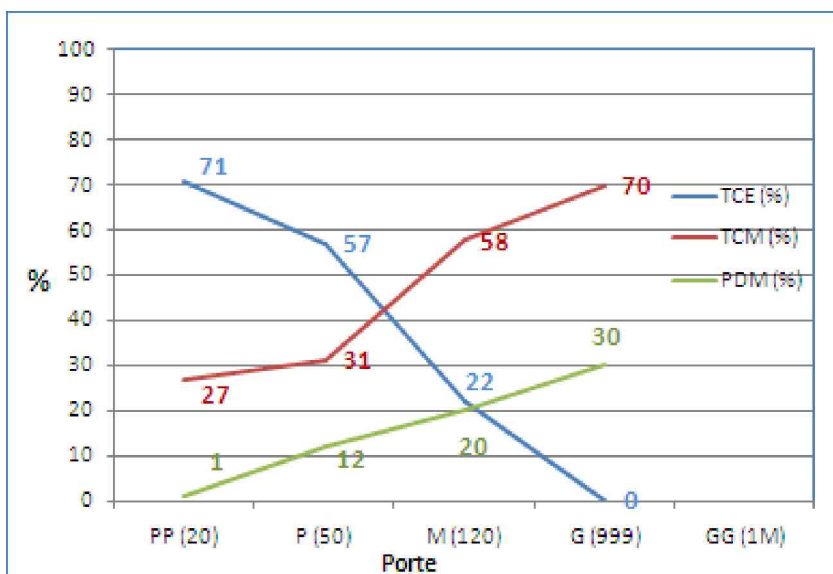
Rótulos de Linha		Contagem de Município			
▣ G (999 mil)		20	%	Opção	Predominante
PDM	6	30%			
TCM	14	70%		TCM	
▣ GG (1M)		1			
TCM	1				
▣ M (120 mil)		45			
PDM	9	20%			
TCE	10	22%			
TCM	26	58%		TCM	
▣ P (50 mil)		112			
PDM	13	12%			
TCE	64	57%		TCE	
TCM	35	31%			
▣ PP (até 20 mil)		675			
PDM	9	1%			
TCE	481	71%		TCE	
TCM	185	27%			
Total Geral		853			

Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG N° 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

O Quadro 4.1, mostra que os municípios optaram segundo algumas características e padrões. A pactuação ocorreu por porte com base na soma dos números de municípios por opção (PDM, TCM e TCE). Os percentuais referem-se à frequência na opção escolhida entre os modelos dentro das categorias de Porte: GG – acima de um milhão de habitantes; G – até 999.000 habitantes; M – até 120.000 habitantes; P – até 50.000 habitantes e PP até 20.000 habitantes.

Padrão constatável é que à medida que aumenta o porte do município, aumenta também a preferência pelo modelo TCM em detrimento do TCE. Assim, por motivos não discutidos neste trabalho, os municípios de maior porte mostraram maior interesse em aderir ao modelo que mais atribui responsabilidades aos gestores municipais, como sugere o Gráfico 4.3 abaixo.

Gráfico 4.3 – Preferência (%) dos Municípios Mineiros por Porte.



Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

A preferência dos municípios de maior porte por uma política com maior autonomia municipal de gestão também pode ser percebida se considerado o número de habitantes de cada município (Quadro 4.2) repartidos pelas três pactuações possíveis, na primeira fase do programa Farmácia de Minas.

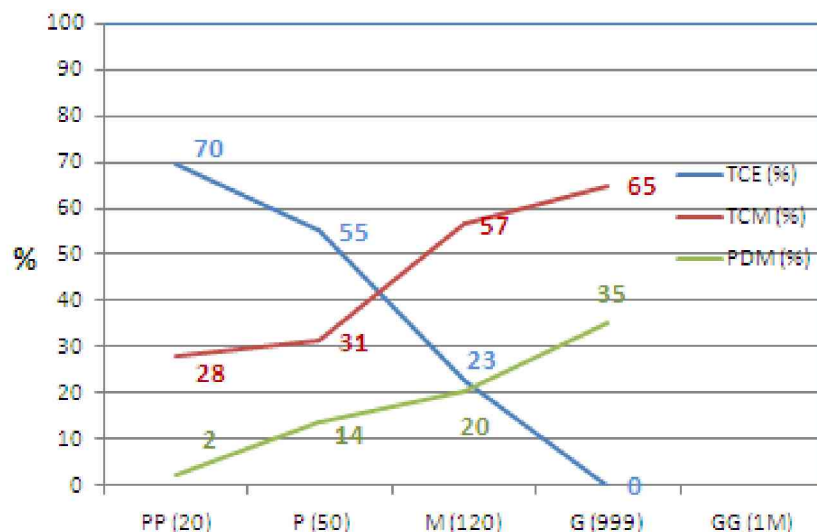
Quadro 4.2 – As Opções dos Municípios segundo o Porte (Habitantes).

Soma de População	Rótulos de					Total Geral	%
Rótulos de Linha	G (999)	GG (1M)	M (120)	P (50)	PP (20)		
PDM	1.891.160		725.021	456.771	126.058	3.199.010	16%
TCE			808.473	1.842.537	3.605.643	6.256.653	32%
TCM	3.493.312	2.395.785	2.022.568	1.044.297	1.440.782	10.396.744	52%
Total Geral	5.384.472	2.395.785	3.556.062	3.343.605	5.172.483	19.852.407	

Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

Se elaborada uma análise em percentuais similar ao Gráfico 4.1, ver-se-á este mesmo padrão mostrado segundo o critério de número de habitantes dos municípios. Veja-se o Gráfico 4.3.

Gráfico 4.3 – Tendência de Preferência dos Municípios (Habitantes)



Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG Nº 2.064. (Minas Gerais, 2015a).

Decorrida breve análise do perfil dos municípios mineiros de acordo com sua pactuação no programa de assistência farmacêutica mineiro, passemos à discussão do uso de um instrumento fundamental na implantação do modelo Regionalizado em Minas Gerais, a Ata de Registro de Preços².

4.1.2.1 – A Utilização da Ata de Registro de Preços e a Distribuição Descentralizada.

Para sistematizar a gestão das compras de medicamentos no modelo regionalizado em Minas Gerais e, ao mesmo tempo, permitir que se utilizasse a logística privada, foi instituído um instrumento de gestão que os administradores públicos mineiros adaptaram de práticas observadas no programa de medicamentos básicos do estado do Espírito Santo, as **atas de registros de preços** na aquisição de medicamentos. (Entrevistado 3).

2. As atas de registro de preços são um recurso usado na contratação de bens e serviços, por meio de licitação na modalidade de concorrência ou pregão, em que as empresas assumem o compromisso de fornecimento a preços e prazos registrados previamente. A contratação só é realizada quando melhor convier aos órgãos e às entidades que integram a ata. Fonte: Fiocruz (2017).

Efetivada a adesão do município às atas de registro de preços, e uma vez apresentado o seu pedido, a entrega dos medicamentos partia do fornecedor diretamente para esse município. Assim a logística de distribuição utilizada no modelo era a mesma da rede privada, ou seja, ligada ao fornecedor. (Entrevistado 3).

Dentro desta concepção, e diferentemente do centralizado, o modelo descentralizado não apresentava limitações operacionais (logísticas), assim, 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. Assim, o elenco de medicamentos oferecido pôde ser ampliado, e passou de 145 itens para até 340 itens, o que melhorou a cobertura para o município. (Entrevistado 3).

No entanto, pela diferença significativa das características regionais, e como forma de não restringir as licitações às grandes empresas com atas globais de volume gigantesco, optou-se por incentivar a concorrência com atas de preços regionalizadas. O que se observou foi que, quando os lotes de aquisição eram muito grandes, a curva da economia de escala se invertia ao restringir a concorrência nos certames, reduzindo a eficiência na aquisição. (Entrevistado 3).

Quando foram estudadas as possíveis localizações dos laboratórios fornecedores em potencial, percebeu-se que se concentravam na região do Triângulo Mineiro e no sul do estado, com quase nenhuma presença na região norte e nordeste. Diante da influência do custo operacional de distribuição no preço final do medicamento colocado no município, tomou-se a decisão de entregar uma região próxima e outra distante dos centros produtores ao ganhador de uma determinada ata. (Entrevistado 3).

Esta estratégia de agrupamento de regiões para compor uma ata de registro de preço - dentro de uma legítima política logística de “comeu o filé, tem que roer o osso” - pode ser vista como uma forma de tratar com mais equidade as possíveis diferenças de preços entre atas das regiões, sabido que existem significativas diferenças de custo logístico de entrega para regiões distintas do estado de Minas Gerais. (Entrevistado 3).

Somente o município de Belo Horizonte tem uma ata exclusiva de registro de preços. As outras atas são todas compostas, associando diferentes regiões. Pelo edital, as empresas fornecedoras são obrigadas a entregar em qualquer lugar da região, independentemente do local do município ou do volume do pedido. (Entrevistado 3).

Na prática observou-se que a demanda reprimida dos municípios fez elevar o volume comprado em ata, em comparação com o volume adquirido no modelo centralizado. Assim, muitas empresas farmacêuticas foram atraídas pelo maior volume e maior número de itens no elenco do programa. (Entrevistado 3).

Os ciclos de compra passaram de três (3) por ano no modelo centralizado para cinco (5) por ano no modelo descentralizado, podendo ocorrer ciclos extraordinários na medida da necessidade dos municípios, como para corrigir posições de estoque que flutuaram mais que o esperado. (Entrevistado 3).

Também foi pactuado em parceria com o TCE e Ministério Público, que o Município só poderia comprar “fora da ata” de registro de preços se conseguisse adquirir a um preço inferior aos preços das atas do estado. Em caso de inadimplência do Município, foi definido que o estado pode suspender o acesso dos usuários às atas de registro de preços, assim como o repasse de recursos. (Entrevistado 3).

Como os resultados das primeiras adesões ao modelo Totalmente Centralizado no Município (TCM) foram avaliados internamente pelos administradores públicos como muito significativos, a SES decidiu estender a opção TCM de forma compulsória à totalidade dos municípios mineiros. (Entrevistado 3).

Assim, em 2017, com exceção feita a um pequeno grupo (30 a 40 municípios) que, por terem optado pelo modo Parcialmente Descentralizado no Município (PDM) e serem classificados como de gestão plena dos fornecedores, não aderiram ao projeto da Regionalização, todos os outros municípios mineiros administram seus recursos financeiros no formato Totalmente Centralizado no Município. (Entrevistado 3).

Capítulo 5 – Características, Avanços e Desafio da Estratégia de Descentralização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais.

Ao analisarmos a trajetória da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais, podemos ter a impressão de certo serpentear institucional, que se fez necessário para adequar os programas aos meios necessitados para sustentá-los. Similar, guardadas as proporções e contexto, com a trajetória de adaptação do Estado capitalista discutido no primeiro capítulo deste trabalho.

Cabe ressaltar a preocupação dos três entrevistados em evidenciar que a correta assistência farmacêutica proposta para o SUS é muito mais que gerir a cadeia de suprimentos a fim de garantir a disponibilidade dos medicamentos aos usuários. A orientação para o uso racional, prestada no momento da dispensação pelo farmacêutico é tão importante para a eficiência do programa quanto, por exemplo, a redução de custos de transporte.

Para endossar a afirmação, tomemos o medicamento Omeprazol. Foram realizadas pesquisas na rede de farmácias do estado mineiro com as quais se constatou que apenas 25% das prescrições deste medicamento eram de fato necessárias, ou seja, 75% das prescrições dos médicos para este medicamento eram desnecessárias ao paciente. Em outros casos pesquisados, chegou a 50% a taxa de não adesão a um tratamento por parte do paciente. (Entrevistado 3).

Assim, *neste contexto*, a adequação da prescrição do profissional de saúde e o uso racional do medicamento podem também ser vistos como estratégias de melhoria da eficiência do modelo.

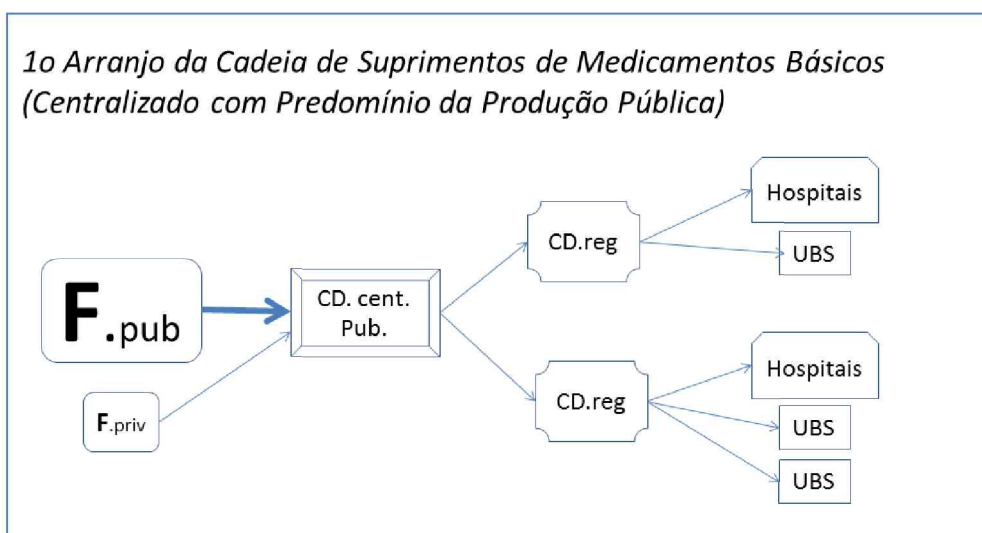
5.1 – Questões relevantes no processo Regionalização da Assistência Farmacêutica de Minas Gerais.

Na discussão da eficiência e eficácia da cadeia de suprimentos da assistência farmacêutica mineira, alguns pontos importantes para a compreensão do arranjo institucional implantado com o processo de Regionalização iniciado no ano de 2015 foram aqui abordados isoladamente, a saber:

A – O Arranjo Descentralizado da Cadeia de Suprimentos.

A mudança na estrutura da cadeia de suprimentos do programa foi um dos pontos mais importantes para a construção da identidade do modelo regionalizado. Ao revisitarmos os modelos de cadeia de suprimentos utilizados ao longo dos últimos 20 (vinte) anos (1997 a 2017), podemos destacar três modelos fundamentais na trajetória logística do programa de Minas Gerais, como apresentados nas Figuras 5.1, 5.2 e 5.3.

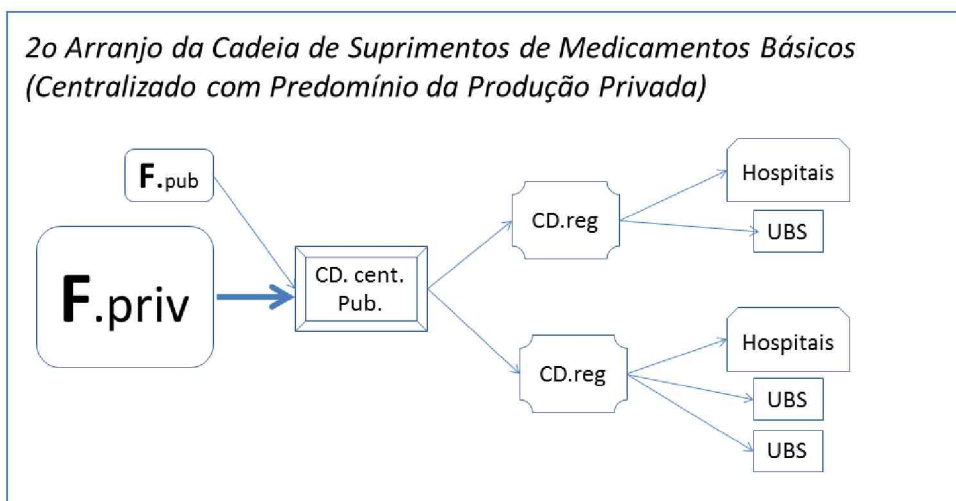
Figura 5.1 – Arranjo Centralizado com Predomínio da Produção Pública.



Fonte: elaborado pelo autor.

O primeiro arranjo representa a fase inicial do programa, quando a FUNED era responsável por quase a totalidade dos medicamentos produzidos e distribuídos. O centro de distribuição central público representado no arranjo ficava dentro das instalações da própria FUNED.

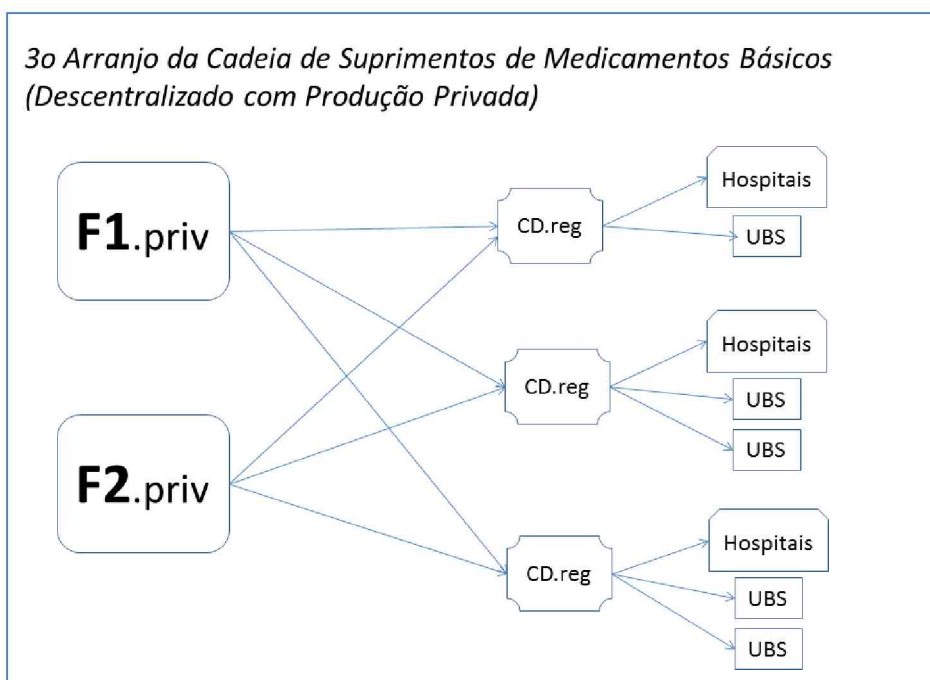
Figura 5.2 – Arranjo Centralizado com Predomínio da Produção Privada.



Fonte: elaborado pelo autor.

A Figura 5.2 ilustra o 2o arranjo da cadeia de suprimentos do programa. Nesta fase, a produção de medicamentos básicos da FUNED reduziu-se consideravelmente e os fornecedores privados, de maior capacidade produtiva e maior economia de escala, passaram a oferecer medicamentos com preços altamente competitivos, o que os tornou a base do fornecimento neste modelo. No entanto, com a Regionalização da assistência farmacêutica em 2015, passou-se ao 3o arranjo, como mostra a Figura 5.3.

Figura 5.3 – Arranjo Regionalizado com Predomínio da Produção Privada.



Fonte: elaborado pelo autor.

Com este arranjo, reduziram-se consideravelmente os custos de armazenagem e manutenção de estoques, assim como o custo do montante de medicamentos estocados. Atualmente a FUNED não participa mais do fornecimento de medicamentos básicos e, não obstante, continua fornecendo medicamentos estratégicos ao programa Farmácia de Minas. (Entrevistado 3).

B - Papel da FUNED

A Fundação Ezequiel Dias (FUNED) foi quem conduziu, nos anos 1990, o processo de descentralização no estado de Minas Gerais. A atuação da Fundação foi essencial na implantação da cadeia de suprimentos do programa estadual de medicamentos. A FUNED coordenou o programa durante os primeiros anos e instituiu um modelo centralizado, seguindo o programa Dose Certa de São Paulo. (Cosendey, et. al, 2000).

O programa conseguiu atingir, entre 1997 e 1999, aproximadamente 700 municípios, o que representava a totalidade dos municípios mineiros com até 20.000 habitantes e também logrou êxito nas ações estruturantes para uma mudança de modelo. (Cosendey, et. al, 2000).

Nos primeiros anos, o elenco de medicamentos básicos era majoritariamente fornecido pela FUNED, situação que se modificou com o vigoroso aumento do número de itens no elenco e do volume de medicamentos dispensados pelo programa estadual. (Entrevistado 1). (Entrevistado 3).

No entanto, diante da concorrência dos grandes laboratórios nacionais e internacionais a apresentar preços bastante competitivos para os medicamentos básicos, a FUNED optou por concentrar suas atividades na produção de medicamentos estratégicos, de maior valor agregado. (Entrevistado 1). (Entrevistado 2). (Entrevistado 3).

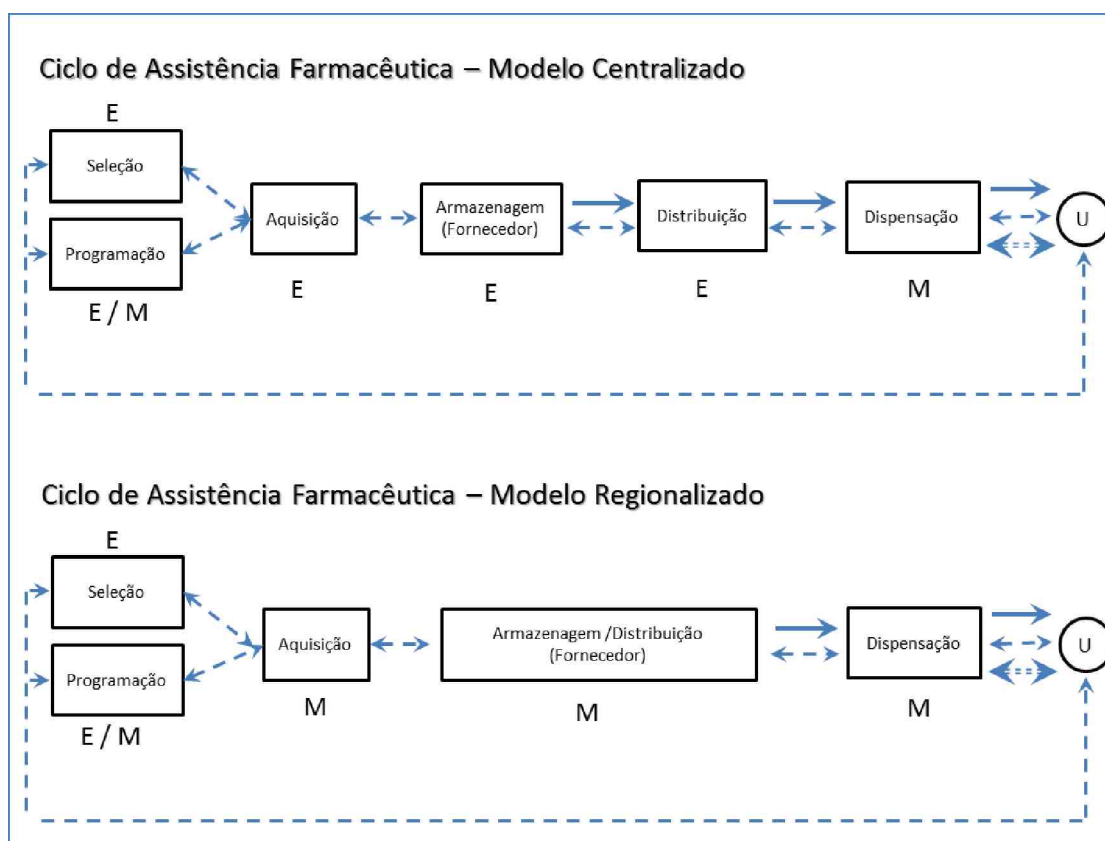
Por fim, não se observaram mudanças nos aspectos produtivos da FUNED face aos desdobramentos havidos na Regionalização. O ambiente produtivo dos setores farmacêuticos retratado por Wanke (2003b), no qual a quase totalidade das indústrias opera modelos produtivos empurrados com produção em massa para o estoque, não se faz diferente na FUNED em função da mudança de modelo.

Neste aspecto, características do ramo industrial farmacêutico, tais como o alto custo de investimento em capacidade fabril e linhas rígidas de produção, dentre outros, parecem prevalecer sobre qualquer estratégia competitiva do mercado.

C – As Competências de Gestão da Cadeia de Suprimentos

Com a Regionalização, a gestão da cadeia de suprimentos sofreu nova pactuação, ou seja, novos papéis foram atribuídos aos entes federados estadual e municipais. A Figura 5.4 ilustra a repactuação com base no ciclo revisitado de assistência farmacêutica, em forma de processo, com a letra “E” identificando a competência do estado de Minas Gerais e “M”, a dos municípios.

Figura 5.4 – As Definições de Competências na Regionalização.



Fonte: elaborado pelo autor.

Como indicado pela figura, onde a cadeia de suprimentos é apresentada como um processo, as etapas de aquisição, armazenamento e distribuição, geridas pelo município, constituem os pontos substanciais das mudanças concretizadas pela Regionalização.

Vale ressaltar que as etapas de armazenamento e distribuição continuam a existir fisicamente e, no entanto, na prática, passam a ser geridas de forma única. Sob a gestão do município e execução pelo fornecedor, estas duas etapas não mais se destacam separadamente no processo, uma vez que, em não havendo um depósito central, não são passíveis de serem diferenciadas pelos gestores públicos.

D – A Gestão das Atas de Registro de Preços.

Com relação à utilização das Atas de Registro de Preços, constata-se que se trata de dispositivo fundamental para o modelo regionalizado do estado mineiro.

As atas são instrumento 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 volume e medicamento a adquirir, assim como as regiões a abastecer com entrega a ser efetuada pelo vencedor da Ata. Mesmo que o município seja integrante do programa estadual, portanto habilitado a comprar medicamentos pela ata de registro de preços do estado, caso encontre preços mais baratos para tais medicamentos poderá comprá-los destas outras fontes. Para isso, basta reunir antes a documentação pertinente e depois justificar a aquisição ao Tribunal de Contas do Estado (TCE).

O emprego das atas de registro de preços pode ser considerado fundamental para o modelo, mas também pode ser percebido como fator possível de insucesso. Logo, é necessário gerir adequadamente as atas, mantendo-as atualizadas e representativas das melhores negociações com os diversos fornecedores disponíveis no mercado farmacêutico.

Também é necessário garantir a sua correta utilização pelos municípios. Neste modelo o município deve decidir utilizá-las ou não, sempre na busca do menor preço total unitário para um determinado medicamento, e isso é fundamental para concretizar a eficiência operativa do programa.

E – Os Possíveis Impactos na Demanda Judicial.

Com relação aos impactos na demanda judicial de medicamentos, os três entrevistados convergem para a visão de que o processo de Regionalização não causará alterações significativas.

Os argumentos centrais dizem respeito ao fato de que tais ações são normalmente ajuizadas contra o estado e o município, independentemente das responsabilidades relativas destas duas esferas, e assim permanecerão quaisquer que forem as alterações na cadeia de suprimentos promovidas pelo processo de Regionalização.

E ainda prevalece o argumento de que os medicamentos mais visados nas demandas judiciais são os estratégicos e os especiais, e não os básicos, que são mais baratos e mais fáceis de encontrar.

F – A Gestão dos Estoques e as Possibilidades de Descontinuidade no Sistema Regionalizado.

Para se discutir a possibilidade de ruptura de estoque, que mesmo dentro dos melhores modelos de gestão acontecem com relativa frequência, buscou-se destacar possíveis situações causadoras da falta de medicamentos e os efeitos respectivos sobre os sistemas.

A primeira causa é a ausência de recursos para a aquisição, o que é empecilho cabal em qualquer modelo. No entanto, caso as atas de registro de preços atinjam seus objetivos de redução do custo do medicamento, o sistema se tornará mais eficiente uma vez que as verbas “renderiam mais”, já que os recursos públicos comprariam um volume maior de medicamentos.

A segunda causa é a falta por demora excessiva no ressuprimento. Neste particular, já abordado, há tendência de melhoria na eficácia uma vez que foram introduzidos mais ciclos ordinários (agora 5 por ano), além dos extraordinários. O ciclo do pedido dos municípios reduziu-se de 128 dias para 45 dias (em média). (Entrevistado 3).

O aumento do número de pedidos no ano e a redução do tempo do ciclo do pedido auxiliam na manutenção de estoque mais baixo nas unidades regionais, o que colabora para a eficiência geral do programa ao reduzir a necessidade de imobilização de recursos públicos com a manutenção de um volumoso estoque para suportar longos períodos entre pedidos.

No tocante ao perfil das discontinuidades de estoque esperadas no modelo regionalizado podemos inferir que, em se optando pela logística privada descentralizada em detrimento do modelo centralizado, há a tendência de redução dos volumes das faltas. Isso se deve ao fato de os eventuais erros cometidos no modelo regionalizado terão menos impactos por serem de menor abrangência. Haveria uma diminuição drástica das grandes faltas de medicamentos, uma vez que ficam minimizadas as falhas sistêmicas características do modelo centralizado.

No entanto, com o provável aumento do número itens nos pedidos, poder-se-á observar nos próximos anos um aumento do número de itens faltantes no conjunto da rede. Principalmente se os municípios não se adequarem às novas exigências gerenciais do modelo. Embora a magnitude da falta tenda a diminuir, a quantidade de itens faltantes tende a aumentar.

Por fim, ressalte-se a importância de que as atas de registro de preços disponibilizadas aos municípios estejam isentas de falhas burocráticas e de divergências comerciais, uma vez que um problema com uma ata representaria uma falha sistêmica a impactar fortemente a disponibilidade e, daí, o acesso ao medicamento pela população mineira.

G – A Logística Reversa no Processo de Regionalização.

Um desafio identificado ao se analisar a cadeia de suprimentos do programa de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais é representado pela falta de ações estruturadas de Logística Reversa. (Entrevistado 1). (Entrevistado 3).

A Logística Reversa nos programas públicos de distribuição de medicamentos é vista como grande dificuldade perante o setor público. A perda de medicamentos por deterioração ou vencimento pode conduzir a processo administrativo de responsabilização, o que torna a logística reversa de pós-consumo (ligada à sustentabilidade ambiental) um assunto abjeto aos olhos dos administradores públicos. (Entrevistado 3).

O melhor encaminhamento no caso citado seria retornar o medicamento ao fornecedor, uma vez que o Estado encontra dificuldades operacionais para incinerar os medicamentos inservíveis. (Entrevistado 3).

No entanto, a logística reversa, entendida como movimento de bens no sentido inverso do fluxo normal da cadeia – tratada o Capítulo 3 -, pode também ser vista como forma de troca de medicamentos entre municípios a fim de equalizar ou ajustar os estoques regionais.

Assim, a troca de medicamentos entre municípios poderia vir a representar no futuro uma forma de utilização da logística reversa a propiciar maior eficiência e eficácia ao programa mineiro. Principalmente quando se conta com um sistema de informação como o SIGAF, que possibilita efetivar equalização lógica dos estoques entre municípios, assim como compensar pela dispensação de um fármaco a um usuário de outra região administrativa do estado mineiro. (Entrevistado 3).

H – A Capacidade de Gestão dos Municípios

A capacidade gerencial dos municípios talvez represente o maior entrave ou desafio ao êxito da estratégia da Regionalização. Pode-se, por um lado, questionar este momento, de severa crise fiscal, em que se opta por passar uma maior responsabilidade de gestão para a esfera local, mas, por outro, deve-se admitir que, 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, indo ao encontro das diretrizes constitucionais da saúde pública brasileira. (Entrevistado 1).

No entanto, o estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Saúde (SES) e da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), tem promovido cursos e eventos de capacitação nos municípios, além de disponibilizar treinamentos diversos aos gestores locais, inclusive com material áudio visual para capacitação à distância. (Entrevistado 3).

Na fase atual do programa Farmácia de Todos, caberia um empenho extraordinário da SAF no intuito de acompanhar ativamente os municípios mineiros e assim identificar as necessidades maiores de capacitação e desenvolvimento das habilidades de gestão necessárias ao bom sucesso do programa; sob o risco de atrasar os tão esperados benefícios de eficiência e eficácia esperados pelos gestores públicos e pelos cidadãos brasileiros usuários do Sistema Único de Saúde.

5.2 – A Caracterização da Cadeia de Suprimentos pela Análise dos Pontos de Decisão Logística.

Para melhor qualificar a discussão sobre os avanços e desafios da estratégia de Regionalização preocupou-se em caracterizar o atual modelo da cadeia de suprimentos com a utilização de um quadro de análise comparada, entre o modelo centralizado, prevalente até 2015, e o atual modelo descentralizado de cadeia de suprimentos. A propósito, a Secretaria de Saúde adotou o termo “Regionalização” porque, segundo o Entrevistado 3, este carrega menor peso simbólico do que a expressão alternativa “descentralização”.

Na coluna à esquerda do Quadro 5.1 se encontram os pontos de decisão logística, elaborados a partir das análises bibliográficas realizadas no Capítulo 3. A investigação, que reuniu autores da iniciativa privada e da administração pública, possibilitou elaborar as categorias de análise adotadas para caracterizar a mudança dos modelos.

Quadro 5.1 – Caracterização dos modelos centralizado e descentralizado em função das decisões logísticas dos programas.

Categoria Decisão Logística	Descrição da Decisão Logística	Modelo Centralizado	Modelo Regionalizado
Decisões de Desenho de Rede			
Coordenação do Fluxo de Produtos	Relativas ao estágio de acionamento da Cadeia de Suprimentos. (Puxado ou Empurrado)	Empurrado. Acionado pelo Estado. (3 ciclos de aquisição).	Empurrado. Acionado pelo Município (5 ciclos ordinários de aquisição).

Ambiente Produtivo	Relativas à produção para consumo ou para estoque (Contra Pedido ou para Estoque).	Para estoque.	Para estoque.
Alocação de Estoque	Relativas aos locais, quantidades e níveis de estoque, áreas de atendimento e integração entre estoques.	Centralizado no Estado	Descentralizado nos Municípios
Armazenagem	Relativas à movimentação e manuseio dos medicamentos, controle e organização de layout. (Boas praticas).	Público. (Centralizado no Estado).	Privado. (Estoques do fornecedor).
Transporte	Relativas à escolha do modal e serviços de transporte.	Público (Estado)	Privado.
Decisões de Gestão de Rede e Integração para Resultados			
Ciclo do Pedido	Relativas ao processamento do ciclo, desde o pedido do município até o recebimento do medicamento.	Longo. Tempo médio de 128 dias. (Entrevistado 3).	Reduzido. Tempo médio de 45 dias. (Entrevistado 3).
Compras	Relativas ao processo de compras dos medicamentos para o programa.	Centralizadas no Estado.	Descentralizado, no Município; com adesão compulsória às atas de registro de preços do Estado.
Sistema de Informação	Relativas aos processos das informações de gestão da rede de suprimentos.	SIGAF.	SIGAF (adequação ao modelo).
Logística Reversa	Relativas aos processos de logíst. reversa de medicamentos, município p/ Estado e entre municípios.	Não há.	Não há. (Iniciativas incipientes dos municípios).
Decisões sobre Delegação da Provisão dos Bens e Serviços da Rede de Suprimentos			
Seleção de Medicamentos para Produção	Relativas à seleção e definição da quantidade produzida de cada medicamento.	Elenco menor.	Elenco maior.
Estrutura de Remuneração dos Serviços dos Programas	Relativas à responsabilidade e à forma de remuneração dos serviços pelos entes da rede de suprimentos.	Pagamento centralizado no Estado.	Pagamento descentralizado, no Município.
Propriedade dos Ativos	Relativas ao responsável por prover os ativos da rede de suprimentos (público x privado)	Essencialmente públicos.	Essencialmente privados.
Determinação legal de competências.	Relativas às definições de competências (exclusivas ou concorrentes) das esferas ou delegação para terceiros.	Definida em leis superiores.	Definida em leis superiores. Não muda.
Recursos Humanos	Relativas à configuração da qualificação dos recursos humanos do estado empregado no programa.	Funcionários públicos estaduais (SES) e municipais. TCE.	Funcionários públicos estaduais (SES), e municipais. TCE.
Estratégias de Controle e Regulação dos Programas	Relativas aos instrumentos de controle e à regulação dos programas.	Metas internas do projeto, metas presentes no contrato (no caso de um prestador de serviço logístico) e auditoria do TCE.	Metas internas do projeto (fortalecimento do papel gestor do Estado), metas de serviço logístico impostas aos vencedores das atas e auditoria do TCE (fortalecimento do papel estratégico e pedagógico do tribunal).

Fonte: elaborado pelo autor.

Cabe observar quanto às duas primeiras decisões logísticas referentes ao elo produtivo da cadeia, que o programa Farmácia de Minas abrange

apenas parte da cadeia de suprimentos, pois se inicia no fornecedor dos medicamentos acabados, os laboratórios privados. Assim sendo, a cadeia de suprimentos do programa deve ser vista como um modelo de distribuição de medicamentos. Caso se deseje espelhar toda a cadeia de suprimentos, devem ser incluídos os fornecedores de matéria prima, de insumos e de embalagens para as indústrias farmacêuticas; no entanto, estes processos não se constituem interesse direto deste trabalho.

Esta diferenciação ajuda a entender que as características produtivas “empurrada” e “para estoque” da cadeia de suprimentos da indústria farmacêutica não se alteraram. O que se altera com a Regionalização é o pedido, antes centralizado no estado e depois distribuído aos municípios; e, atualmente, acionado pelo município e a este entregue diretamente pelo fornecedor. Aumentou-se, assim, o número de fornecedores em comparação com o modelo centralizado, em que todos os medicamentos eram entregues de uma só vez pelo estado aos municípios.

Logo, o modelo produtivo permanece. O que de fato se altera significativamente é o modelo de entrega do canal de distribuição, passando a ser realizado diretamente pelo fornecedor aos municípios, sem passar por um armazém central. Na prática, reduziu-se em um nível logístico o canal de distribuição de medicamentos.

Por fim, ressalte-se a quantidade de categorias que sofreram alterações reestruturantes ou adaptativas com a mudança do modelo. Apenas ficaram isentas de mudança as categorias Fluxo de Produto, Ambiente Produtivo, Determinação Legal de Competências e Recursos Humanos.

Em suma, as tantas modificações no arranjo institucional do programa apresentadas no Quadro 5.1, parecem sugerir que o processo de Regionalização representou profunda ruptura com o modelo centralizado, vigente desde o início do processo de descentralização da Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais.

6 – Considerações Finais

As considerações finais acerca de possíveis avanços e desafios do programa mineiro de atenção farmacêutica, depois de algumas dezenas de páginas dissertadas, parecem soar como a perguntar: e então, vai dar certo ou não?

Não se pode dizer ao certo. Trata-se de uma mudança muito profunda no modelo estadual de distribuição de medicamentos. A decisão de ruptura com o modelo centralizado, que não foi opinião unânime na Secretaria de Saúde (Entrevistado 1), provavelmente foi muito avaliada pelos administradores públicos da SES. É evidente. Sabia-se que as mudanças não seriam triviais.

Por bem, o modelo inicial proposto para o programa Farmácia de Todos, com três opções de gestão para a escolha do município, mostrou-se atrativo, possibilitando que a SAF e a SES cumprissem uma etapa de aprendizagem para os seus gestores.

A denominada 2ª fase da Regionalização, que estende o modelo Totalmente Centralizado no Município (TCM) para a totalidade dos municípios do estado, com exceção de pequeno grupo, abordado no Capítulo 4, constituiu-se no mais novo desafio para o programa mineiro. Principalmente na migração dos pactuados anteriormente como TCE (Totalmente Centralizado no Estado).

Viu-se que os optantes pelo TCE são, em maioria, municípios pequenos com estrutura limitada e por vezes despreparados para assumir as atividades de aquisição do programa. Pode-se imaginar que na 2ª fase será percorrido caminho mais árduo e lento, encontrando-se mais obstáculos culturais e outros, associados todos à falta de capacidade de gestão. Por isso, não se pode esperar que a 2ª fase obtenha o mesmo nível de êxito que alcançou a 1ª fase.

No Quadro 6.1 encontra-se análise dos avanços e desafios do programa de assistência farmacêutica de Minas Gerais, obedecendo-se a ordem cronológica, dividida em fases e com as respectivas características.

Quadro 6.1 – Histórico de Avanços e Desafios da Assistência Farmacêutica Mineira.

Fase	1a Fase		2a Fase		3a Fase	
Foco	Implementação		Estruturação		Gestão	
Período	1997 a 2007		2008 a 2014		2015 em diante.	
Cadeia Suprimentos	Centralizada		Centralizada		Regionalizada	
	Avanços	Desafios	Avanços	Desafios	Avanços	Desafios
	Rompeu com o modelo CEME	Melhorar a infraestrutura de Distribuição.	Melhorou a estrutura da Rede Logística.	Melhorar a Gestão Logística para evitar falta de medicamento.	Descentralizou (diretriz SUS).	Melhorar capacidade gerencial do município.
	Implantou o modelo estadual	Melhorar as boas práticas de armazenagem, distribuição e dispensação.	Melhorou a qualidade da dispensação.	Melhorar a infraestrutura, de custo elevado e incompatível com a demanda dos municípios.	Reduziu o custo do medicamento.	Manter as atas de registro de preços atualizadas e competitivas.
		Melhorar a gestão da informação.	Criou o SIGAF.		Eliminou o gargalo logístico.	Integrar os membros do programa.
					Reduziu o custo logístico do Estado.	Adequar o SIGAF.
					Reduziu o tempo de reposição.	Instituir mecanismos eficazes de controle e regulação.

Fonte: elaborado pelo autor.

A Regionalização, a 3ª fase da assistência farmacêutica mineira, caracteriza-se por descentralizar as atividades na cadeia de suprimentos de forma a reduzir custos da estrutura de distribuição e por tornar o estado mineiro um ente federado menos provedor e mais gestor do modelo.

Assim, a SES implantou um sistema que substituía a estrutura estatal pela de mercado, descentralizando a aquisição física e lançando instrumentos,

como as Atas de Registro de Preços, que possibilitaram aos municípios efetuar compras vantajosas de medicamentos.

No contexto de um estado gestor da cadeia de suprimentos, os sistemas de informação e os instrumentos de gestão e controle precisam de melhorias. Também devem ser desenvolvidas as habilidades e competências necessárias para a profissionalização das equipes gestoras municipais, focando-se o grande número de municípios mineiros com menos de 20.000 habitantes.

Por fim, em congruência com o objetivo geral deste trabalho, foram destacados 10 (dez) pontos relevantes, possíveis **avanços** e **desafios** do programa de Regionalização, correlacionando-os com as respectivas argumentações que sustentam sua escolha.

Avanço 1 - Descentralização da Assistência Farmacêutica até os municípios (diretriz SUS).

A descentralização é uma diretriz do SUS para a saúde pública que a Assistência Farmacêutica de Minas Gerais ainda não havia implantada na sua plenitude.

Avanço 2 – Redução dos preços unitários médios de compra pela utilização da Ata de Registro de Preços.

De acordo com informações da SAF, extraídas de uma amostra de municípios de Minas Gerais, as atas de registro de preços do estado continham os melhores preços em aproximadamente 75% dos casos, na comparação com os mesmos itens adquiridos “fora da ata”. (Entrevistado 3).

Caso os preços de medicamentos constantes em atas sucessivas tendam a reduzir-se, estas poderão ser consideradas promotoras de maior eficiência, porque mostraram ser instrumento para aumentar o poder de compra dos recursos destinados à assistência farmacêutica.

Ressalte-se que o uso de atas regionalizadas e a estratégia de agrupar regiões em uma mesma ata, tendem a nivelar o impacto dos custos logísticos,

ensejando melhor equalização dos preços dos medicamentos entre as várias regiões do estado.

Avanço 3 – Eliminação do gargalo logístico.

Com a utilização da logística do setor privado, a estrutura centralizada do estado deixou de ser um gargalo no modelo.

A avaliação interna da SAF sobre os resultados do programa revelou aumentos expressivos nos pedidos de medicamentos para um mesmo município, na comparação do antes (centralizado) com o depois (regionalizado). Segundo o entrevistado, estas diferenças expuseram a demanda reprimida dos municípios, que acabavam por adquirir medicamentos “fora do programa”. Com a ata, os municípios puderam comprar volume maior, provavelmente com custo unitário total mais baixo, aumentando a eficiência do programa. (Entrevistado 3).

Sem o gargalo logístico do modelo centralizado - o novo arranjo utiliza a logística privada para armazenar os medicamentos e entregá-los ao município - o elenco de medicamentos pôde ser aumentado de 145 itens, no modelo centralizado, para 340 no modelo regionalizado. (Entrevistado 3).

Avanço 4 – Redução dos custos logísticos do estado mineiro.

O custo logístico foi reduzido em R\$ 20.000.000 anuais com a eliminação da estrutura de armazenamento do Estado. Os recursos antes gastos com a logística centralizada foram revertidos para o município convertidos em aumento de R\$ 0,35 /habitante/ano na contrapartida estadual para o financiamento da assistência farmacêutica. (Entrevistado 3).

Avanço 5 – Redução do tempo de reposição de estoque.

Com o aumento no número de ciclos anuais de 3 para 5 e a redução do tempo de reposição de estoque, não é mais necessário manter estoques altos para suportar longos prazos de reposição. Assim, se reduzem os volumes de recursos financeiros para garantir os estoques no sistema.

Desafio 1 - Melhorar a capacidade gerencial do município.

A baixa capacidade de gestão de alguns municípios, principalmente dos menores, em muito dificulta a implantação do modelo. Felizmente já transcorrem ações concretas e continuadas no sentido de promover a desejada capacitação dos entes locais.

A falta de capacidade também pode ser um obstáculo ao objetivo de integração do sistema, reduzindo os ganhos de eficiência e eficácia do programa.

Desafio 2 - Manter atualizadas e competitivas as atas de registro de preços.

As atas de registro de preços do estado de Minas Gerais são instrumentos fundamentais para o êxito do programa, assim, todo o sistema estará comprometido na eventualidade de se desatualizarem as atas de registro de preços ou se tornarem não competitivas.

Desafio 3 - Integrar os membros do programa para melhoria de Eficiência e Eficácia.

Grandes benefícios podem advir da capacidade dos gestores públicos de manter uma agenda de integração funcional em busca de maior eficiência e eficácia global do sistema.

Desafio 4 - Adequar o SIGAF.

Com a adoção da estrutura regionalizada, o perfil da atuação do estado torna-se menos executor e mais gestor da política. Assim as exigências sobre o SIGAF também tomam o mesmo caminho, o que exigirá adaptações. Felizmente, o SIGAF tem um alto potencial de adaptação e integração. (Entrevistado 3).

Desafio 5 - Instituir mecanismos eficazes de controle e regulação.

Diante das fortes mudanças impostas pelo processo de Regionalização da assistência farmacêutica, é desejável reavaliar as relações institucionais de forma a encontrar mecanismos simples, mas eficazes, de controle e regulação do modelo; como no exemplo mencionado pelo Entrevistado 3, que percebe na gestão do saldo de ata do município, uma oportunidade para descobrir erros de programação, remanejar saldos e/ou identificar compras “fora da ata” de registro de preços do estado.

O Tribunal de Contas do Estado (TCE), neste modelo, pode assumir um papel mais estratégico. No contexto da Regionalização, o TCE poderia aproximar mais da Secretaria de Saúde com o intuito de desenvolver parcerias para a melhoria da gestão do sistema regionalizado de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais, inclusive exercendo ações de caráter pedagógico junto aos municípios mineiros.

Por fim, vê-se com “bons olhos” a possibilidade de integrar o SIGAF com o sistema de fiscalização integrada do TCE chamado SURICATO. Poder-se-ia, então, cruzar dados de notas fiscais emitidas com as informações da tabela CMED para identificar a aquisição de medicamentos com valores superiores aos da tabela. (Entrevistado 4).

Referências

- ACÚRCIO, Francisco A.; GUERRA JR, A. A.. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. In: Acúrcio, Francisco (org.). Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoeconomia e Farmacoeconomia. Belo Horizonte, 2013.
- ALMEIDA, Carolina C.; ANDRADE, Kaio V.F *Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): conceitos, históricos e dispositivos legais*. Rev.Saúde.Com 2014; 10(1): 80-86.
- ANASTASIA, Antônio Augusto J. *Reforma do Estado: uma necessidade?* Revista TCMG, Belo Horizonte, v.25, no4, out./dez. 1997.
- ANASTASIA, Fática. *Teoria Democrática e o Novo Institucionalismo*. Caderno de Ciências Sociais, v.8, n.11. p.31-46. Belo Horizonte, 2002.
- ARRETCHE, Marta T. S. *Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo*. RBCS, vol. 14, no 40, junho de 1999.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- BALLOU, Ronald H. *Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos/Logística Empresarial*. Bookman, 5ª ed. Porto Alegre – RS: 2006.
- BELTRAMMI, Daniel G.M. *Descentralização: o desafio da regionalização para Estado e Municípios*. RAS – Vol.10, No 41, Out-Dez, EAESP-FGV. SP: 2008.
- BERMUDEZ, Jorge; OLIVEIRA, Maria A.; LUIZA, Vera L. *Políticas de Assistência Farmacêutica*. In: Giovanella, Ligia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 12, 2ª ed., 2008.
- BERTAGLIA, Paulo Roberto. *Logística e Gerenciamento da Cadeia de Abastecimento*. Saraiva. São Paulo. 2009.
- BOWERSOX, Donald; CLOSS, David. *Logística Empresarial – Textos e Casos*. Atlas, São Paulo - SP: 2001.
- BOWERSOX, D. J., CLOSS, D. J., & COOPER, M. B. *Gestão Logística de Cadeias de Suprimentos*. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- BRAVO, Maria Inês. *Política de Saúde no Brasil*. Serviço Social e Saúde: Formação do Trabalho Profissional. 2001.
- BRANDÃO, Marcelo e CAZARRÉ, Marieta. *Novas regras podem reduzir estabelecimentos no Farmácia Popular, diz associação*. Agência Brasil. 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-02/novas->

regras-podem-reduzir-estabelecimentos-no-farmacia-popular-diz-associação.
Acesso em 06/11/16.

BRASIL. Portaria GM no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: 1998.

BRASIL. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Portaria GM no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: 2004

BRASIL. Assistência Farmacêutica Atenção Básica – Instruções Técnicas para sua Organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Livro 7. Brasília: CONASS, 2011.

BREMAEKER, François E. J. de. Avaliação do Acesso da População ao Programa “Aqui tem farmácia Popular”. Estudo Técnico nº 254. Salvador: 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz C. Uma Resposta Estratégica aos Desafios do Capitalismo Global e da Democracia. Balanço da Reforma do Estado no Brasil. São Paulo: 2002. Disponível em http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=914. Acesso em 24-10-16.

CARLO, Alessandra A. M. *Mudanças Institucionais na Política de Assistência Social no Brasil e a Experiência do Município de Betim (MG): um Sistema em Construção*. Dissertação de Mestrado. Escola de Governo da Fundação; Belo Horizonte: João Pinheiro, 2007.

CAVUSGIL, S. Tamer; KNIGHT, Gary; RIESENBERG, John R. Negócios Internacionais – Estratégia, Gestão e novas realidades. Pearson. São Paulo, SP: 2010.

CHOPRA, Sunil; MEINDL, Peter. Gestão da Cadeia de Suprimentos. Pearson. São Paulo – SP: 2011.

COHN, Amélia. *A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal*. Sección Especial: Reformas Progresistas en Salud.. Vol. 3, No 2. Maio de 2008.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, 2001.

COSENDEY, Marly A 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.

DINIZ, Eli. *Globalização, ajuste e reforma do Estado: um balanço da literatura*. BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, no 45, 1º semestre de 1998, pp. 3-24.

DORNIER, Philippe-Pierre, *et. al. Logística e Operações Globais*. Atlas, São Paulo - SP: 2000.

FERREIRA, Rogério Luiz. *Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos*. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2006.

FLEURY, Fernando F.; WANKE, Peter; FIGUEREDO, Kleber F. *Logística Empresarial: A Perspectiva Brasileira*. Atlas, São Paulo – SP: 2000.

FIOCRUZ. *Atas de Registro de Preços. Site Oficial, 2017. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/atas-de-registro-de-precos>. Acesso em 03/03/2017.*

GUERRA Jr. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *ver Panam Salud Publica*. 2004; 15(3):168-75.

GOUVERITCH, Peter. *Politics in Hard Times – comparative responses to international economic crises*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1986.

GUIMARÃES, Alexandre. *Crisis without end? The unravelling of western prosperity*. Artigo Resumo. Belo Horizonte. 2016. Disponível em www.eg.fjp.mg.gov.br/index.php/publicacoes/227-institucional/publicacoes/2655-publicacoes-de-2016, acesso em 03/10/16.

KETTL, Donald F. *Revolução global: reforma da administração do setor público*. In: PEREIRA, L. C. Bresser e SPINK, Peter. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999

KORNIS, George, E. M.; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla, E. F. *Os Marcos Legais das Políticas de Medicamentos no Brasil Contemporâneo (1990-2006)*. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008.

LEAL, Sueli Maria Ribeiro. *A Outra face da crise do Estado de Bem-Estar Social: neoliberalismo e os novos movimentos da sociedade de trabalho*. *Cadernos de Pesquisa*, 13. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1990.

LEITE, P. R. *Logística reversa: meio ambiente e competitividade*. 2. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

LIMANA, Amir. *O Processo de Descentralização da Política-Administrativa no Brasil*. *Espectra Nova – Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. No 45 (21), 1 agosto de 1999.

LOUREIRO, Maria Rita (org.). *O Estado numa era de reforma: os anos FHC*. Part1. Brasília: MP, SEGES, 2002, pp.163-207.

MARCHESINI, Márcia. P. M.; ALCÂNTARA, Rosane, L.C. Conceituando o serviço logístico e seus elementos. *Revista de Ciência & Tecnologia* • v. 17, n. 33, p. 65-86. 2012.

MACHADO, Samara H. S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 47(3):543-565, maio/jun. 2013.

MARQUESINI, Ana Maria B. G.; CARMO, Gerson T. Análise sistêmico-institucional da Central de Medicamentos - Ceme. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: FGV, jan-mar. 1980, 14(1). 127 a 178.

Mattos, Leonardo V. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas*. Dissertação de Mestrado. ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2015.

MARIN, Nelly (org.) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Organizado por Nelly Marin, et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MEDICI, André C.; OLIVEIRA, Francisco; BELTRÃO, Kaizô I. *Política de Medicamentos no Brasil*. Relatório Técnico no 1/91. IBGE, Rio de Janeiro: 1991.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS MG Nº 2.064, de 24 de Fevereiro de 2015a.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS MG Nº 2 164, de 19 de Agosto de 2015b.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS MG Nº 2.416, de 17 de Novembro de 2016.

MINAS GERAIS. Rede Farmácia de Minas. Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: 2008. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/02%20Farmacia_de_Minis_050608.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria da Saúde. Rede Farmácia de Minas – Uma Estratégia para Ampliação do Acesso e Uso Racional de Medicamentos no SUS. 2009. Acesso em 01/11/2015. Disponível em <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=8592&tipo=B&word=25/06/2009&indexadorId=4>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Programa Farmácia de Todos – Programa de Assistência Farmacêutica. 2016. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/farmaciadetodos>.

MENICUCCI, Telma e CARNEIRO, Ricardo. *Reforma do Estado e da Gestão Pública: o Debate Contemporâneo*. 8º Encontro da ABCP, Área temática: Estado e Políticas Públicas. Gramado, RS: 2012.

MOTTA, Ana Elisabeth, LAURELL, Ana. Cultura da Crise e Seguridade Social. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Vol.6, No.2, ABRASCO, 2001.

NASCIMENTO, José M. Jr. Os 10 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF. VII Fórum de Assistência Farmacêutica. SUS – MS. Brasília: 2014.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristini V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, Ligia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 12, 2ª ed., 2008.

NOVAES, Antônio Galvão. *Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição*. Elsevier, São Paulo – SP: 2007.

OLIVEIRA, Egléubia; A; LABRA, Maria E; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2379-2389, nov., 2006.

OLIVEIRA, Fabrício A. Economia e Política das finanças públicas: um guia de leitura à luz do processo e de globalização da realidade brasileira. Capítulos 1 a 7. 2006.

PIRES, Silvio R. I. Gestão da Cadeia de Suprimentos (Supply Chain Management). 2ª ed. Atlas. São Paulo, SP: 2013.

PAULA, Patrícia. A. B. et al. Política de Medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 19 [4]:1111-1125, 2009.

PEREIRA, Aquiles A. *Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação*. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: 1995.

PEREIRA, Marco P.. *“Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal”*. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

POLANY, Karl. *A Grande Transformação – as origens de nossa época*. Capítulos 4,5, 6, 7, 14, 16, 17 e 18. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PORTELA, A.S., et al. *Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios*. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicadas, 2010.

REZENDE, Flavio da Cunha. *“As reformas e as transformações no papel do estado: o Brasil em perspectiva comparada”*. In: ABRUCIO, Fernando Luiz e

SCOREL, Sarah. *História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária*. In: Giovanella, Ligia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Capítulo 11, 2ª ed., 2008.

SPEDO, Sandra M.; TANAKA, Oswaldo Y.; PINTO, Nicanor. R. S. *O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

SÃO PAULO. *Política Nacional de Medicamentos. Informe Técnico Institucional*. Secretaria de Políticas de Saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(2):206-9. São Paulo: 2000.

SILVA, Rondineli M.; CAETANO, Rosangela. *Farmácia Popular do Brasil* Program: characterization and evolution between 2004 and 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):2943-2956, 2015.

TRIPALLI, Juarez P.; FERNANDES, Elton; MACHADO, Waltair Vieira. *Gestão da cadeia de suprimento no setor público: uma alternativa para o controle de gastos correntes no Brasil*. *RAP*. Rio de Janeiro 45(2) 401-33, mar/abr. 2011.

VAZ, Carlos J; LOTTA, Gabriela S. *A contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil*. *Rev. Adm. Pública* vol.45 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2011

VIEIRA, Fabiola S. *Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil*. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2010;27(2): 149-56.

WANKE, Peter. *Estratégia Logística: conceitos, implicação e análise da realidade brasileira*. In: *Logística e Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos*. Atlas, São Paulo: 2003a.

WANKE, Peter. *Impacto das características do negócio sobre as decisões logísticas e a organização do fluxo de produtos: um estudo exploratório em seis setores econômicos*. In: *Logística e Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos*. Atlas, São Paulo: 2003b.