

TRANSFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A PARTIR DO NOVO MODELO DE AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CONDUZIDO PELO ESTADO DE MINAS GERAIS EM PARCERIA COM OS MUNICÍPIOS MINEIROS

Lucas Vilas Boas Pacheco



**TRANSFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA A PARTIR DO NOVO MODELO DE AQUISIÇÃO E
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CONDUZIDO PELO ESTADO
DE MINAS GERAIS EM PARCERIA COM OS MUNICÍPIOS
MINEIROS**

Lucas Vilas Boas Pacheco (SEPLAG)

Resumo

Grande parte dos municípios mineiros dependem da Administração Estadual para a realização da compra dos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica a serem distribuídos para a população pelas próprias Administrações Municipais, por razões históricas, falta de estrutura administrativa e mesmo a pactuação existente entre os entes federados no estado. O presente trabalho irá discorrer sobre as peculiaridades da política de assistência farmacêutica básica em Minas Gerais, apresentar algumas das dificuldades encontradas no arranjo logístico então utilizado pelo Estado, e relatar como se deu a construção e implementação, até a data, de um novo modelo de contratação e arranjo logístico para superar as dificuldades existentes. A partir da nova atuação do poder público, colaborativa entre os entes municipais e estadual, tem-se, entre outros benefícios, uma atuação mais eficiente que amplia qualitativa e quantitativamente o rol de medicamentos disponíveis para a população e racionaliza a aplicação de recursos públicos.



1 Introdução

O direito à saúde é zelado pela Constituição Federal de 1988. Trata-se de um direito social, expresso no Artigo 6, cuja promoção compete de maneira comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme estabelecido em seu Art. 23. Ensina o Art. 196 que:

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

(BRASIL, 1988)

E é a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que regulamenta a Constituição Federal, no que diz respeito ao campo da saúde pública e, assim, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes entre outras providências. O normativo legal traz para o âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a competência e obrigação de executar a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, incumbido, entre outras ações, a de “formulação da política de medicamentos” (BRASIL, 1990).

Incluir a assistência farmacêutica no âmbito de atenção à saúde, em especial a atenção básica, é necessário e mesmo crucial na medida em que apresenta muitas vezes um caráter preventivo, promovendo a manutenção de um bom quadro de saúde do paciente atendido ou, quando da ocorrência de alguma patologia, evitando sua evolução para condições mais graves que implicariam em maiores custos para o sistema de saúde e poderiam ainda colocar em risco a capacidade produtiva do indivíduo, inclusive a de sustento sua e de sua família, podendo chegar até a um risco de morte.

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar, reduzir ou eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades. A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos¹. Entretanto, é inegável sua contribuição e a importância do mesmo no cuidado à saúde.

Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolutibilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde e envolve a alocação de grande volume de recursos públicos.

(CONASS, 2011, p.10)

Por tal razão é que o cuidado farmacêutico, e dentro dele a aquisição e distribuição de medicamentos à população, é tão relevante e, de maneira justificada, representa uma parcela significativa tanto do esforço dos agentes públicos como do recurso destinado às políticas públicas de saúde.

Dentro da competência compartilhada entre os entes federativos para a promoção e cuidado à saúde, é descentralizada aos municípios a atenção primária, inclusive a assistência farmacêutica. Seu financiamento, entretanto, é compartilhado em todas as esferas. Esclarece o CONASS sobre a estrutura e organização do financiamento da assistência farmacêutica, no SUS, de maneira geral:

O estabelecimento do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) e a publicação da Portaria GM/MS n. 204/2007 que trata da transferência dos recursos federais na forma de blocos de financiamento, inclui o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, composto por três componentes, entre eles, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica



(...) O MS, atendendo a reivindicação dos gestores estaduais e municipais, propôs a descentralização dos recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

(CONASS, 2011, p.46).

A assistência farmacêutica na atenção básica é, então, financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a vigente Portaria 1.155, de 30 de julho de 2013, a participação federal no financiamento é de R\$ 5,10 por habitante por ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de, no mínimo, R\$ 2,36 por habitante por ano cada, que somadas criam o fundo tripartite que financiará toda a política.

A utilização desse recurso fica restrita, cabe ressaltar, aos medicamentos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME; lista de medicamentos a ser utilizada para atendimento às necessidades de saúde básicas e essenciais da população. A relação é mantida e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - COMARE, instituído pela Portaria GM/MS 1.254 de 29 de julho 2005.

Em Minas Gerais, como se poderá observar, a utilização do recurso e operacionalização do componente básico da assistência farmacêutica possui algumas particularidades, considerando suas particularidades geográficas e população atendida, bem como a pontuação existente entre os municípios e a administração estadual, bem como alguns diferenciais e serviços prestados por esta a aquelas. Esse trabalho objetiva, então, discutir o modelo logístico existente até 2016, as principais dificuldades enfrentadas e que comprometiam a plena execução da assistência farmacêutica, apresentar a evolução e construção de um novo modelo sem paralelos no cenário nacional, proposto e em implantação pela Administração Estadual.

Para apresentar e discutir os modelos, bem como os resultados percebidos a partir das implantações já realizadas, utilizaremos dos dados das compras públicas do Estado de Minas Gerais e, principalmente, de relatos sobre as motivações, ações e fatos ocorridos durante o trabalho de construção do novo arranjo logístico estabelecido para a evolução e aprimoramento da política aqui apresentada.

2 O componente básico da assistência farmacêutica em Minas Gerais

Toda a assistência farmacêutica, de maneira geral, está estruturada dentro de um ciclo logístico que compreende as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, conforme ensina os manuais técnicos do Ministério da Saúde, em especial o Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização (BRASIL, 2001).

Em Minas Gerais, toda a compra de medicamentos relativa ao bloco de financiamento do componente básico é centralizada e conduzida pela Administração Estadual, em favor dos municípios mineiros, reais responsáveis pelo componente. O arranjo existente é resultante de uma série histórica de compras centralizadas que se iniciou quando toda a aquisição de medicamentos básicos era realizada junto a laboratórios oficiais, em especial a Fundação Ezequiel Dias FUNED, laboratório oficial de Minas Gerais, que produzia e supria tal demanda do poder público estadual como um todo.

Nas últimas duas décadas, a partir da organização do mercado farmacêutico para a oferta desses medicamentos em grande escala e por preços muito mais competitivos, rompeu-se o arranjo de fornecimento via laboratório oficial. Outro elemento importante, introduzido na esfera administrativa e que motivou a alteração foi a possibilidade de se realizar registros de preços, que até então não eram disponíveis. Percebeu-se que seria muito mais vantajoso licitar



junto ao mercado privado as aquisições necessárias, com a facilidade de se produzir Atas de Registro de Preços que simplificavam a posterior execução da despesa, especialmente quanto às variabilidades e incertezas do quantitativo que era impactado por sazonalidade, variadas incidências epidemiológicas, maior ou menor disponibilidade financeira e, mesmo, algum eventual mal planejamento por alguma unidade de saúde dentre as diversas atendidas.

Restou mantida, entretanto, a centralização das compras na esfera estadual. Retomemos as etapas do ciclo logístico da assistência farmacêutica para entender como se dava a construção e colaboração entre Estado e Municípios para a disponibilização do grupo de medicamentos à população:

- Seleção: Conforme já mencionado, a utilização do recurso do bloco de financiamento da assistência farmacêutica em seu componente básico é toda vinculada e restrita à compra de medicamentos¹ os quais estejam padronizados e inseridos no rol da RENAME. Ocorre que nem toda a RENAME, com seus mais de 300 itens incluindo medicamentos regulares, fitoterápicos e mesmo homeopáticos será necessariamente utilizada por todos os gestores em todas as regiões. Diferentes perfis de público atendido, incidência epidemiológica e mesmo priorização da política de saúde impactarão em quais itens serão tomados pelos gestores de saúde para suas realidades. Sendo assim, a relação pode e deve ser personalizada, não podendo, entretanto, ser extrapolada. A primeira etapa deve ser, justamente, a seleção dos itens que irão compor a política de assistência. No modelo centralizado as compras dos municípios ficam restrita, então, à seleção disponibilizada pelo Estado, que é de 137 itens dentre todos aqueles elencados na RENAME.
- Programação: A partir da relação de itens incluídos na política de assistência farmacêutica, era realizada então a programação de consumo (dispensação) desses medicamentos. Mesmo em um modelo centralizado como o do Estado de Minas Gerais, a definição da programação é dos gestores municipais, responsáveis de fato pela gestão da política que, lembramos, para a atenção básica, é descentralizada dentro da estratégia de repartição de competências do Sistema Único de Saúde SUS. Essa programação, entretanto, para o modelo centralizado, terá uma considerável intervenção por parte da administração estadual que se utiliza das séries históricas de consumo e, ainda, limita a programação ao teto financeiro correspondente ao fundo tripartite (participação da união, estado e municípios) antes de definir os quantitativos programados para cada um dos itens a serem licitados. A Secretaria de Estado de Saúde SES MG, à frente da política de assistência farmacêutica na administração estadual, é quem fará toda a interface junto às administrações municipais e, para tal, se utiliza de um sistema informatizado próprio, o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica SIGAF, para gerenciar toda a programação e, eventualmente, controlar o consumo dos gestores municipais, gerenciando inclusive as partes financeiras relativas às contribuições para o fundo tripartite.
- Aquisição: Os itens selecionados e seus quantitativos programados passavam a compor um procedimento licitatório, sempre na modalidade pregão eletrônico, para Registro de Preços dos medicamentos a serem então adquiridos pela Secretaria de Estado de Saúde SES MG.

¹ Uma parte do recurso - 15% das contrapartidas estaduais e municipais - pode ser utilizada para a estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica como, por exemplo, farmácias onde ocorrerá a dispensação e atendimento da população. As ações consideradas estruturantes e, assim, passíveis de se utilizar da parcela do financiamento serão pactuadas entre estado e municípios.



- Armazenamento: Todo o quantitativo licitado e que precisaria ser distribuído seria, a partir de sua efetiva contratação, recebido e armazenado em um grande galpão central, localizado na região metropolitana da capital do estado, que funcionava como centro de distribuição para a política de assistência farmacêutica. A entrega de todos os fornecedores se dava nesse ponto único, onde a carga recebida seria conferida e devidamente aceita, e estocada até que fosse separada para ser expedida a alguma das 853 unidades atendidas, totalidade dos municípios mineiros. Essa operação logística foi realizada, um determinado período, por um operador privado contratado pela SES MG, e mais recentemente por equipe própria da administração estadual. O componente básico contempla usualmente aqueles itens de baixo valor agregado, e que representam também o maior volume de itens de unidades farmacêuticas entre todos os componentes do SUS. Seu custo logístico e espaço necessário para armazenagem eram extremamente elevados, por se tratar da demanda de todo o estado; Minas Gerais possui mais de 20 milhões de habitantes, é o segundo estado com maior população, e o componente básico representa um desafio logístico com poucos similares, seja na esfera pública e mesmo para as iniciativas privadas existentes no cenário nacional.
- Distribuição: A distribuição, no modelo discutido, contemplava duas fases. Uma primeira era a expedição, a partir do centro de distribuição da SES MG para os almoxarifados dos 853 municípios atendidos. E a segunda corresponde à distribuição de fato, pela gestão municipal, dos itens adquiridos, recebidos e que serão utilizados em sua política, para cada uma de suas respectivas unidades de saúde, conforme necessidade e organização interna.
- Dispensação: Entrega ao paciente ou destinatário final do item de medicamento que se disponibiliza, conforme necessidade do mesmo, seguindo o receitado e adequado para o tratamento pretendido.

Minas Gerais possui 853 municípios e a maioria destes se enquadra como de pequeno porte. A fundamentação para a manutenção da centralização é que, para a maior parte dos municípios, faltaria estrutura administrativa para a condução dessas compras, e mesmo poder de mercado, alcançado através de escala, para negociar bons preços. A partir desta avaliação, e do interesse das administrações municipais em continuar recebendo o apoio do Estado para a realização das aquisições de seus medicamentos, manteve-se a pactuação para a centralização.

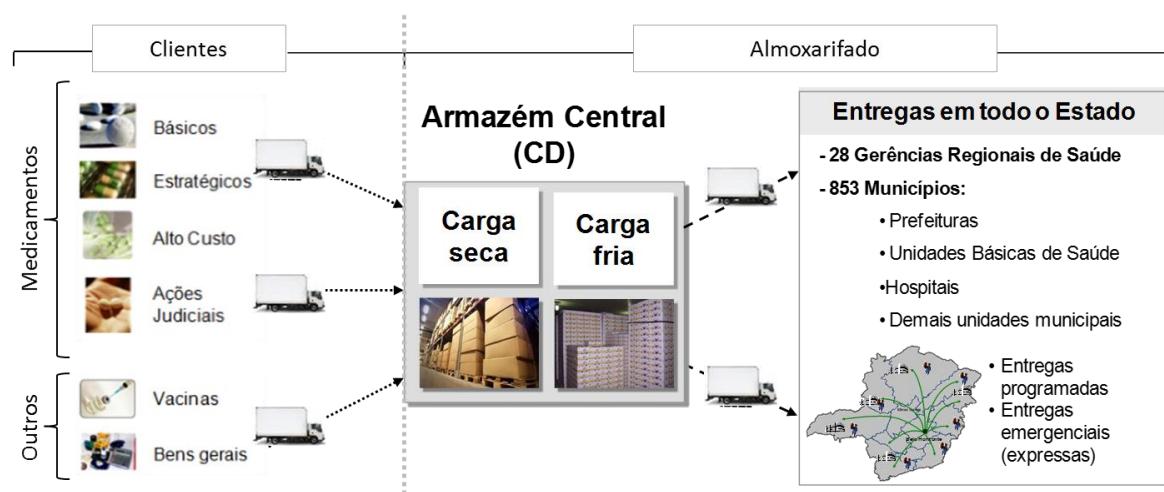


Figura 1 – Armazenagem e distribuição da SES MG

O modelo centralizado, há que se reconhecer, tem suas virtudes na cooperação e colaboração do poder público, extrapolando esferas e unindo entes federativos distintos, a fim de conseguir melhores condições negociais junto ao mercado farmacêutico e, assim, ampliar a capacidade de prestação da política para seu público final, os cidadãos mineiros. Com o passar dos anos, entretanto, a demanda começou a superar a capacidade de resposta, no que diz respeito à estrutura logística estabelecida para o modelo que foi se tornando demasiadamente demorado, caro e ineficiente.

Toda a operação logística da SES MG, no início de 2016, se encontrava próxima de um colapso e era marcada pelo alto custo de operação e excessiva demora para conseguir realizar as entregas necessárias para o regular funcionamento das políticas de saúde. Estavam comprometidas e marcadas pela ineficiência não apenas o componente básico da assistência farmacêutica, mas todas as políticas realizadas pela Secretaria, e em grande parte por culpa exatamente do componente básico, citado, dado seu alto volume e complexidade logística.

A partir da negociação e recebimento de determinado medicamento, o prazo para que o mesmo estivesse de fato disponível ao seu usuário final, em todo o estado, era demasiadamente longo prejudicando a política e impactando até mesmo na vida do cidadão, que ficava muitas vezes sem a disponibilidade do tratamento que necessitava. A ineficiência era notória e foi comprovada em levantamento realizado pela SES MG no primeiro semestre de 2016, apresentado a seguir.

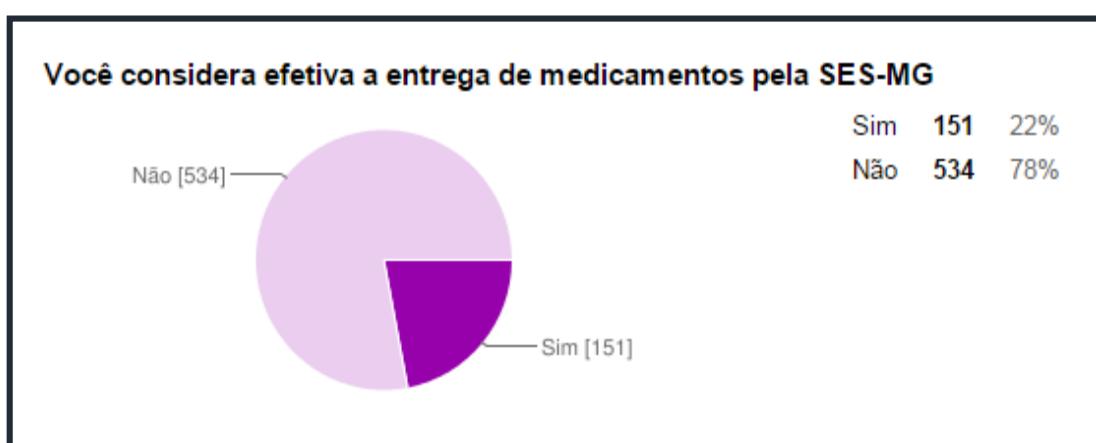


Figura 2 – Percepção dos municípios sobre a política de medicamentos da SES MG (a)

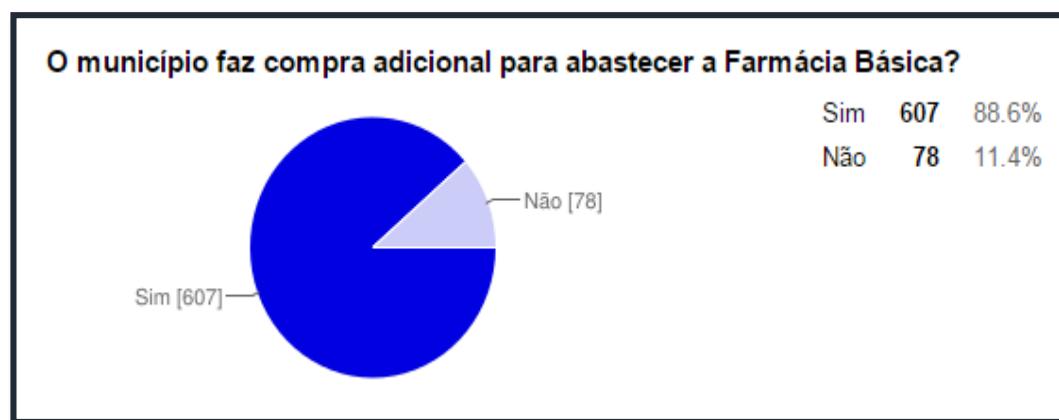


Figura 3 – Percepção dos municípios sobre a política de medicamentos da SES MG (b)

Percebe-se a alarmante verificação de que para 78% dos municípios não se considerava efetiva a distribuição de medicamentos realizada pela SES MG. E é feita ainda a constatação que o volume de medicamentos distribuído, correspondente ao recurso do fundo tripartite, piso



que financia o bloco, era insuficiente e, apesar da compra central realizada pela administração estadual, a administração municipal não ficava livre de realizar também um esforço de compra e era necessária a construção e viabilização de aquisições, só que para apenas o adicional de demanda que extrapolava o fundo e era arcado por recursos municipais próprios. Esforço de compra que teria em tese um menor poder de barganha, por se tratar de uma fração apenas de toda a demanda municipal.

Ficou claro, então, para a Administração Estadual a inviabilidade de se continuar com o modelo existente, custoso e ineficiente, e que não mais se justificava perante as premissas às quais fundamentaram seu estabelecimento no passado. Era necessário repensar o modelo e encontrar soluções sem perder, entretanto, a colaboração existente e o auxílio que o Estado prestava e estava disposto a prestar aos Municípios.

3 Um novo modelo logístico para o componente básico da assistência farmacêutica em Minas Gerais

Tornou-se necessário para a Administração Estadual de Minas Gerais rever sua estratégia para a política de assistência farmacêutica, no que diz respeito ao componente da atenção básica. O almoxarifado central, apesar da robustez e grande custo financeiro que consumia, não seria capaz de responder, de maneira satisfatória, à política de aquisição centralizada e distribuição em todo o estado. As equipes da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão SEPLAG MG e Secretaria de Estado de Saúde SES MG passaram a, no final de 2015, buscar alternativas e construir um novo modelo que atendesse da melhor maneira as necessidades do Estado e dos Municípios.

Um dos requisitos para a nova solução era o de que o almoxarifado central não mais poderia receber todo o quantitativo de medicamentos do componente básico. Outro requisito é o de que o Estado deveria manter a centralização da negociação e aquisição dos medicamentos. Equacionar ambas premissas se mostraria um grande desafio, em um estado com a dimensão e população que é Minas Gerais, número muito elevado de municípios (grande parte de pequeno porte), vasta extensão territorial e discrepâncias expressivas entre a organização e capacidade administrativa dessas administrações municipais para a condução de processos de maior complexidade. Vale ressaltar que os municípios mineiros, em sua grande maioria, não tinham interesse em se tornarem responsáveis pelo esforço de compra e realizarem licitações cada qual com sua respectiva demanda. Reconhecia-se ainda que os preços alcançados pela Administração Estadual eram muito mais vantajosos, na compra central, do que as negociações realizadas individualmente.

Decidiu-se, então, que a melhor alternativa seria repassar toda a logística de entrega até a destinação final para o próprio fornecedor do medicamento, desde que não impactasse nos preços contratados de maneira significativa, mesmo com a assunção por parte do contratado de toda a atividade e custeio da entrega. A proposta seria vantajosa mesmo que observado um pequeno impacto nos preços negociados, desde que não extrapolassem os custos de operação da logística então realizada pelo Estado e que, ao cessar de existir, representaria uma economia superior a 10 milhões de reais ao ano, considerando-se os custos da atividade.

Indo muito além da simples alteração do local de entrega da obrigação contratada, seria necessária uma nova instrumentalização que permitisse, de maneira mais simplificada, a construção das Atas de Registro de Preços nos Estado para serem utilizadas diretamente pelas administrações municipais, sem a intermediação da Secretaria de Saúde no que diz respeito à execução da despesa. Seria possível, assim, alcançar um arranjo mais simplificado e,



principalmente, devolver o protagonismo da política aos gestores titulares de fato da atenção básica.

Restaria ao Estado concentrar sua atuação naquilo que de fato gerava benefício à política e seria um importante auxílio para os municípios, ao passo que ampliava a força de negociação. Ficaria a cargo da administração estadual, então, a consolidação da demanda e negociação conjunta da mesma.

Após muito planejamento, análises e mesmas audiências com o mercado estruturou-se um novo e inovador modelo. O primeiro procedimento licitatório, correspondente à nova estrutura foi realizado no primeiro semestre de 2016 e a operação da política tem acontecido com sucesso. Vale ressaltar algumas das principais alterações trazidas com o novo arranjo e tecer, sobre tais, algumas considerações:

- O procedimento de compra permanece centralizado no Estado, que consolida a demanda de todos os municípios e faz a negociação junto ao mercado farmacêutico.
- A entrega de medicamentos passou a ser realizada diretamente aos municípios, realizadas e custeadas pelo próprio fornecedor e não mais a Administração Estadual. Mesmo com a nova condição de entrega cerca de um terço dos preços contratados permaneceram os mesmos aqueles praticados quando da entrega em um único ponto na capital do estado. Muitas incertezas e dificuldades, em especial o difícil cenário econômico enfrentado, impactaram negativamente nos preços contratados e, ainda assim, a avaliação da equipe foi de que os preços, de maneira geral, foram vantajosos e não existiu um aumento expressivo de preços que demonstrasse a inviabilidade da escolha realizada. O principal determinante dos preços, como usual no mercado farmacêutico e licitações em geral, foi a pressão, ou falta dela, de concorrentes disputando os lotes. Praticamente todas as empresas que realizam até então as entregas centralizadas entraram na nova disputa, mesmo com a alteração.
- Considerando o grande número de localidades e unidades atendidas, toda a execução da compra é realizada em ciclos pré-determinados, com prazos e datas definidos. Durante toda a vigência da ata de registro de preços, de 12 meses, são realizados cinco ciclos de entrega. Durante cada ciclo existe o prazo de pedido, o de consolidação de todos os pedidos pelo fornecedor, e só então o prazo de entrega, que poderá ser realizada de maneira otimizada considerando a totalidade da demanda do estado. A ideia é que o fornecedor não precisa lidar com diversos pedidos de diversas localidades, cada um chegando em tempos distintos. Toda a demanda se consolida, na verdade, em um único pedido, a demanda estadual total para aquele ciclo (e suas diversas localidades de entrega). Isso permite ao fornecedor trabalhar com menos incertezas e um prazo para montar a melhor estratégia de entrega frente às oscilações de demanda.
- Considerando que o Estado não mais precisaria arcar com o custeio do almoxarifado central, o que representaria uma grande economia de recursos, e que a motivação para a mudança não era economizar recursos ou esforços desta Administração e sim a melhoria da política, aumentou-se a participação e contrapartida estadual de para o fundo tripartite, um adicional de R\$ 0,35 por habitante por ano. Tal recurso adicional representa, no lugar de custos operacionais, mais benefícios para a população pela ampliação do financiamento e, consequentemente, capacidade de atendimento disponível.
- Pactuou-se que o recurso de financiamento do bloco seria devolvido aos gestores municipais, passando então a ser os responsáveis por gerir e executar o mesmo. A



execução da despesa não mais precisa passar e depender do Estado que, nesta etapa, não agrega nenhum benefício para a realização da assistência.

- Retornando o recurso e execução aos gestores municipais, abriu-se a relação de itens que poderiam ser selecionados e programados para toda a RENAME. Antes eram disponibilizados 136 itens de medicamentos para a atenção básica. A relação foi ampliada e, para a compra no novo modelo, 357 itens estavam disponíveis para programação. Novamente temos um grande benefício para a população que passa a contar com uma maior variedade na prestação pública.
- Outro benefício possível a partir da transferência do fundo e da execução para as administrações municipais é que, a partir do novo modelo, as compras não mais se limitam no teto financeiro do fundo. Toda e qualquer demanda adicional, existente na quase totalidade de municípios, conforme mostrado em avaliação respondida pelos mesmos, para os itens constantes da RENAME, poderá ser incluída na programação do município e será incluída nas Atas do novo modelo.
- A participação das administrações municipais na Ata se deu através de uma figura com ritos simplificados, a de Participante de Compra Estadual. Trata-se de inovação trazida ao Decreto de Registro de Preços do Estado de Minas Gerais especificamente para permitir a construção de Compras Estaduais como a de medicamentos. Através da modalidade de participação, é permitida a contratação por parte do Estado de uma obrigação em favor de terceiros, que sejam participantes do programa de governo para o qual a compra se destina. Não existe a necessidade de formalização de adesão de cada uma das prefeituras, já que a SES intermediará a participação dessas entidades, mesmo de outra esfera administrativa, mas que estão inseridas em seu programa de governo de assistência farmacêutica. Remanejamentos entre as unidades são facilitados e geridos pelo titular do programa contratante na Ata, no caso, a SES MG, e sempre respeitados os limites totais contratados, bem como todas as imposições legais a uma execução de ata de registro de preços.

O modelo completará, no segundo semestre de 2017, um ano de operação e importantes avanços foram alcançados.

Primeiramente, reduziu-se drasticamente o tempo de distribuição dos medicamentos no estado. Disponibilizadas as atas para compra, a partir do pedido do município e conclusão da entrega em todas as localidades do estado foi observada uma redução de pelo menos 83 dias comparando-se os modelos.

A redução ocorre devido à redução do prazo para emissão das autorizações de fornecimento, quando comparamos o tempo da administração estadual e o prazo estabelecido para as municipais, a não existência da etapa de recebimento, armazenamento, separação no almoxarifado central antes da expedição para os municípios, e principalmente, o tempo muito inferior gasto pelas empresas fornecedoras para a entrega nas localidades solicitantes, prazo máximo de 30 dias comparativamente ao tempo médio de 90 dias gasto pela SES MG para concluir a entrega em todas as unidades atendidas.

O quantitativo atendido (negociado e licitado) no novo modelo foi muito superior àquele previamente disponibilizado. Para os cinco medicamentos mais consumidos, a título de exemplificação, a variação média foi de 375%. Os municípios estavam comprando, no novo modelo, para alguns itens, 3 a 4 vezes o quantitativo que lhes era previamente disponibilizado.

E considerando que toda a demanda adicional, exemplificada acima, era comprada em processos próprios dos municípios, paralelos à compra centralizada e que a partir da nova compra estadual toda essa demanda pode ser executada nas condições e preços das atas



estaduais muito mais vantajosas, a economia de recursos municipais extrapolou todas as expectativas iniciais.

A partir de uma análise representativa de apenas 35% dos itens registrados no novo modelo, itens os quais é possível comparar o preço estadual e o preço médio das compras municipais (obtido através das prestações de contas enviadas ao Tribunal de Contas do Estado) a diferença entre o custo total da quantidade programa pelos municípios, com o preço estadual comparativamente ao preço municipal, era inferior na ordem de 17 milhões de reais, o que demonstra o potencial de economia em contas municipais trazido pelo novo modelo.

Dos 853 municípios mineiros, apenas 260 foram incluídos no novo modelo em seu primeiro ano de operação. Planejou-se uma implementação gradual, a fim de permitir uma maior maturação do mesmo e também propiciar uma maior segurança aos gestores municipais quanto às diversas mudanças trazidas. Todos os benefícios aqui trazidos correspondem apenas a essa parcela do estado e serão consideravelmente maiores quando da ampliação do modelo para novas localidades.

O sucesso e benefício do novo arranjo tem sido tão expressivo que, para o segundo ano de operação optou-se, inclusive por pleito das administrações municipais, pela ampliação e aplicação do modelo em 100% das administrações municipais. No segundo semestre de 2017 estará superado plenamente o antigo modelo da Secretaria de Estado de Saúde e, em Minas Gerais, toda a população mineira poderá contar dos benefícios do novo modelo. Todos os municípios poderão se valer da relação ampliada de medicamentos, compra toda a demanda adicional existente e não coberta pelo fundo tripartite designado para o financiamento do bloco da atenção básica, e contarão com os prazos drasticamente reduzidos, quando da emissão de um pedido até a chegada do medicamento para disponibilização do mesmo a seu destinatário final, o cidadão.

4 Considerações finais

O novo modelo logístico e de gestão da política de assistência farmacêutica na atenção básica ou seu componente básico, no estado de Minas Gerais, é uma vitória do esforço de diversas equipes de trabalho. Representa a capacidade de cooperação técnica e construção coletiva de soluções que extrapolam, inclusive, determinada esfera federativa.

Foram necessárias atualizações de legislação, sistemas, rotinas, processos e culturas, o que em qualquer instituição já é uma vitória, e em uma entidade pública, com todas as amarras e particularidades procedimentais para se conseguir inovar sem descumprir o fazer apenas o que se permite em lei, em um período de tempo tão curto, é de se valorizar. Muitos obstáculos se colocam frente às alterações que se pretende realizar, quanto mais mudanças maiores as dificuldades. É importante, entretanto, ter uma definição clara do que se pretende alcançar e não permitir o comprometimento dessa visão. Considerar todos os agentes envolvidos e buscar garantir o maior benefício, transparência e simplicidade que se puder trazer para fortalecer a iniciativa que se pretende realizar.

Para a experiência do modelo aqui tratado, apesar de lidar com partes em posições diversas e com interesses muito distintos, chegou-se a um arranjo que tem sido vantajoso e celebrado por todos. E, principalmente, todo o modelo foi pensado de maneira a ampliar o benefício recebido pela população, ampliar a capacidade de atendimento do poder público e garantir que Minas Gerais não sofra com desabastecimentos que, infelizmente, têm ocorridos no passado recente; inaceitáveis por se tratar de itens essenciais especialmente para aquelas populações em maior situação de vulnerabilidade social.



As administrações municipais se apoderaram da gestão que lhes pertence de direito, e poderão personalizar e executar de maneira plena a política local, economizando esforços e recursos.

O mercado farmacêutico passou a alcançar um grande volume de demanda que jamais alcançaria sem a oferta de compra trazida pela política de Minas Gerais, de maneira consolidada, pautado por regras claras e favoráveis a um fornecimento com menos incertezas.

E a administração estadual passou a alocar melhor seus recursos, focar onde consegue entregar mais benefícios e eliminar etapas que não agregavam valor à assistência farmacêutica ao serem realizadas em sua esfera. Outro ponto importante e que suas equipes de saúde, mesmo sufocadas com procedimentos operacionais e logísticos, podem se dedicar à real vocação necessidade, a qualificação da assistência farmacêutica no estado no que diz respeito a adesão e eficácia de tratamentos, tecnologias novas a serem trazidas e introduzidas, ou quaisquer que sejam as possibilidades de uma atuação mais focada em sua área fim.

Referências

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
- _____. Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

