

A RECONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Paulo Roberto dos Reis Marques *

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 60 do século passado, o cuidado dispensado pelo setor público de saúde a diferentes doenças da população foi exigindo um rol de medicamentos cada vez mais diversificado. A garantia e o formato desses suprimentos aos tratamentos dispensados pelo setor público sempre foi uma questão debatida. Assim, desde a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito formada na Câmara dos Deputados Federais, em 1961¹, até a instalada no Congresso Nacional, em 1999, procurou-se discutir a política federal de medicamentos. Tal discussão, em diferentes momentos, sempre esteve envolvida pela tensão entre questões de economia política (a participação governamental na economia; a utilização de diferentes níveis e formas de indução e promoção para os segmentos da indústria; os modelos de financiamento da economia dentro desse período), e seus reflexos para política de saúde, com arranjos institucionais que resultaram em diferentes estruturas e níveis de cobertura e em diferentes formas de sustentação e de financiamento dessa política. Este artigo trata, dentro da política de saúde, da política de medicamento.

Para apresentar como esta discussão se deu no período mencionado, foram observados os desafios que se apresentaram à política de saúde e, dentro dela, à política de medicamento; as instituições (leis e normas) que foram criadas para o enfrentamento desses desafios; as organizações que garantiram o cumprimento de tais instituições.

A criação da Central de Medicamentos, em 1971, foi uma das primeiras iniciativas mais consistentes para enfrentar a questão, mas essa instituição teve suas responsabilidades esvaziadas com o correr dos anos e, posteriormente, mostrou-se

* Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Diretoria Regional de Brasília/DIREB. proberto@fiocruz.br

1. A primeira CPI do setor foi criada pela Câmara dos Deputados em 1961. Depois foram criadas outras em 1979, 1996 e 1999/2000. O Senado Federal também criou a CPI para o setor em 1988. (ver Nilson Alves de Moraes em *Comunicação & Política*, n. s., v. IX, n. 2, p. 73-151)

incapaz de se adequar às exigências organizacionais do sistema público brasileiro que começaram a aflorar nos anos 1980-1990.

Nesse contexto, em 1998, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS 3.916), definindo parâmetros e procedimentos para estruturação da Assistência Farmacêutica. Essa política divide responsabilidades entre União, estados e municípios; cria formas de suprir os serviços de atenção; estabelece áreas para atuação do Estado na produção de medicamentos, assim como os interesses do Estado na pesquisa, na produção e no desenvolvimento desses produtos. Isso modifica toda uma estrutura e lógica de financiamento e de funcionamento da assistência farmacêutica.

Este artigo está dividido em seis partes, incluindo esta introdução. A segunda parte faz um relato dos antecedentes da assistência farmacêutica até a Política Nacional de Medicamentos, lançada pela Portaria do GM/MS 3.916/98, observando como o serviço público de saúde procurou montar a assistência farmacêutica em relação aos tratamentos assumidos pelos serviços de atenção. A terceira parte procura contextualizar o surgimento da Política Nacional de Medicamentos, diante de desafios e problemas enfrentados pelos serviços de atenção a saúde, e os impasses da indústria farmacêutica privada e oficial. A quarta parte observa os desdobramentos dessa política nos anos subsequentes. A quinta parte, o impacto dessa política a partir da análise de dados de alguns tratamentos selecionados. E a sexta, comenta as mudanças ocorridas no orçamento da Assistência Farmacêutica em decorrência de tais modificações. Ao final são apresentadas, de modo resumido, algumas conclusões.

2 OS ANTECEDENTES

O segmento da indústria farmacêutica no Brasil apresentava, no início da década de 60, uma série de problemas decorrentes da estratégia adotada na ocasião pelos grandes laboratórios estrangeiros e do impacto da política de substituição de importações em vigor desde a década anterior. Isso resultou em aquisições e fusões de laboratórios nacionais com laboratórios estrangeiros e em surgimento de vários produtos assemelhados no mercado, a preços considerados elevados.

Em 1961, a Câmara Federal abriu debate sobre a indústria farmacêutica, que resultou numa Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), presidida pelo deputado do PTB-RS Unirio Machado, para discutir diversos problemas do segmento como: a progressiva absorção das indústrias nacionais por grupos monopolistas, o aumento do custo de medicamentos, lançamento abusivo e desordenado de novos medicamentos e de similares aos existentes e a não padronização dos produtos. Essa CPI apresentou diversas propostas no seu relatório de encerramento

em 1963, entre as quais que fosse: elaborada uma política industrial específica para o segmento farmacêutico; criado um conselho para elaboração e monitoramento dessa política; criada uma empresa estatal que estruturasse o segmento no atendimento à demanda dos medicamentos de maior necessidade entre a população e realizada a fusão de todos os laboratórios oficiais, formando o Laboratório Central de Produção de Medicamentos (Lacen).

Ainda em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Wilson Fadul, Ministro da Saúde naquele ano, apresentou um plano de metas para a saúde coletiva, dentre as quais destacava atenção especial para as enfermidades transmissíveis: a filariose, a boubá, a brucelose, a febre amarela, a hidatidose, o tracoma, a leishmaniose, a peste, a ancilostomose, a doença de chagas, a esquistossomose, a malária, a lepra, a tuberculose, a varíola, as febres tifóides, as doenças venéreas, a poliomielite, a difteria e a coqueluche (Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963) – todas tratadas pela saúde pública e com uso de medicamentos específicos. Além dessas doenças, as preocupações já se estendiam para outras que demandavam largas parcelas do orçamento de despesa do Ministério da Saúde: o bócio endêmico, o câncer, as doenças mentais e as doenças cardiovasculares. O fornecimento de medicamentos estava sob a responsabilidade de laboratórios públicos, formados por laboratórios estaduais, mais os laboratórios militares do Exército, da Marinha e o mais recente, o da Aeronáutica. (idem, 1963)

Foi nesse quadro que várias medidas foram tomadas pela Presidência da República, como criar o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (Geifar), pelo Decreto nº 5.247/63. Ainda no governo de João Goulart, o poder executivo emite o Decreto nº 53.612/64, que aprova relação de medicamentos essenciais e dispõe sobre aquisição de medicamentos pela administração pública federal, além de estabelecer a obrigatoriedade de órgãos governamentais federais adquirirem exclusivamente os produtos dessa relação e, preferencialmente, de laboratórios governamentais e privados de capital nacional (SANTO SILVA, 2000). Com a entrada do regime militar, o poder executivo emite o Decreto nº 53.975/64, que cria o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (Geiquim), em substituição ao Geifar.

Em 1967, foi realizada uma fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e no ano seguinte, em 1968, o governo define que o Ministério da Saúde teria responsabilidade pela saúde coletiva e o setor previdenciário ficaria responsável pela saúde curativa, por meio do INPS. Com isso, o governo federal começava a montar, sobre a antiga estrutura dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, uma rede de serviços sob sua responsabilidade.

Em 1971, a Presidência da República cria a Central de Medicamentos (CEME), pelo Decreto nº 68.806/71, com o objetivo de articular a política de medicamentos para esses serviços que passara a assumir recentemente.

Dois anos mais tarde, a operacionalização dessa política é explicitada pelo Decreto Presidencial nº 72.552/73, que lançou o Plano Diretor de Medicamentos, que estabeleceu também a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com 315 medicamentos. Para superar a desarticulação entre pesquisa e produção e a ausência de prioridades, estratégias e recursos para o desenvolvimento de vacinas, o Governo criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Imunização (PNI). O objetivo desse plano era estimular a pesquisa, o desenvolvimento de novas ou melhores vacinas e de organizar fonte de financiamento à pesquisa básica e aplicada na área, o que não havia, apesar dos vultosos recursos envolvidos nos programas de vacinação. Nesse momento o papel da Central de Medicamentos foi fundamental na concepção do PNI (TEMPORÃO, 2003).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), logo no ano de sua criação, 1974, lança o Plano de Pronta Ação (PPA). Esse Plano visava diversos fins na área da saúde, com medidas para: normatização das contratações de serviços de terceiros e os convênios de empresa, resultando num amplo credenciamento de serviços privados no âmbito do INPS. Tal expansão de serviços deveria dar resposta no atendimento de ações emergenciais de caráter curativo, em bolsões de miséria. Esse Plano contaria com o suporte da CEME (FERRATO DOS SANTOS, 1996). A CEME, inicialmente vinculada a Presidência da República, passa a ser subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) naquele mesmo ano, pelo Decreto nº 74.000/74. Quatro anos após (1978), o crescimento da assistência médica previdenciária justificou a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), voltado apenas para as atividades médicas da Previdência Social.

Em agosto de 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Ernani Agrícola – figura destacada no tratamento da hanseníase no Brasil –, voltava a discutir a saúde pública e, no tema 3, referente ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que trata das doenças transmissíveis, apontava a atenção necessária a mesma lista de doenças da 3ª Conferência. A Conferência apresentava como uma falha a deficiência dos laboratórios de saúde públicos no suporte aos serviços oferecidos (Relatório da 5ª CNS). Cabe ressaltar que essa lista de doenças tinha permanecido praticamente inalterada e como área de responsabilidade do serviço público de saúde.

Em 1976, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) emitiu a Portaria MPAS/GM nº 514/1976, que homologava a primeira Relação Nacional de Medicamentos Básica (RMB), logo aprovada pelo Conselho Diretor da CEME,

conforme Resolução nº 92, de 29/09/1976. Esses medicamentos seriam utilizados, na rede própria de assistência à saúde, com recursos financeiros do governo federal. Essa RMB era constituída de 300 substâncias, em 535 apresentações (SANTOS SILVA, 2000).

Nesse mesmo ano, o MS lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), para atender áreas rurais e localidades de pequeno porte no nordeste, que foi ampliado em 1979, e durante a década de 80, para outras localidades do País². A essa altura, a estrutura de serviços sob responsabilidade federal formava uma estrutura robusta e os pagamentos dos serviços e dos insumos utilizados, tanto pela rede própria como pela conveniada ou contratada, necessitavam de definições cada vez mais completas.

Em razão da expansão da cobertura dos serviços que ocorria, desde 1974, com o Plano de Pronto Ação, em 1979 foi adotada pelo MPAS uma forma de pagamento para os serviços hospitalares contratados que remunerava por atos médicos, com o objetivo de ordenar os problemas que se apresentavam para o pagamento desses serviços. Assim é criada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), estudada e desenvolvida pelo INAMPS e DATAPREV. Adotada como modelo de pagamento à época, em boa parte cobria o custo de medicamentos nos serviços hospitalares. Tal forma de pagamento originou o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e pouco mudou desde então. Esse pagamento é tanto referente ao serviço quanto aos insumos utilizados, que inclui os medicamentos normalmente de valor elevado (GOUVEIA MENDES, 2000).

A 7ª CNS, em 1980, presidida pelo então Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, fala pela primeira vez, em uma Conferência Nacional, em atenção primária à saúde, defendendo a adoção dessa visão pelo serviço público de saúde. No controle de endemias ainda eram mencionados os mesmos tratamentos relacionados na 3ª CNS: leishmaniose, doença de chagas, esquistossomose, peste, febre amarela e outras.

Em 1982 foi introduzido oficialmente o uso de medicamentos excepcionais no serviço de público de saúde no Brasil pela Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC nº 03/1982, que regulamentou nova versão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).³

Os medicamentos excepcionais são medicamentos de alto custo destinados ao tratamento de doenças tanto raras ou de baixa prevalência quanto de alta prevalência, desde que com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo

2. Esse programa financiava a implantação de Unidades Básicas de Saúde (postos, centros e unidades mistas) por parte de estados e municípios, as quais recebiam recursos do Inamps para custeio.

3. Alguns medicamentos excepcionais – como a Sulfasalazina, o Ferro Coloidal e o hormônio do crescimento – já faziam parte de Renames anteriores. Outros eram oferecidos em decorrência de ações judiciais de pacientes.

elevado. São usados para pacientes transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, osteoporose, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como a fibrose cística, doença de Gaucher, entre outras. A Portaria 03/82 determinava que, somente quando não houvesse substituto dentro da própria Rename e a natureza ou gravidade da doença, bem como as condições peculiares do paciente o exigissem, poderiam ser utilizados medicamentos não constantes na lista. Esses medicamentos eram adquiridos pela CEME e financiados pelo Inamps (RUAS BRANDÃO, 2008).

Dois anos mais tarde, em 1984, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de AIDS, no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária, que, após mais dois anos, foi transformado no atual programa PN-DST/AIDS.

No ano seguinte, a CEME passou ao Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 91.439/85.

O Programa Nacional DST/AIDS, em 1986, mediante a Lei nº 5.190, torna obrigatória a realização de testes para detecção de anticorpos do vírus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida em hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos da rede pública estadual. É o primeiro passo para uma lei da década seguinte que tornará obrigatória a distribuição de coquetéis pela rede pública para pacientes portadores dessa doença.

O Programa de Farmácia Básica foi lançado pela CEME em 1987. Ele consistia em uma seleção de aproximadamente 40 itens de medicamentos integrantes da Rename, destinados ao uso ambulatorial (atenção primária). O fornecimento descontínuo ao longo do período em que vigorou (1987/1990) impediu que esse programa tivesse desempenho mais satisfatório, por não contemplar as diversidades regionais, o que levou à falta de alguns medicamentos e ao excesso de outros, incorrendo 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”. Mesmo assim, em 1989, o programa havia contemplado 50 milhões de pessoas por intermédio de mais de 19.200 farmácias básicas distribuídas. Mas isso não impediu o desgaste da Central de Medicamentos.

O módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional. (BERMUDEZ, 1995)

Para autores como Ferrato dos Santos (1996) essa diferença se deu pelo fato de a CEME, num primeiro momento (em 1974), com o PPA, atuar num contexto em que as ações farmacêuticas eram feitas de modo centralizado.

Já, a partir dos anos 80, ao longo da execução do PIASS, ela se depara com o processo de descentralização da saúde – que tem continuidade com as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1983; depois, com o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1986; finalmente, a partir de 1988, com o Sistema Unificado de Saúde (SUS). O contexto enfrentado a partir de 1980 era outro, o de um processo de descentralização dos serviços de saúde. Nesse contexto foi lançado o Programa de Farmácia Básica, em que estados e municípios passavam a assumir, voluntaria e crescentemente, as ações de assistência farmacêutica, e a CEME não consegue aplicar (dirigir) uma política farmacêutica consistente na reestruturação e na coordenação dos laboratórios oficiais (FERRATO DOS SANTOS, 1996).

Em 1988, o capítulo da Saúde é aprovado na Constituição Federal, dando a base legal para que se formasse um sistema público de saúde, tal como conhecemos hoje no Brasil. Nesse mesmo ano, realizou-se também o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, que apresentou em seu relatório final um diagnóstico para o setor, recomendando: a nacionalização, o não reconhecimento de patentes, a ampliação da pesquisa, a ampliação da assistência farmacêutica e sua inserção no SUS (NEGRI, 2002).

Em 1990, a Lei nº 8.080/90, proposta por iniciativa da Presidência da República, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização (CONASS, 2007).

A questão das transferências intergovernamentais de recursos foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que estabelece a transferência regular e automática dos recursos financeiros da saúde fundo a fundo – do Fundo Nacional de Saúde, controlado pelo Ministério da Saúde (MS), aos Fundos Estaduais de Saúde, controlados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e aos Fundos Municipais de Saúde, controlados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e estes teriam relativa autonomia no uso desses recursos. Essa forma da gestão compartilhada pautou todo o debate e, mais adiante, orientou uma série de medidas do governo referentes à gestão da assistência farmacêutica dentro do SUS.⁴

4. Ainda nesse ano, o Ministério da Saúde começou a comprar os hemoderivados FVIII e FIX irregularmente e sem critérios específicos quanto à quantidade. Até a metade da década de 90, a maioria dos pacientes hemofílicos era tratada com infusão de crioprecipitado e mais de 60% desses indivíduos era soropositivo para HIV e HCV (MARQUES, 1997; FONTES, 2003; Antunes, 2002 *apud* PERÓN CARAPEBA, 2006). A importância dessa atenção às doenças do sangue e da mudança no tratamento aos seus portadores vem da enorme parcela dos recursos públicos federais destinados a compra desses medicamentos, realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde.

Apesar das recomendações do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, entre 1991 e 1992, o fornecimento de medicamentos para o SUS sofreu uma redução de 20%. O Ministério da Saúde, em 1993, identificava diversos problemas na CEME que geraram essa situação:

(..) denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidades no abastecimento. (BERMUDEZ *apud* NEGRI, 2002)

Nos meados da década de 90, a CEME não era mais um instrumento voltado para a execução da política de medicamentos e em sua prática centralizada havia mais erros que acertos (*idem*, 2002).

Na década de 90, a capacidade de articulação da CEME em relação às atividades dos laboratórios públicos começou a ser discutida. As falhas daquele órgão no suprimento de medicamentos levaram a que os governadores recém-eleitos (1995) de três estados – Paraná, São Paulo e Minas Gerais – elaborassem, no âmbito da política de assistência farmacêutica, programas que incluíam a distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária produzidos pelos laboratórios públicos estaduais. Esses eram, respectivamente: o Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar); a Fundação para o Remédio Popular de São Paulo (FURP) e a Fundação Ezequiel Dias (Funed). Elaborando suas próprias listas de medicamentos básicos, com base em suas próprias necessidades, adaptando a Rename à realidade de cada estado, acabaram enfraquecendo ainda mais a CEME, na medida em que a deixaram sem função nesses três importantes estados (FERRATO DOS SANTOS, 1996; CONSENDEY *et al.*, 2000).

Em 1996, a CEME estabeleceu uma Comissão Multidisciplinar de Revisão da Rename, pela Portaria CEME nº 45. Foi sua última iniciativa até ser extinta em 1997, com o Decreto nº 2.283/97.

Como vimos, a discussão da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços do sistema público se desenvolve em paralelo ao crescimento desses serviços, desde a fusão promovida entre os institutos de aposentadoria e pensão, no final da década de 60, até o capítulo da saúde na Constituição de 1988. Até então, os problemas de escala – do tamanho do serviço a ser suprido – como os de escopo – quais serviços oferecidos – e seus reflexos sobre as necessidades de medicamentos, procuravam ser resolvidos pela Central de Medicamentos. Mas o processo de descentralização trouxe uma questão a mais, que era como coordenar a divisão de responsabilidade do fornecimento de insumos farmacêuticos para diferentes tratamentos – semelhante ao que já ocorria nos serviços – e o de garantir o encaminhamento das políticas para assistência farmacêutica nesse novo formato descentralizado.

Paralelamente ocorria enorme mudança na indústria farmacêutica no âmbito mundial, com o novo marco legal ordenando a produção de medicamentos (Lei de Propriedade Intelectual), junto com o lançamento de vários novos produtos, obrigando a estrutura produtiva do segmento a passar por grandes mudanças a partir de então.

3 AS DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA

Em 1998 foi lançada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com a edição da Portaria GM/MS 3.916/98. Essa política contém sete diretrizes que a orientam: reorientação da assistência farmacêutica no SUS; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; promoção do uso racional de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Essas diretrizes conduziram, nos anos subsequentes, o lançamento de um conjunto de portarias que estruturaram o financiamento da assistência farmacêutica dentro do novo formato para a saúde pública no País.

A reorientação da assistência farmacêutica no SUS apontava, no ano de lançamento da portaria, para a descentralização da gestão, no sentido de obter otimização e eficácia do sistema de distribuição do serviço público, e para a redução dos preços de medicamentos. Tal diretriz contemplaria a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão.

Apesar de o Governo Federal, por intermédio do MS, em 1998, permanecer ainda como um grande comprador de medicamentos, já havia o deslocamento dos serviços, das responsabilidades e dos recursos para estados e municípios com a implantação do SUS. A padronização procurava garantir, de alguma forma, a capacidade de se obterem melhores preços como se desempenhasse o papel de um grande comprador.

O desenvolvimento científico e tecnológico apontava para a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica; a promoção e a dinamização de pesquisas na área, destacando as consideradas estratégicas para a capacitação; o desenvolvimento tecnológico nacional; a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo; o desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos constantes da Rename; o estímulo à sua produção nacional e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Diante da ausência de mecanismos de articulação e de coordenação entre gestores de diferentes programas que tinham alguma relação com a assistência farmacêutica, foi proposta a criação de uma coordenação entre diferentes órgãos governamentais.

Quanto à falta de investimentos em P&D, que já vinha de alguns anos, foi proposto um aporte regular de recursos, de modo a dinamizar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, para a atualização tecnológica dos laboratórios públicos e para que os laboratórios nacionais não fossem dependentes dos grandes laboratórios internacionais.

A promoção da produção de medicamentos orientava para uma articulação das atividades a partir da Rename, a cargo dos diferentes segmentos industriais. Para tanto, seriam utilizados, preferencialmente, os laboratórios oficiais com vistas a atender às necessidades de medicamentos essenciais, sobretudo os destinados à atenção básica, de modo que fossem supridas as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS. Propunha ainda a produção de medicamentos genéricos pelo produtor nacional.⁵

Para se entender o quadro em que se encontrava a indústria farmacêutica naquele momento e seus reflexos sobre os serviços de atenção a saúde do SUS, cabe recordar as razões que justificaram outra CPI pelo Congresso Nacional no ano seguinte, 1999:

aumentos de preços perpetrados pelos produtores, para além dos índices inflacionários e as questões suscitadas pela falsificação de produtos. As denúncias de adulteração de medicamentos de laboratórios internacionais privados com filiais no país feriram a imagem desse setor produtivo. (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006)

As questões que justificaram essa CPI ocorreram num período em que os compromissos com os serviços públicos de atenção à saúde eram crescentes, diante de um novo marco regulatório para a indústria farmacêutica nacional (Lei de Propriedade Intelectual) que, ante a defasagem tecnológica em se encontrava, em produtos e processos, deixava de ser competitiva e capacitada para a demanda pública.

4 A ESTRUTURAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1999, o MS lança a Portaria GM/MS nº 176/99, em que fica estabelecido que estados, municípios e Distrito Federal ficariam responsáveis pelos medicamentos da lista da Assistência Farmacêutica Básica. A participação federal se daria por meio de transferências do Piso de Atenção Básica para Assistência Farmacêutica (Pabaf). O Pabaf é uma parte dos recursos, dentro da Atenção Básica, voltada para aquisição de medicamentos dos programas de tratamento sob a responsabilidade deste nível

5. A produção de medicamentos genéricos foi uma política integrada à PNM, transformado no ano seguinte em lei, a Lei nº 9.787/1999, a Lei dos Genéricos.

de atenção⁶. O piso é formado por recursos do orçamento federal da saúde repassados para estados e municípios, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), segundo critério *per capita*, estipulado inicialmente em R\$1,00 por habitante.

A mesma portaria indicou também os programas de tratamento em que a União, os estados e os municípios ficariam responsáveis pela aquisição e pela distribuição dos medicamentos⁷. No mesmo ano, são integrados ao Pabaf os recursos para os medicamentos de saúde mental – programa instituído em 1999 pela Portaria n° 1.077/99. Os tratamentos que estavam relacionados à atenção primária da década de 80 a partir de então estariam abrigados na Atenção Básica, com a aquisição e a distribuição sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

Os estados e o Distrito Federal passaram a ser responsáveis pelo fornecimento de medicamentos excepcionais, de acordo com a Portaria GM n° 1.481/99, que também estabelece os critérios utilizados para o repasse dos recursos federais para o programa.

Os recursos federais na assistência farmacêutica seriam administrados diretamente pelo MS para aquisição de medicamentos para o Programa de Medicamentos Estratégicos⁸. Depois de adquiridos tais medicamentos, o MS os distribuiria a estados e municípios.

Os medicamentos constantes no Gasto Incorporado na Tabela SIA/SIH, referente à alta complexidade, não fizeram parte desse arranjo, continuando a ser pagos pelos procedimentos ressarcidos aos prestadores de serviços pelo MS.

QUADRO 1

Normas sobre a distribuição de recursos na Assistência Farmacêutica – 1998-2000

1998	Portaria GM/MS n° 3.916/98
1999	Portaria GM/MS n° 176/99
1999	Portaria GM/MS n° 1.077/99
1999	Portaria GM/MS n° 1.481/99

Portarias do Ministério da Saúde, listadas no quadro acima, passaram a dizer como e para quais medicamentos deveriam ser repassados os recursos federais na assistência farmacêutica a partir do ano de 2000. Isso possibilitou que as transferências de

6. A Norma de Operações Básicas de 1996 (NOB/96) cita *Saúde da Família*. Utiliza os termos serviços básicos e ações básicas, mas não fala explicitamente em Atenção Básica. Não faz referência à Atenção Primária à Saúde e nível primário de atenção. No Manual de atenção básica 1999, não aparecem mais os termos Atenção Primária ou similar, que eram usados anteriormente. Propõe ações para orientar a organização da *Atenção Básica* nos municípios.

7. Programas nacionais de AIDS (Antirretrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protrombínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias, ao encargo da União. Outras esferas administrativas ficaram encarregadas de outros programas, como por exemplo: os estados, pelo programa de medicamentos excepcionais; e os Municípios, pela Farmácia Básica.

8. Atualmente os programas de tratamento considerados estratégicos são: Tuberculose, Multidroga-resistência, Hanseníase, Endemias focais, 2 200Hemoderivados, DST/AIDS, Combate ao tabagismo e Alimentação e nutrição.

recursos financeiros da União pudessem ocorrer dentro de certa ordem, uma vez que o destino desses recursos era previamente estabelecido para cada nível administrativo, organizando o poder de compra não só do MS como de estados e municípios.

Entre 2000 e 2007, ocorreram duas outras definições que impactaram o orçamento federal nesse mesmo sentido. A primeira, em 2002, redefiniu o montante dos recursos financeiros destinados aos medicamentos de dispensação excepcional e aumentou a lista de medicamentos e de morbidades tratadas nessa categoria, a partir da Portaria GM/MS nº 1.318/02, o que possibilitou a ampliação dos repasses da União para os estados.

A outra definição veio com a Portaria GM/MS nº 698/06, que regulamentou a co-responsabilidade do custeio na assistência farmacêutica para os três níveis de gestão do SUS, onde os recursos federais destinados a ações e serviços de saúde seriam organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. A diferença fundamental dos termos de financiamento introduzida pela portaria em questão e a forma existente anteriormente é que a atual portaria passou a obrigar que os recursos federais para medicamentos fossem para um fundo específico, voltado para a aquisição de medicamentos nos estados e nos municípios, impedindo que caíssem num caixa único, indistinto, da saúde nesses dois níveis administrativos. Os recursos para medicamentos passaram a formar o Bloco da Assistência Farmacêutica, constituído, inicialmente, por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componentes de Organização da Assistência Farmacêutica. No ano seguinte, em janeiro de 2007, a Portaria nº 204/07 alterou o número de componentes do bloco da assistência farmacêutica, que passou para três – permanecendo todos os componentes anteriores, exceto o Componente de Organização da Assistência Farmacêutica, que deixou de compor o bloco, e o repasse dos recursos à assistência farmacêutica ficou sem a obrigatoriedade de ir para um fundo específico destinado à assistência farmacêutica de estados e municípios.

As ações orçamentárias referentes à assistência farmacêutica foram ampliadas para diferentes programas de tratamento, de pesquisa e de fomento à produção de medicamentos, e a ampliação dessas ações orçamentárias impactaram sobre os recursos financeiros. Para o período 2000–2003, como para 2004–2007, diferentes programas orçamentários foram desenvolvidos na Política Nacional de Medicamentos tais como: Assistência Farmacêutica; Qualidade do Sangue; os diferentes programas de Prevenção, Controle e Assistência; Adequação da Planta de Produção de Vacinas; Fomento à Produção Nacional de Imunobiológicos, entre outros.

Para trabalhar esse variado conjunto de ações foi necessária uma classificação dos objetivos a que elas se destinavam. As ações que compõem cada um dos objetivos a baixo relacionados foram listadas nos Anexos 1 e 2.

Os objetivos são:

1. ações para produção, aquisição, financiamento e distribuição de produtos farmacêuticos para o sistema de saúde – suprimento de medicamentos ao Sistema Único de Saúde;
2. ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial – desenvolvimento da capacidade produtiva e tecnológica dos laboratórios públicos, incluindo pesquisa e desenvolvimento de produtos;
3. ações referentes a imunizações – as ações que visam a garantir o suprimento de vacinas às políticas de imunização;
4. farmácia popular – estruturação da rede de farmácias do programa Farmácia Popular;
5. estruturação da assistência farmacêutica – estruturação operacional da assistência farmacêutica⁹.

5 A COBERTURA DOS PROGRAMAS DE AIDS, DIABETES E HIPERTENSÃO, HEMODERIVADOS E DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

Nesta seção serão observados dados de alguns programas de tratamento cobertos por ações orçamentárias relativas a assistência farmacêutica. Essas ações estão contidas no objetivo 1 – ações para produção, aquisição, financiamento e distribuição de produtos farmacêuticos para o sistema de saúde – da classificação mencionada acima. São ações que refletem como a normatização dos recursos federais para assistência farmacêutica garantiu a aquisição de insumos para os serviços de atenção à saúde, e isto repercutiu sobre esses programas de tratamento, com a ampliação da cobertura dos pacientes tratados, impactando com o aumento dos gastos nesse tipo de ação, como poderá ser visto a seguir.

Os dados foram tirados dos relatórios de avaliação do PPA para os anos de 2000 a 2007, disponíveis no site do Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento, no banco de dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos – Hiperdia da SAS/MS, no Relatório de Sangue e Hemoderivados da ANVISA (2002) e do MS (2007).

Os relatórios relativos a essas ações de assistência farmacêutica expressam as metas alcançadas em diferentes ações orçamentárias: atenção aos pacientes portadores de hemoglobinopatias (4.295); atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e DST (4.370); assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais (4.705);

9. Ver PPA 2000-2003 e PPA 2004-2007.

atenção aos pacientes portadores de coagulopatias (hemoflias) (6.142) e ampliação do atendimento a pacientes com diabetes e hipertensão tratados (4.367 e 4.368)¹⁰.

O tratamento para diabetes e hipertensão recebeu atenção de diversas portarias do MS, principalmente a partir de 2001, visando: à reorganização da atenção aos segmentos expostos e portadores (Portaria do GM/MS nº 235/01); à realização de campanhas (Portaria do GM/MS nº 392/2001 e Portaria do GM/MS nº 2.008/01); à criação do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e do Hiperdia (sistema informatizado de base nacional, para o cadastro nacional de diabéticos), parte de um plano de reorganização para atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus (Portaria do GM/MS nº 371, de março de 2002); à redefinição de mecanismos de financiamento (Portaria do GM/MS nº 2.075/05); à pactuação de indicadores (Portaria do GM/MS nº 91/07) e à definição de elenco de medicamentos a ser disponibilizados (Portaria do GM/MS nº 2.583/07), entre outras medidas.

Para os hemoderivados, a Presidência da República editou em 2001 o Decreto nº 3.990/2001, que regulamentou o art. 26 da Lei nº 10.205 de 2001, que dispunha sobre coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional à execução adequada dessas atividades. Em 2004, a Presidência da República edita o Decreto nº 5.045/2004, que transfere para o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), a gestão e a coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan).

A obrigatoriedade de fornecimento pelo SUS de toda a medicação necessária ao tratamento com antirretrovirais aos portadores de HIV/AIDS foi instituída pela Lei nº 9.313 de 1996. Essa determinação legal vem tendo até hoje grande impacto nos dispêndios federais com assistência farmacêutica. Outras normas e portarias trataram de outros assuntos do programa como: redefinição do valor de incentivo, redefinição de valores para municípios, normas para o setor farmacêutico voltado ao programa e diferentes exames (Portaria do GM/MS nº 2.314/2002¹¹; Portaria Ministerial nº 2.129, de 6/11/2003, e Portaria Ministerial nº 10.015, de 6/03/2004, respectivamente). Essas normas estabelecidas ao longo do tempo tiveram efeito sobre a cobertura dos referidos programas, como se pode observar na tabela 1.

Todos apresentam diferentes taxas de crescimento de pacientes atendidos de 2004 a 2007. O crescimento mais expressivo ocorreu na Atenção aos pacientes portadores de hemoglobinopatias, com cerca de 300% (Ação 4.295). Em seguida,

10. Ação 4367 para o PPA 2000-2003 e Ação 4368 para o PPA 2004-2007.

11. Em 2002, pela Portaria do GM/MS nº 2.313/2002, ficou estabelecido um incentivo financeiro para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST.

aparece a Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, apresentando um crescimento de 100% (Ação 4.705), e o Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e DST com um crescimento de quase 20% de pacientes atendidos (Ação 4.370). O menos expressivo é o crescimento de pacientes atendidos na Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias (hemofílias).

TABELA 1
Metas Alcançadas em Ações de Assistência Farmacêutica – 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
4295 – Port. de hemoglobinop.	–	–	–	5.000	13.000	16.000	20.500
4370 – Port. HIV/AIDS e outras ¹	96.000	127.179	–	154.000	166.500	180.000	180.300
4705 – Aquis. medicam. excep.	–	–	–	213.829	337.651	426.000	426.602
6142 – Port. de coagulopatias	–	–	–	7.626	8.500	11.004	8.500

Fonte: Relatórios Anuais de Avaliação PPA. <http://www.planejamento.gov.br>

Nota: ¹ Sofreu mudança de produto no decorrer do período 2003-2007.

TABELA 2
Metas Alcançadas no Atendimento a Diabéticos e Hipertensos – 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Diabéticos ¹	156.442	227.154	268.718	255.452	185.113
Hipertensos ²	462.392	670.050	802.595	747.862	512.936

Fonte: Hiperdia-SAS/MS - <http://hiperdia.datasus.gov.br>

Notas: ¹ Diabéticos tipos 1 e 2 e Diabéticos com hipertensão.

² Hipertensos sem diabetes.

A Tabela 2 apresenta os pacientes tratados por diabetes e hipertensão separadamente. Não foram vistos os pacientes que receberam os dois tipos de tratamento, simultaneamente. Considerando o ano 2004, o número de pacientes diabéticos e o de pacientes hipertensos atendidos com medicamentos cresceu 60% até 2007. O crescimento do número de pacientes atendidos com medicamentos nesses programas parece indicar que as modificações nas regras de repasse dos recursos federais para assistência farmacêutica têm impactado no número de pacientes cobertos com medicamentos nos programas de tratamento observado.

6 AS DESPESAS FEDERAIS NAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A expansão na cobertura da assistência farmacêutica no atendimento aos pacientes dos programas de tratamento apresentados na seção acima e de outros programas que demandam a aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos indicam o crescimento dos valores executados nas ações vinculadas à assistência farmacêutica. Os valores aplicados nos programas de tratamento comentados na

seção anterior estão incluídos tanto nas Tabelas 3 e 4, no caso, em ações para produção, aquisição e distribuição, como nas Tabelas 5 e 6, referentes aos recursos federais distribuídos entre União, estados e municípios, relativos aos recursos dos programas de tratamento sob suas respectivas responsabilidades.

O valor despendido em 2007 representou crescimento de 258%, em valores correntes, em comparação a 2000. Esse crescimento é maior que o do orçamento federal da Saúde, que cresceu 118%, em moeda corrente, no mesmo período. Em valores reais, o crescimento das despesas da União com assistência farmacêutica foi de 87,3% de 2000 a 2007.

TABELA 3
Evolução dos recursos nas ações relativas a Assistência Farmacêutica – 2000-2007
(Em R\$ mil corrente)

Ações	2000	2001	2002	2003
Aquisição, financiamento da produção e distribuição	1.050.808	1.095.265	1.350.213	1.877.986
Fomento e desenvolvimento da produção	21.037	36.722	34.468	68.374
Política de imunizações	410.975	362.894	502.855	443.760
Farmácia popular	0	0	0	0
Estrutura da assistência farmacêutica	0	0	0	0
Total	1.482.820	1.494.881	1.887.536	2.390.120
Ações	2004	2005	2006	2007
Aquisição, financiamento da produção e distribuição	2.444.551	2.681.951	3.505.796	3.897.118
Fomento e desenvolvimento da produção	153.769	196.577	263.439	282.179
Política de imunizações	553.092	565.919	992.647	827.194
Farmácia popular	12.676	51.121	162.864	295.940
Estrutura da assistência farmacêutica	7.087	6.917	8.387	11.238
Total	3.171.175	3.502.485	4.933.133	5.313.669

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

TABELA 4
Evolução na participação das ações relativas a Assistência Farmacêutica – 2000-2007

Ações	2000	2001	2002	2003
Aquisição, financiamento da produção e distribuição	71%	73%	72%	79%
Fomento e desenvolvimento da produção	1%	2%	2%	3%
Política de imunizações	28%	24%	27%	19%
Farmácia popular	0%	0%	0%	0%
Estrutura da assistência farmacêutica	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

(Continua)

(Continuação)

Ações	2004	2005	2006	2007
Aquisição, financiamento da produção e distribuição	77%	77%	71%	73%
Fomento e desenvolvimento da produção	5%	6%	5%	5%
Política de imunizações	17%	16%	20%	16%
Farmácia popular	0%	1%	3%	6%
Estrutura da assistência farmacêutica	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

Como é possível observar nas Tabelas 3 e 4, os valores executados cresceram para todos os conjuntos de ações em Assistência Farmacêutica, refletindo o peso que essa política passa a representar a partir de 2000. Pode-se observar também a mudança de participação entre esses conjuntos de ações na assistência farmacêutica, como da farmácia popular, a redução da participação relativa das imunizações; e a diminuição de fomento e desenvolvimento, que perde participação no último quadriênio. A perda da participação desse conjunto de ações no total dos recursos federais destinados à Farmacêutica, a partir de 2003, coincide tanto com a maturação de projetos de ampliação e renovação de plantas que ocorriam desde 1999, como com o compartilhamento de tais ações com outros ministérios, quanto à mudança de foco, com acentuado estímulo à indústria farmacêutica privada.

TABELA 5

Evolução dos Recursos nas Ações em Assistência Farmacêutica – 2000-2007
(Em R\$ 1,00 correntes)

Modo de aplicação	2000	2001	2002	2003
Transferências aos estados	165.812.019	167.341.464	206.192.886	741.431.945
Transferências aos municípios	102.610.644	117.158.622	99.148.356	101.756.511
União	1.043.730.668	1.022.541.672	1.278.576.095	1.345.469.666
Transferências a instituições privadas	94.351.654	88.189.891	89.509.274	150.180.454
Transferências ao exterior	7.631.678	99.649.028	214.109.069	51.281.710
Total	1.414.136.663	1.494.880.677	1.887.535.680	2.390.120.286
Modo de aplicação	2004	2005	2006	2007
Transferências aos estados	1.158.588.745	1.232.620.039	2.007.762.301	1.959.054.843
Transferências aos municípios	120.806.587	167.756.558	422.495.744	587.884.945
União	1.654.077.315	1.914.140.675	2.380.132.776	2.486.125.979
Transferências a instituições privadas	127.095.441	125.445.711	21.875.002	81.746.734
Transferências ao exterior	110.606.486	62.521.903	100.867.619	198.856.396
Total	3.171.174.574	3.502.484.886	4.933.133.442	5.313.668.897

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

TABELA 6
Evolução dos Recursos nas Ações em Assistência Farmacêutica – 2000-2007
 (Em %)

Modo de aplicação	2000	2001	2002	2003
Transferências ao estados	12	11	11	31
Transferências aos municípios	7	8	5	4
União	74	68	68	56
Transferências a instituições privadas	7	6	5	6
Transferências ao exterior	1	7	11	2
Total	100	100	100	100
Modo de aplicação	2004	2005	2006	2007
Transferências ao estados	37	35	41	37
Transferências aos municípios	4	5	9	11
União	52	55	48	47
Transferências a instituições privadas	4	4	0	2
Transferências ao exterior	3	2	2	4
Total	100	100	100	100

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

Nas Tabelas 5 e 6 podem-se observar as mudanças ocorridas na distribuição dos recursos federais para a assistência farmacêutica entre União (aplicação direta) e transferências a estados e municípios. No início da série, o grande peso da aplicação direta pela União (70%) reflete o conjunto de ações de fomento e desenvolvimento nos laboratórios públicos federais, as ações referentes às imunizações e no modo como estava estruturado o conjunto de ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos, nas ações referentes a aquisição e distribuição, que eram bem mais centralizadas.

A partir de 2003, iniciou-se também um crescimento mais acentuado dos recursos federais para as ações de produção, aquisição e distribuição de medicamentos (que já ocorria desde 2000), conforme descrito no item anterior. Assim, os estados – responsáveis pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional – vêm crescer sua participação nos recursos federais a partir de 2002, beneficiados com as novas regras de descentralização para aquisição desses medicamentos, conhecidos como medicamentos de alto custo. Da mesma forma, os municípios – responsáveis pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica – passam a poder responder à demanda crescente por diferentes tratamentos no âmbito da responsabilidade para eles estabelecida, na medida em que tais tratamentos são organizados e são disponibilizados os recursos financeiros necessários, mediante um conjunto de portarias. O processo ocorre com a queda na participação das compras e aquisições realizadas diretamente pela União a partir de 2003.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Portaria GM/MS nº 3.916/98 reflete as diferentes preocupações que envolviam a sustentabilidade da assistência farmacêutica nos serviços públicos de atenção à saúde. Preocupações que foram apontadas no relatório da CPI de Medicamentos, realizada em 1999, a partir de depoimentos recolhidos por diferentes atores do segmento, que descreveram o cenário dos serviços de saúde ante os problemas enfrentados pela indústria farmacêutica na época, como pesquisa, produção, controle e consumo de medicamentos. Problemas que já tinham sido apontados, com as devidas diferenças, na CPI da indústria farmacêutica, há quase quarenta anos, e outros, referentes a necessidades de atendimento à população, que vinham sendo apontados nas sucessivas conferências de saúde realizadas desde a década de 60. Essas questões, abordadas em bloco num primeiro momento, nesta Portaria, passam a ser tratadas separadamente após a sua promulgação, com a organização de tratamentos e o fornecimento da garantia dos recursos necessários.

Houve atenção especial do MS na questão do seu poder de compra (com a organização dos tratamentos e a padronização dos medicamentos utilizados) e com a qualidade dos produtos adquiridos para a saúde pública, que encontra limites (e orientação) nas normas de descentralização do SUS realizadas por estados e municípios. A solução encontrada, mais recentemente, foi uma divisão em três grandes blocos, relativos às compras federais, estaduais e municipais, obedecendo a um critério de preços. De acordo com o estabelecido, os medicamentos de menor preço ficam com o nível municipal e os de preço mais elevado com estados e União, o que se reflete, com a mudança na participação entre União, estados e municípios, nos recursos federais para assistência farmacêutica, num contexto onde os recursos para a saúde têm sido crescentes. Essas mudanças têm se refletiram, em alguma medida, na assistência farmacêutica: como se pode observar por alguns programas de tratamento considerados neste trabalho, houve incremento substancial no número de pacientes favorecidos.

As ações relativas a fomento e P&D para a indústria farmacêutica, tanto pública quanto privada, perdem em participação no total de recursos da assistência farmacêutica do MS com a entrada do MDIC e do MCT como instituições governamentais protagonistas dessa política a partir de 2003. Com isso, a assistência farmacêutica passou a ser vista também como importante área de política industrial, e os recursos para fomento se voltam principalmente a indústria privada. Essa ampliação de foco para as ações de fomento ainda não apresentam impacto.

REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J. A. Z. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, 1 ed., p. 171-182, jan-mar, 2000.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995. 204 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. / Ministério da Saúde. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONAS. **Para Entender a Gestão do SUS**. Disponível em: <<http://www.conas.org.br>>. Acesso em: 2008

COSENDEY, M. A. E. **Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese (Doutorado em Planejamento e Gestão em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

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

GOUVEIA MENDES, A. C. *et al.* Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS 2000**; v. 9, 2 ed., p. 67-86.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FÓRUM DE COMPETITIVIDADE DA CADEIA FARMACÊUTICA **Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social**. Brasília, 23 de dezembro de 2003.

NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, 11 ed., p. 2.379-2.389, nov. 2006.

RUAS BRANDÃO, C. M. **Avaliação econômica dos medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose no Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFMG, Minas Gerais, 2008.

SANTOS, G. F. **Política de assistência farmacêutica e o setor produtivo estatal farmacêutico**: o caso da fundação para o remédio popular de São Paulo – FURP – Tese (Doutorado 1996). UNICAMP, Campinas.

SCATENA, J. H.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH--SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIIA--SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. In: **IESUS - Informe Epidemiológico do SUS 2001**, v. 10, 1 ed. p. 19-30.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos Excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em 2000). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

TEMPORÁO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**. v. 10, supl. 2. Rio de Janeiro, 2003.

VIANNA, C. M. M.; MOSEGUI, G. B. G. Aspectos da Política de Medicamentos: produção e acesso no Brasil. **Cadernos de Saúde Suplementar**, ANS, maio de 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

PPA 2000-2003

QUADRO 1A

Ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos

0593	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados a Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica – Farmácia Básica
2522	Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos
4295	Aquisição e Distribuição de Fatores de Coagulação para Pacientes Hemofílicos
4297	Aquisição e Distribuição de Preservativos para a Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
4298	Aquisição e Distribuição de Testes para Laboratórios de Saúde Pública de Diagnóstico Laboratorial das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
4327	Diagnóstico e Acompanhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) nos Laboratórios da Rede Pública
4329	Diagnóstico e Tratamento de Casos de Malária
4366	Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento Ambulatorial e Domiciliar dos Casos Positivos de Malária
4367	Produção, Aquisição e Distribuição de Insulina, Hipoglicemiantes Oraís e Correlatos para Diabéticos
4368	Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Insumos Estratégicos
4369	Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento de Pacientes com Tuberculose e Outras Pneumopatias
4370	Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento dos Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
4453	Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos

QUADRO 2A

Ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial

3875	Adequação da Planta de Produção de Vacinas
3877	Fomento a Produção Nacional em Imunobiológicos
4325	Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos)
4326	Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos)
4365	Produção de Imunobiológicos
7835	Modernização e Adequação de Laboratórios Farmacêuticos Públicos

QUADRO 3A

Ações referentes às imunizações

5600	Vacinação de Idoso com 60 anos de Idade ou Mais
5602	Multivacinação de Crianças de 0 a 5 Anos de Idade

ANEXO 2
PPA 2004-2007

QUADRO 4A

Ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos e produção de farmacêuticos

0593	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados a Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica
2522	Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos
4365	Produção de Vacinas, Reagentes para Diagnóstico e Biofármacos
4368	Promoção da Oferta e da Cobertura dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
4370	Atendimento a População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis
4705	Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais
6142	Atenção aos Pacientes Portadores de Coagulopatias

QUADRO 5A

Ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial

11PE	Adequação da Planta Industrial de Fármacos em Jacarepaguá
11PJ	Estruturação de Laboratórios de Pesquisas Biomédicas
12BH	Construção do Laboratório Oficial para Análises e Pesquisas de Produtos Derivados de Tabaco
6145	Fomento a Produção Farmacêutica e Insumos Estratégicos
6146	Fomento a Pesquisa e Desenvolvimento de Insumos Estratégicos no Complexo Produtivo da Saúde
7666	Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde – Qualisus
7672	Adequação da Planta Industrial de Imunobiológicos
7676	Construção do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
7680	Construção de Planta-Piloto de Imunobiológicos
7692	Implantação da Unidade de Fracionamento do Plasma
8315	Desenvolvimento Tecnológico e Inovações em Insumos Estratégicos para a Saúde
8317	Pesquisas Clínicas, Epidemiológicas e em Ciências Biológicas, Humanas e Sociais Aplicadas a Saúde na Fundação Oswaldo Cruz

QUADRO 6A

Ações referentes às imunizações

0899	Apoio a Laboratórios Públicos de Produção de Imunobiológicos
1K82	Preparação para Enfrentamento da Pandemia de Influenza
4382	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
4383	Vacinação da População
6031	Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças
6161	Insumos Estratégicos para Prevenção e Controle de Doenças
7484	Adequação da Rede de Frio de Imunobiológicos
8327	Serviços Laboratoriais de Referência Internacional, Nacional e Regional para Diagnóstico de Doenças Infecciosas

QUADRO 7A

Farmácia Popular

7660	Implantação de Farmácias Populares
8415	Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares

QUADRO 8A

Estruturação da Assistência Farmacêutica

0804	Apoio a Estruturação dos Serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública
------	---

