

A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MINAS GERAIS E A ESTRATÉGIA LOGÍSTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA O SUS

Cristian Correna Carlo*

Resumo: Após 20 anos, desde as primeiras ações descentralizadoras da assistência farmacêutica em Minas Gerais, os municípios mineiros terão autonomia administrativa para gerir os recursos do SUS na aquisição de medicamentos básicos. Em 2017 estendeu-se aos governos locais a autonomia de gestão destes recursos segundo a estratégia de Regionalização, sendo substituído o modelo de gestão centralizado no estado. Foi movido por este contexto de reconfiguração institucional que se buscou com este artigo avaliar o processo de Regionalização sob a ótica da gestão logística, identificando possíveis avanços e/ou desafios do modelo descentralizado, na busca de maior efetividade para a política pública de assistência farmacêutica do estado. A pesquisa fundamentou-se em levantamento bibliográfico, entrevistas e consultas escritas a servidores-chave da administração pública mineira. Os resultados indicam possíveis ganhos de eficiência pela redução do preço de compra dos medicamentos e pela redução considerável do custo logístico. Porém, evidenciam também desafios significativos quanto à capacidade de gestão dos governos locais e à integração entre as esferas estadual e municipal na perspectiva de instituir-se, no novo modelo, um estado mais gestor que operador do sistema.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, SUS, descentralização, logística, política pública.

* Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro (FJP). Professor do Curso de Administração da Universidade Salgado de Oliveira em Belo Horizonte - MG, Brasil. E-mail: cristian.carlo@ymail.com.br.

REGIONALIZATION OF THE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE OF MINAS GERAIS AND THE LOGISTICS STRATEGY FOR DECENTRALIZATION OF THE ACQUISITION OF BASIC MEDICINES FOR SUS

Summary: After 20 years, since the first decentralization actions for pharmaceutical assistance in Minas Gerais, counties (municípios) of Minas Gerais will have administrative autonomy to manage SUS resources in the acquisition of basic medicines. In 2017, the autonomy of management of these resources was extended to local governments according to the Regionalization strategy, replacing the centralized management model in the state. It was driven by this context of institutional reconfiguration that this article sought to evaluate the Regionalization process from the perspective of logistical management, identifying possible advances and / or challenges of the decentralized model, in the search for greater effectiveness for the public policy of pharmaceutical care in the state. The research was based on a bibliographic survey, interviews and written consultations with key public administration employees in Minas Gerais. The results indicate possible efficiency gains due to the reduction in the purchase price of medicines and the considerable reduction in the logistics cost. However, they also show significant challenges regarding the management capacity of local governments and the integration between the state and municipal spheres in the perspective of establishing, in the new model, a state that is more a manager than an operator of the system.

Keywords: pharmaceutical assistance, SUS, decentralization, logistics, public policy.

Resumen: Después de 20 años, desde las primeras acciones de descentralización para asistencia farmacéutica en Minas Gerais, los municipios de Minas Gerais tendrán autonomía administrativa para administrar los recursos del SUS en la adquisición de medicamentos básicos. En 2017, la autonomía de gestión de estos recursos se extendió a los gobiernos locales de acuerdo con la estrategia de regionalización, reemplazando el modelo de gestión centralizada en el estado. Fue impulsado por este contexto de reconfiguración institucional que este artículo buscaba evaluar el proceso de regionalización desde la perspectiva de la gestión logística, identificando posibles avances y / o desafíos del modelo descentralizado, en la búsqueda de una mayor efectividad para la política pública de atención farmacéutica en el estado. La investigación se basó en una encuesta bibliográfica, entrevistas y consultas escritas con empleados clave de la administración pública en Minas Gerais. Los resultados indican posibles ganancias de eficiencia debido a la reducción en el

precio de compra de medicamentos y la reducción considerable en el costo logístico. Sin embargo, también muestran desafíos importantes con respecto a la capacidad de gestión de los gobiernos locales y la integración entre las esferas estatales y municipales en la perspectiva de establecer, en el nuevo modelo, un estado que sea más gerencial que operador del sistema.

Palabras claves: asistencia farmacéutica, SUS, descentralización, regionalización, logística, política pública.

1 Introdução

Ao final da década de 1960, o mercado brasileiro de medicamentos era dominado pelas indústrias multinacionais e se caracterizava por ser um setor, conforme Marquesini e Carmo (1980), “[...] *dominado por capital estrangeiro, de índole essencialmente oligopolista*”. Como reação, o governo brasileiro procedeu à criação da Central de Medicamentos (Ceme), autarquia ligada diretamente à Presidência da República (Decretos nº 68.806, de 25 de junho de 1971 e nº 69.451, de 1º de novembro de 1971). Nestes, o objetivo da Ceme é definido como o de “*promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não possam adquiri-los a preços comuns de mercado*”. Ao longo desta década, as atividades da Ceme se intensificavam e em 1977 sua cobertura atingia 3.339 municípios, aproximadamente 84% dos municípios brasileiros. Já se constatava neste mesmo ano, forte participação das empresas privadas, fornecendo 53% do total de medicamentos distribuídos. (Marquesini e Carmo, 1980).

Em 1987, foi criado o programa Farmácia Básica visando racionalizar a distribuição pelo uso do “módulo-padrão” de medicamentos. Este se tratava de um conjunto de insumos capazes, em tese, de atender uma população de 3 mil habitantes com um elenco de 48 medicamentos, todos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente à época. Buscava-se, desta forma, atender as doenças mais comuns, em particular aquelas de nível ambulatorial. No entanto, o programa estruturado

com o “módulo-padrão” não contemplava a diversidade do território brasileiro, com seus múltiplos perfis epidemiológicos. Logo saltaram aos olhos necessidades de municípios não contempladas e desperdícios de medicamentos não utilizados. Em muitos casos, a ineficiência do sistema e as constantes falhas de planejamento de produção e distribuição faziam com que as unidades de saúde recebessem medicamentos com data de validade próxima ao vencimento. (Cosendey, et al, 2000).

Em poucos anos os problemas com a assistência farmacêutica brasileira foram se agravando. No governo de Fernando Collor de Mello, a Ceme sofreu com problemas de desmanche de sua estrutura e em 1991 e 1992 viu sua participação no fornecimento reduzir-se a 20% da demanda para o SUS. Em 1997, os escândalos de corrupção, ineficiência operacional e a falta de medicamentos causaram a desativação da instituição. Pois foi exatamente neste contexto de inoperância do sistema Ceme, que três estados da federação, Paraná (1995), São Paulo (1997) e Minas Gerais (1997), elaboraram programas de distribuição de medicamentos para a atenção primária. Os programas de assistência farmacêutica destes estados objetivavam garantir o fornecimento dos insumos para as patologias mais frequentes, expandindo o acesso a medicamentos das camadas de baixa renda. (Cosendey, et al., 2000).

No caso de Minas Gerais, o programa de distribuição de medicamentos básicos foi sofrendo mudanças em seus arranjos institucionais, caracterizando momentos específicos segundo os avanços e desafios de cada período. Nestes 20 anos, em contexto de vigoroso crescimento do volume e variedade do elenco de medicamentos básicos, foram várias as estratégias que visavam garantir a disponibilidade na rede pública, até o atual modelo totalmente descentralizado preconizado pela estratégia de Regionalização.

Assim, a partir de 2017, excetuando-se um pequeno grupo de municípios, os governos locais passaram a ser responsáveis pela gestão de compra, armazenamento e transporte dos medicamentos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em um relacionamento mais direto com os diversos fornecedores, na sua quase totalidade laboratórios privados.

A Regionalização, nome oficial utilizado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) / Secretaria de Saúde (SES/MG), constituiu-se, do ponto de vista da gestão de disponibilidade do sistema e, portanto, do ponto de vista da gestão logística, uma mudança institucional de grande magnitude, tendo como cerne da estratégia a desativação da estrutura centralizada no estado e opção pela distribuição privada descentralizada.

Diante do contexto de reconfiguração institucional que se apresentava no período desta pesquisa, procurou-se com este trabalho *analisar o processo de Regionalização sob a ótica da gestão logística de distribuição de medicamentos, identificando possíveis avanços e/ou desafios do modelo descentralizado integrante da política pública de assistência farmacêutica para o SUS*. Esta pesquisa lança um olhar para a gestão logística das políticas de distribuição porque se acredita estar a assistência farmacêutica inserida em um leque de políticas públicas que são intensivas em fluxo e guarda de bens, no caso estudado, insumos para a assistência à saúde.

Os poucos estudos apresentados sobre o tema da gestão logística no setor público concentram-se na utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (as TICs) para, majoritariamente, reduzir custos por meio de compras centralizadas. Como maior representante desta corrente apresentam-se os pregões eletrônicos. Sobre estes dispomos de pesquisas acadêmicas que ressaltam as vantagens decorrentes da redução dos preços médios dos insumos adquiridos através desta modalidade. (Tridapalle, Fernandes e Machado, 2011).

Vale lembrar, conforme ressaltam Vaz e Lotta (2011), que, mesmo diante das diferenças entre setor público e privado, não se apagam as semelhanças, uma vez que operações logísticas continuam sendo operações logísticas. Assim, acredita-se que o fato de identificar e gerenciar estes componentes operacionais e seus aspectos decisórios pode representar um campo de evolução para o setor público, especialmente para a área da saúde.

2 Metodologia

O caminho metodológico adotado pela pesquisa procurou: a) delinear a trajetória da gestão logística dos programas mineiros de assistência farmacêutica, identificando suas principais etapas e características; b) analisar o processo de *Regionalização* a luz das referências teóricas, dos dados colhidos, informações e opiniões dos entrevistados, de forma a caracterizar o novo modelo de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais.

Para tal, no decorrer da pesquisa (março de 2016 a abril de 2017) foram utilizados os seguintes instrumentos e métodos: a) entrevistas orais semiestruturadas (gravadas e degravadas) realizadas com três membros e ex-membros da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) totalizando aproximadamente 300 minutos. Os três entrevistados formam escolhidos por serem profissionais experientes que já serviram em cargos de Superintendência e/ou Diretoria na SAF, tendo participação direta na formulação e implementação dos programas ao longo da trajetória da assistência farmacêutica mineira, são eles os Entrevistados 1, 2 e 3; b) entrevista-consulta aplicada a um representante do Tribunal de Contas do Estado (TCE) a fim de avaliar uma possível estratégia de integração institucional entre a SAF/SES e o TCE (Entrevistado 4); c) coleção sistemática de informações estatístico-quantitativas, fatos pertinentes, análises, impressões e opiniões dos entrevistados (qualitativas) sobre o modelo centralizado no estado e o descentralizado nos municípios.

3 Fundamentação Teórica: Breve Resgate Histórico da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais

O estado de Minas Gerais foi o terceiro entre os estados brasileiros a sistematizar sua política de assistência farmacêutica, instituindo em 1997 o programa **Farmácia Essencial**. Priorizou-se os pequenos municípios, aqueles com população de até 20.000 habitantes. Iniciou-se pelos 250 municípios mais carentes, selecionados com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Fundação João Pinheiro. Em 1998 implantou-se em mais

300 municípios (sob os mesmos critérios) e, posteriormente, em 1999, em mais 55, totalizando os 705 municípios com população inferior a 20.000 habitantes e alcançando um contingente de 6.000.000 de pessoas. Os municípios integrantes do programa podiam contar com a supervisão técnico-administrativa das Diretorias Regionais de Saúde (DRSs), Secretaria da Saúde (SES) e Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Neste arranjo, a distribuição de medicamentos era feita a cada 4 meses pela FUNED, diretamente às Unidades Básicas de Saúde em veículo próprio e com motorista treinado. No momento do recebimento, os medicamentos eram conferidos com inspeção física e era feita a verificação da validade da mercadoria. (Cosendey, *et al.*, 2000).

Com o tempo, a relação de medicamentos distribuídos diversificou-se e o volume cresceu significativamente. Diante da incapacidade estrutural do sistema, reformulou-se o programa mineiro em 2008 com objetivos mais ambiciosos de cobertura e maior foco nos serviços farmacêuticos para o uso racional. Surgia, assim, o programa **Farmácia de Minas** (Minas Gerais, 2008).

3.1.1 O Programa Farmácia de Minas

O programa “Farmácia de Minas” buscava estruturar a rede de assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais como estratégia principal para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Previa maior qualificação da Assistência Farmacêutica nas Gerências Regionais de Saúde (GRS) com a criação da Coordenação de Assistência Farmacêutica, a modernização das farmácias de medicamentos de alto custo (alta complexidade) e a implantação de farmácias comunitárias públicas nos municípios do estado. Para isso, foram utilizados incentivos financeiros estaduais para a montagem e custeio de profissionais de saúde, farmacêuticos e atendentes, além de programas de qualificação de pessoal. (Minas Gerais, 2008).

Além do acesso, demonstrou-se preocupação com o uso racional dos medicamentos, a consolidação da Assistência Farmacêutica nas Regio-

nais de Saúde e o seu papel junto aos municípios, a integração dos Programas de Saúde de Atenção Primária / Estratégicos e a humanização do atendimento ao paciente-usuário. (Minas Gerais, 2008).

No entanto o caminho para a estruturação da rede não seria fácil. Tomando-se uma rede de suprimentos com 1.248 farmácias presentes em todos os 853 municípios (meta do programa original) e contando com 28 Gerências Regionais de Saúde (GRSs), percebe-se o esforço logístico que os gestores deveriam realizar para garantir a disponibilidade do medicamento básico nos pontos de dispensação, ou seja, nos pontos de entrega do medicamento ao usuário do sistema. Não por acaso, os gestores da SAF/SES apresentavam a Figura 1 abaixo com o título honesto de “Problema Logístico”.

Figura 1 – Sistema Logístico do programa Farmácia de Minas



Fonte: Minas Gerais, 2009.

Quando da estruturação do programa, percebeu-se a necessidade de melhorar a gestão da informação para melhor controlar o fluxo de bens e serviços, o que ensejou o desenvolvimento do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF). A melhoria da gestão da informação do programa teria, principalmente, as funções de articular os serviços profissionais de saúde com o uso racional de medicamen-

tos, programar a aquisição de medicamentos (de acordo com dados epidemiológicos), avaliar a cobertura e a demanda, garantir as boas práticas do setor, manter cadastro de usuários e prescritores, visualizar a movimentação financeira e realizar estudos fármaco-epidemiológicos e fármaco-econômicos. (Minas Gerais, 2009).

O *software* Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) destinava-se a todas as unidades em nível estadual e municipal envolvidas com as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. (Minas Gerais, 2016). De concepção moderna, tornou-se o principal recurso integrado de tecnologia de informação utilizado, permitindo cadastrar pacientes, gerir estoques, realizar controle de dispensação, programar medicamentos, realizar pedidos de aquisição via SES, visualizar movimentações financeiras, produzir relatórios gerenciais, dentre outras funções. (Minas Gerais, 2009).

3.1.2 O Programa Farmácia de Todos e o Modelo Descentralizado de Assistência Farmacêutica

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

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

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

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

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

III – *Totalmente Centralizada no Estado (TCE)*: Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde e aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos nos anexos I e II desta Deliberação. (Minas Gerais, 2015b, p2).

A estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica pode ser vista como um sistema de cooperação técnica entre a SAF/SES e os municípios, a buscar melhorias na aquisição e distribuição, com ampliação do elenco disponível e aumento do recurso financeiro para compra de medicamentos. (Minas Gerais, 2016).

4 Apresentação e Discussão dos Dados: a Evolução Institucional do Sistema Logístico Mineiro e a Estratégia de Regionalização

Quando instituído em 1997, o programa **Farmácia Essencial** contava com a coordenação do laboratório farmacêutico público Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Naquele momento, a FUNED precisou decidir entre um sistema de distribuição de medicamentos centralizado ou descentralizado. O arranjo centralizado da rede de distribuição foi o escolhido por Minas Gerais porque a FUNED produzia a imensa maioria dos itens constantes no

elenco básico do programa. O que não provinha da Fundação era adquirido de maneira centralizada para obter os benefícios da compra em grande escala. Assim, foi pactuado que os recursos da União e dos municípios seriam colocados à disposição do estado mineiro para a compra e distribuição centralizadas. (Entrevistados 1 e 3).

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

Com este modelo centralizado o programa obteve certo êxito, tendo alcançado aproximadamente 250 municípios em 1997, 550 em 1998 e 705 em 1999, ou seja, 100% dos municípios mineiros com população inferior a 20.000 habitantes. (Cosendey, et al., 2000). No entanto, a partir do ano 2000, em contexto de constante crescimento da demanda, o modelo do programa de assistência farmacêutica mineiro foi, paulatinamente, mostrando-se menos eficaz em atender em tempo e lugar as necessidades dos municípios, com constantes rupturas de estoque e falta de medicamentos ao usuário. (Entrevistado 3).

Os ciclos de aquisição eram poucos, três por ano, o que, do ponto de vista logístico, certamente não é boa característica, uma vez que longos períodos de ressuprimento exigem maiores estoques para suportar o período até um novo abastecimento. Além dos longos ciclos de reposição, também foram relatados problemas decorrentes da difícil relação com os fornecedores/distribuidores da rede. (Entrevistado 3).

Nesta primeira fase da política farmacêutica estadual, não havia um sistema de informação que auxiliasse a gestão dos administradores públicos. Eram utilizadas planilhas eletrônicas para enviar os pedidos dos municípios e bancos de dados para consolidá-los. Assim, era difícil garantir a confiabilidade das informações repassadas, uma vez que não existiam controles tais como usuário e senha para garantir a autoridade ou mesmo a autenticidade da fonte. (Entrevistado 1).

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

Com os recorrentes problemas de desabastecimento nos municípios mineiros, reformulou-se o programa em 2008 e aceitou-se objetivos de cobertura mais ambiciosos, além de maior foco na dispensação qualificada e melhoria dos serviços farmacêuticos para o uso racional. (Minas Gerais, 2008). (Entrevistados 1 e 2). Com isso, a trajetória da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais entraria em nova fase.

4.1 O Programa Farmácia de Minas e a Estruturação da Rede de Distribuição

O programa de assistência farmacêutica mineiro foi “reestruturado” em 2008, principalmente sob dois aspectos. O primeiro referia-se ao baixo nível das boas práticas farmacêuticas existentes na rede de distribuição, a ressaltar a baixa presença dos profissionais no SUS mineiro (pouco mais de quatrocentos farmacêuticos para os 853 municípios), com grande parte destes concentrados na capital. O segundo dizia respeito à estruturação da rede de distribuição do programa. Neste período, o estado contava com razoável estrutura para dispensação, mas os municípios, com raríssimas exceções, não contavam. Assim, os gestores públicos buscaram resolver os aspectos ligados à questão logística e às boas práticas, apoiando os municípios dentro do modelo centralizado já existente. (Entrevistado 2).

Um fator importante para melhoria das boas práticas farmacêuticas foi a implantação da rede de unidades de dispensação do programa. Neste local, os medicamentos passaram a ser armazenados adequadamente e dispensados aos cidadãos do município de forma orientada para a promoção do uso racional. (Entrevistado 1 e 2). As unidades de dispensação do programa tornaram-se pontos de referência ao centralizar o atendimento farmacêutico, o que possibilitou racionalizar custos em municípios com várias unidades de atendimento à saúde (UBS, Hospitais, etc.) ou garantir

a presença de pelo menos um profissional farmacêutico atuante em tempo integral em cada município de Minas Gerais. (Entrevistado 2).

No entanto, com a melhoria da estrutura da rede de dispensação, a demanda por medicamentos nos municípios aumentou novamente. Assim, logo a gestão da rede de distribuição passou a ser vista como prioridade, ensejando a adequação da estrutura operacional à nova realidade do programa. (Entrevistados 1, 2 e 3). As atividades de distribuição (que se iniciaram nas instalações da FUNED) passaram para um armazém contratado pela SES, que empregou os Correios no auxílio ao modelo. Mesmo assim, a estrutura física não atendia às necessidades dos municípios. Neste momento, os gestores mineiros sofreram forte pressão para profissionalizar as atividades logísticas e melhorar os serviços prestados. (Entrevistado 3).

Em 2011, o elenco de medicamentos básicos havia aumentado em quase cinco vezes desde o início do programa e a FUNED já não mais fornecia medicamentos básicos por opção de seu plano estratégico. Do ponto de vista operacional, a SES encontrava dificuldades de emitir alvarás de funcionamento e buscava meios de conseguir maior flexibilidade na contratação de serviços (como para a manutenção de equipamentos). Assim, somando-se os pontos citados à avaliação dos gestores de que a aquisição descentralizada nos municípios seria muito menos eficiente, optou-se pela manutenção do modelo centralizado com a inclusão na rede de distribuição da figura do Operador Logístico. Foi, então, contratada uma consultoria de mercado que elaborou o projeto (estudo e definição do modelo) para, em seguida, ser realizada a licitação. O vencedor foi o consórcio Saúde Logminas. (Entrevistado 3).

4.1.1 O Operador Logístico

A perspectiva que se apresentava a partir de 2011 deixava claro aos gestores mineiros a impropriedade de um investimento público que sustentasse estrutura compatível com a crescente demanda de espaço, equipamentos, máquinas e veículos. Por isso, decidiu-se pela terceirização das etapas de armazenamento e distribuição e pela utilização de um operador logístico

contratado. No entanto, o operador logístico vencedor da licitação mostrou-se incapaz de realizar as operações com eficácia. (Entrevistados 1 e 3).

Os problemas surgiram quando as empresas consorciadas, após um período de seis meses de adaptação, não conseguiam operar o sistema. As falhas de distribuição se multiplicavam e as soluções encontradas nem sempre eram condizentes com as boas práticas de armazenagem e transporte de medicamentos. Um exemplo relatado foi a adoção da estratégia de entrepostos pelo operador logístico para manipular a carga e montar os pedidos dos municípios. (Entrevistado 1).

Em 2013, foi realizada uma auditoria pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) que constatou vários problemas de desabastecimento, causados, em grande maioria, pela incapacidade de gestão do consórcio criado exclusivamente para prestar tais serviços ao estado de Minas Gerais. (Minas Gerais, 2013). (Entrevistado 1 e 3).

Um ponto a merecer melhor investigação neste contexto é a influência dos editais de licitação na seleção do operador logístico. O primeiro edital não permitia a participação de consórcios, e este critério, em seguida, foi questionado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). Diante da alegação de que o primeiro edital restringia por demais as opções e não aumentava o leque concorrencial, elaborou-se outro edital permitindo a associação de empresas logísticas de especialidades diferentes, desde que comprovassem capacidade prévia. Foi então que o consórcio citado ganhou a licitação para armazenar e distribuir os medicamentos do programa. (Entrevistado 1 e 2).

O fato de o consórcio vencedor da licitação ter sido formado por duas empresas de especialidades diferentes, uma realizava as atividades de armazenagem e a outra, as de transporte, poderia, segundo o entrevistado, ter resultado em divergências na gestão, e estas teriam criado um desalinhamento estratégico a prejudicar consideravelmente o desempenho do consórcio. (Entrevistado 3).

Outro fato a destacar foi a falta de infraestrutura instalada no estado de Minas Gerais para a prestação dos serviços na rede de distribuição do

programa, tendo o consórcio que adequá-la enquanto assumia as atividades. O operador não tinha frota própria e contratava outras empresas no mercado de fretes, de acordo com a característica do traslado e a necessidade do momento. Constatou-se manipulação inadequada e desorganizada da carga nos entrepostos e a perda, por conseguinte, da integridade e rastreabilidade dos medicamentos a partir do depósito central da SES. Pode-se ainda apontar a falta de integração entre o sistema de gestão de armazéns do operador logístico e o Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF) como possível fator negativo a contribuir para o desempenho do operador logístico. (Entrevistado 1).

Para além da discussão sobre a licitação do operador logístico, é importante destacar nesta análise a dificuldade intrínseca em operar o modelo centralizado. O estado de Minas Gerais é a unidade da federação com o maior número de municípios e a maior malha viária. Assim, uma estrutura que pudesse atender com eficiência e eficácia em uma lógica centralizada seria extremamente complexa e exigente, opção fora das pretensões das políticas públicas uma vez que operar esse modelo não representaria a finalidade primordial da atuação do Estado. (Entrevistado 2 e 3).

4.2 O Programa Farmácia de Todos e a Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

Convencidos os gestores públicos dos limites do modelo centralizado de distribuição, o programa estadual passou, em 2015, por uma nova concepção administrativa e operacional, a *Regionalização* da assistência farmacêutica. Os conceitos aplicados no processo de Regionalização visavam, enquanto estratégia global, uma menor participação do estado como operador do modelo e maior como gestor da política pública (Entrevistado 3).

A deliberação CIB-SUS MG Nº 2.164 (Minas Gerais, 2015b) definiu três formas de gestão dos recursos para a aquisição de medicamentos básicos: Totalmente Centralizado no Município (TCM), Parcialmente Descentralizado no Município (PDM) e Totalmente Centralizado no Estado (TCE).

Esta foi a fase **não compulsória** do programa, quando o município optava livremente entre as três alternativas.

Após o enquadramento inicial, foi possível elaborar uma análise da preferência dos municípios. Constatou-se que 261 deles (31%) optaram pelo TCM, 37 (4%) pelo PDM e 555 (65%) pelo TCE. Cabe ressaltar que em 2015 o índice de 31% de opção pelo TCM, 261 em 853 municípios, foi considerado pelos gestores públicos mineiros com excelente, o que indicaria uma alta taxa de adesão ao modelo de gestão com mais autonomia local.

Para uma melhor análise das características de adesão na fase não compulsória da Regionalização, foram tabulados os dados pelo critério de porte (Tabela 1). Os percentuais referem-se à frequência de escolha da opção dentro das categorias de porte: GG – acima de um milhão de habitantes; G – até 999.000 habitantes; M – até 120.000 habitantes; P – até 50.000 habitantes e PP até 20.000 habitantes.

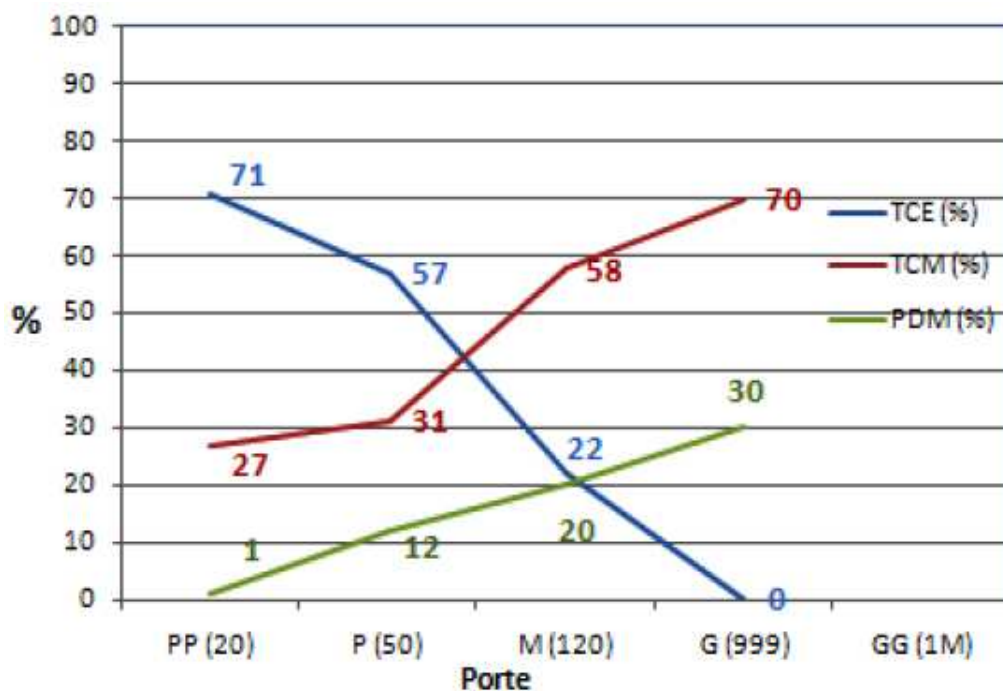
Tabela 1 – As Opções dos Municípios por Porte (Quantidade)

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

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

O que se constata é que, com o aumento do porte do município, aumenta também a preferência pelo modelo TCM em detrimento do TCE. Assim, os municípios de maior porte parecem mostrar maior interesse em aderir ao modelo que mais atribui responsabilidades aos gestores municipais, como sugere o Gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 – Preferência (%) dos Municípios Mineiros por Porte.



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

Por outro lado, municípios pequenos e médios com menor infraestrutura e *know-how* poderiam estar receosos em assumir o processo de compras de medicamentos básicos, o que justificaria uma opção de 71% e 57% para a modalidade TCE entre municípios até 20 mil e até 50 mil habitantes, respectivamente.

4.2.1 A Utilização da Ata de Registro de Preços

Para sistematizar a gestão das compras de medicamentos no modelo regionalizado e, ao mesmo tempo, permitir que se utilizasse a logística privada, foi instituído um instrumento de gestão de aquisição de medicamentos que os administradores públicos mineiros adaptaram de práticas observadas no programa de medicamentos básicos do estado do Espírito Santo, a Ata de Registro de Preços. (Entrevistado 3).

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

Efetivada a adesão do município às atas de registro de preços, bastaria que a secretaria municipal de saúde fizesse um pedido e a entrega dos medicamentos partiria do fornecedor diretamente para esse município. Assim, a logística de distribuição utilizada no modelo é a da rede privada, ou seja, do fornecedor. No entanto, pela diferença significativa das características regionais, e como forma de não restringir as licitações às grandes empresas com atas globais de volume gigantesco, optou-se por incentivar a concorrência com atas de preços regionalizadas. O que se observou foi que, quando os lotes de aquisição eram muito grandes, a curva da economia de escala se invertia ao restringir a concorrência nos certames, reduzindo a eficiência da aquisição. (Entrevistado 3).

Neste momento, foram avaliadas as localizações dos laboratórios fornecedores em potencial. Percebeu-se, então, que se concentravam na região do Triângulo Mineiro e no sul do estado, com quase nenhuma presença nas regiões norte e nordeste. Diante da influência do custo operacional de distribuição nos preços finais dos medicamentos colocados nos municípios, tomou-se a decisão de reunir uma região próxima a outra distante dos centros produtores em uma mesma ata. (Entrevistado 3).

Esta estratégia de agrupamento de regiões para compor uma ata de registro de preço (dentro de uma legítima política logística de “*comeu o filé, tem que roer o osso*”) pode ser vista como uma forma de tratar com mais equidade as regiões, uma vez que se minimizam as significativas diferenças de custo logístico de entrega dentro do estado. Somente o município de Belo Horizonte, pelo grande volume de demanda, teve ata exclusiva, todas as outras atas foram compostas por associação de diferentes regiões. Pelo edital, as empresas fornecedoras ficaram obrigadas a entregar pelo mesmo preço em qualquer lugar das regiões da ata, independentemente do local do município ou do volume do pedido. (Entrevistado 3).

Quanto ao número de ciclos de compra de medicamentos, passaram de três por ano no modelo centralizado para cinco por ano, no descentralizado, podendo ocorrer ciclos extraordinários de acordo com a necessidade dos municípios, como para corrigir posições de estoque que flutuaram mais que o esperado. (Entrevistado 3).

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

Com o decorrer da primeira fase da Regionalização, os administradores públicos se convenceram da viabilidade de estender a opção TCM à totalidade dos municípios mineiros de **forma compulsória**, o que foi realizado em 2017. Assim, a partir deste ano, a exceção de pequeno grupo de 30 a 40 municípios (que, por terem optado pelo modo Parcialmente Descentralizado no Município e por serem classificados como de Gestão Plena de Fornecedores, não aderiram ao projeto da Regionalização), todos os outros municípios mineiros passaram a administrar seus recursos financeiros no formato Totalmente Centralizado no Município. (Entrevistado 3).

A partir de então, os municípios foram se adequando à nova realidade e, aos poucos, foram aderindo na prática ao modelo descentralizado. Os primeiros resultados apresentados pela Superintendência de Assistência

Farmacêutica (SAF) indicaram grandes reduções nos custos médios dos medicamentos e casos de demanda reprimida dos municípios, pois se verificou um forte aumento do volume comprado em ata, em comparação com o volume adquirido no modelo centralizado. (Entrevistado 3).

Por fim, ainda de acordo com a avaliação da SAF, a elevação do volume adquirido e o aumento no número de itens no elenco de medicamentos básicos distribuídos pelo estado de Minas Gerais acabaram por atrair vários laboratórios farmacêuticos (fornecedores) para o programa, o que contribuiu para o aumento da concorrência e redução do custo médio do insumo. (Entrevistado 3).

5 Considerações Finais

As mudanças institucionais preconizadas pela estratégia de gestão logística empregada na Regionalização da assistência farmacêutica de Minas Gerais romperam definitivamente com o sistema centralizado de distribuição que vigorou de 1997 a 2014. Assim, para resumir a trajetória logística, foi sistematizado no Quadro 1 os avanços e desafios da estratégia de Regionalização, evidenciando o período, o foco de atuação do programa e a estrutura logística de distribuição (centralizada ou descentralizada) utilizada em cada fase caracterizada.

Quadro 1 – Histórico de Avanços e Desafios da Assistência Farmacêutica Mineira

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

Fonte: elaborado pelo autor.

A Regionalização, do ponto de vista da gestão logística do programa, caracteriza-se por descentralizar as atividades da rede, de forma a reduzir os custos da estrutura pública centralizada de distribuição, além de tornar o estado mineiro menos provedor e mais gestor do modelo. Na prática, ao descen-

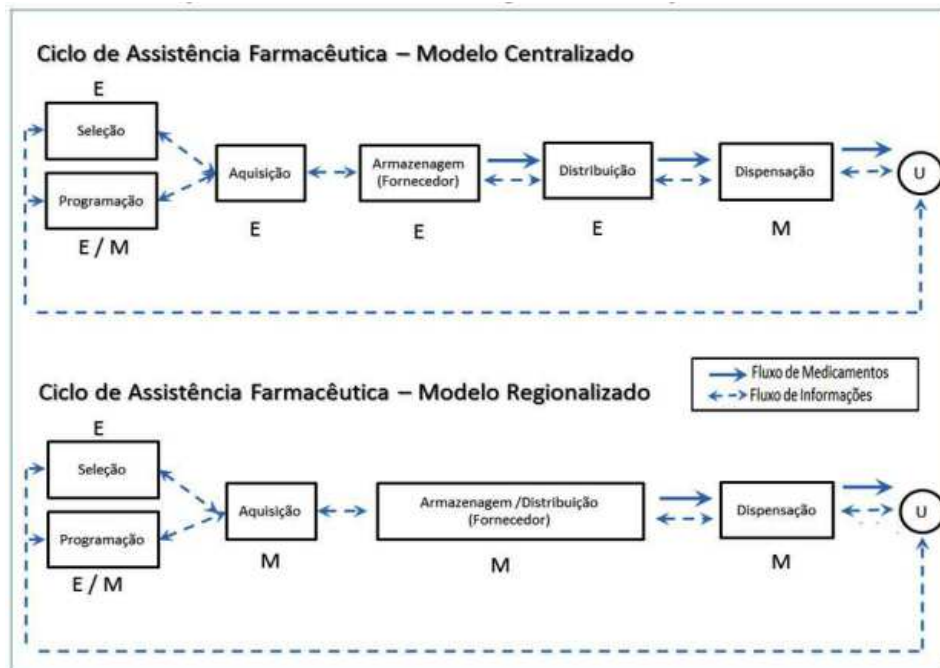
tralizar a aquisição física por meio da utilização das atas de registro de preços, a SAF/SES implantou um sistema que substituiu a estrutura estatal pela de mercado sem perder os benefícios da compra em grande escala, o que, em tese, possibilitaria aos municípios efetuar compras mais vantajosas de medicamentos.

Com a utilização da logística privada para a entrega aos municípios, reduziu-se a necessidade de infraestrutura pública, que demandava grande monta de recursos e, ainda sim, continuava a representar um gargalo logístico. Na Regionalização, a capacidade de investimento em logística do estado mineiro não representa um gargalo para o atendimento da demanda dos municípios.

Quando se avalia as mudanças ocorridas de acordo com a revisão histórica elaborada, acredita-se que, ao longo dos últimos 20 anos (1997 a 2017), existiram três modelos de rede de distribuição. O primeiro modelo foi o *centralizado com predomínio de fornecimento público*, que transcorreu enquanto a FUNED foi fornecedora majoritária do programa. O segundo modelo foi o *centralizado com predomínio do fornecimento privado*, quando o estado de Minas Gerais centralizava a aquisição e repasse aos municípios. Neste modelo a maior parte dos medicamentos básicos advinha de laboratórios privados, muitas vezes de grandes indústrias multinacionais. Por fim temos o terceiro modelo, o *descentralizado*, que se iniciou quando as atividades logísticas fornecidas pelo estado mineiro foram substituídas pelas atividades privadas. A partir de então, a entrega passou a ser realizada pelos fornecedores diretamente ao município.

Outro ponto importante que caracteriza o novo modelo é a repactuação de competências com a definição de novos papéis para os níveis estadual e municipal. A Figura 2 ilustra a repactuação estratégica da Regionalização com base no Ciclo da Assistência Farmacêutica revisitado. Destacou-se com a letra “E” a competência do estado de Minas Gerais e com “M”, a dos municípios. “U” simboliza o usuário do sistema.

Figura 2 – As Definições de Competências na Regionalização



Fonte: elaborado pelo autor.

Como indicado na figura (onde o ciclo de assistência farmacêutica é apresentado como um processo) as etapas de aquisição, armazenamento e distribuição, antes geridas pelo estado mineiro, agora são geridas pelos municípios. Esta é uma das questões mais substanciais da Regionalização. Vale ressaltar que as etapas de armazenamento e distribuição continuam a existir fisicamente, no entanto, na prática, passam a ser operadas pelo fornecedor.

Em um modelo de mais autonomia para os municípios, por visar um contexto de um trabalho mais gestor que operador da rede de distribuição, um ponto importante a ser mencionado é que os sistemas de informação e instrumentos de controle precisariam de adaptações para melhor integrar a gestão do estado mineiro à dos municípios.

Há necessidade de que o SIGAF sofra intervenções para adequar o sistema informatizado aos novos processos de gestão da rede logística e das atas de registro de preços. Já as atas, estas devem se manter competi-

vas frente às negociações individuais dos municípios com seus fornecedores. *As atas de registro de preços são o mecanismo fundamental para o sucesso do arranjo institucional da Regionalização.*

Outro ponto relevante é que grande parte dos benefícios de gestão podem vir da capacidade dos administradores públicos de manter uma agenda de integração em busca das boas práticas de gestão. Por isso há necessidade de capacitação constante dos servidores dos municípios mineiros, principalmente os de menor porte. Há necessidade de adequação da estrutura física, de pessoal e investimento em treinamento técnico, sob a pena de representar uma barreira para o sucesso do modelo.

Também poderia ser aprimorada a capacidade de regulação e controle do estado mineiro e dos municípios pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). Deve-se lembrar que os municípios têm autonomia de compras e não precisarão realizá-las apenas pelas atas de registro de preços. *Podem ser realizadas as compras “fora das atas” desde que em situação mais vantajosa, bastando prestar contas da opção ao TCE.* Assim, uma possível integração do SIGAF com o sistema “Suricato” do TCE-MG poderia ajudar no cruzamento de dados de notas fiscais emitidas com as atas e informações de preços da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), desta forma poderiam ser identificadas as aquisições de medicamentos com valores desvantajosos para os municípios.

Por fim, ressalte-se a necessidade de maiores avaliações acerca dos resultados, sobre os níveis de eficiência e eficácia do novo modelo, especialmente no atual contexto de grave crise fiscal pela qual passa o estado mineiro. Os resultados de futuras avaliações poderiam contribuir de forma a corroborar, ou não, a Regionalização como estratégia viável na busca de maior efetividade das políticas de assistências farmacêutica para o SUS.

Referências

COSENDEY, Marly A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16(1), p. 171 a 182, jan./mar., 2000.

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

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

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

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

MINAS GERAIS. *Programa Farmácia de Todos – Programa de Assistência Farmacêutica*. Secretaria de Saúde. Belo Horizonte: 2016.

MINAS GERAIS. *Rede Farmácia de Minas*. Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica. Secretaria da Saúde. Belo Horizonte: 2008.

MINAS GERAIS. *Rede Farmácia de Minas*. Uma Estratégia para Ampliação do Acesso e Uso Racional de Medicamentos no SUS. Belo Horizonte: 2009.

MINAS GERAIS. *Relatório Final de Auditoria – Assistência Farmacêutica: Programa Farmácia de Minas*. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE/MG). Belo Horizonte: 2013.

TRIPALLI, Juarez P.; FERNANDES, Elton; MACHADO, Waltair V. Gestão da cadeia de suprimento no setor público: uma alternativa para o controle de gastos correntes no Brasil. *Rev. Adm. Pública – RAP*, Rio de Janeiro, v. 45(2), p. 401 a 433, mar./abr. 2011.

VAZ, Carlos J; LOTTA, Gabriela S. A contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil. *Rev. Adm. Pública – RAP*. Rio de Janeiro, v.45(1), p.107 a 139, jan./fev. 2011.

