

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

RODRIGO MARTINS DA COSTA MACHADO

**ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE COORDENAÇÃO E
COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NO SUS:
A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
BÁSICA**

Belo Horizonte

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

RODRIGO MARTINS DA COSTA MACHADO

**ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO
INTERGOVERNAMENTAL NO SUS: A DESCENTRALIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. José Angelo Machado

Belo Horizonte

2019

320 Machado, Rodrigo Martins da Costa
M149a Arranjos institucionais de coordenação e cooperação
2019 intergovernamental no SUS [manuscrito]: a descentralização
da assistência farmacêutica básica / Rodrigo Martins da
Costa Machado. - 2019.
106 f.
Orientador: José Angelo Machado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1. Ciência política – Teses. 2. Política de saúde - Teses.
I. Machado, José Angelo. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.
Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NO SUS: A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

RODRIGO MARTINS DA COSTA MACHADO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIA POLÍTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIA POLÍTICA, área de concentração CIÊNCIA POLÍTICA, linha de pesquisa Estado, Gestão e Políticas Públicas.

Aprovada em 22 de março de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). José Angelo Machado - Orientador
DCP/UFMG

Prof(a). Marcia Miranda Soares
UFMG

Prof(a). Francisco de Assis Acurcio
UFMG

Belo Horizonte, 29 de abril de 2019.

AGRADECIMENTOS

Depois de dois anos de intenso trabalho, buscando conhecer e interagir com um campo teórico tão vasto e complexo como a Ciência Política, resta a sensação de que muita coisa ganhei e de que outras precisei deixar de lado. Nessa caminhada, nunca deixei de ter a permanente presença de Juliana, expressa por seu amor, incentivo e segurança, essenciais à sua realização. No meio do caminho recebemos Nuno, que, com sua graça, veio trazer novos desafios à nossa vida e oferecer mais alegria para ajudar a seguir adiante. À Ju, minha eterna gratidão.

À minha grande família, em especial meu pai e minha mãe, que ofereceram apoio para enfrentar esse desafio do conhecimento.

Ao professor e orientador José Angelo Machado, pela acolhida, respeito e constantes incentivos no desenvolvimento do mestrado. Sua competência, experiência e simplicidade contribuíram para que eu pudesse desbravar o universo da Ciência Política e dos estudos em Políticas Públicas.

Aos professores e pesquisadores do Departamento de Ciência Política da UFMG, por me apresentarem um novo campo de conhecimento que modificou minha vida, em especial, à Márcia Soares, pelos retornos acadêmicos que se transformaram em incentivos, e à Manoel Santos, pelas dicas no momento do desenho da pesquisa. À Alessandro Magno, secretário do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da UFMG.

À Letícia Mendes, Homero Souza, Anderson Silva, Karen Costa, Igor Cerqueira, Isabella Vitral, Rafael Santana, Nivaldo Junior, Cristiane Mota e Caio Guimarães, pelas informações, referências, sugestões e palpites teóricos, empíricos e metodológicos que me ajudaram a construir e desenvolver este trabalho.

Às servidoras do Ministério da Saúde, Letisa Nora, do Departamento de Assistência Farmacêutica, e Marilda Rohod, do Departamento de Articulação Interfederativa, que auxiliaram a coleta dos dados essenciais ao desenvolvimento da pesquisa.

Aos colegas da ESP-MG, pela amizade e apoio ofertados. Em especial, à Fernanda Maciel e Lenira Maia, pelo aprendizado compartilhado que compõe minha formação. À equipe da SPPGS, que respeitou e compreendeu a importância desta etapa, proporcionando um ambiente de trabalho acolhedor.

À Laila Vieira, pela dedicada revisão final do texto.

A verdade

*A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.*

*E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os dois meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.
Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

(Carlos Drummond Andrade)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTEXTUALIZAÇÃO E TRAJETÓRIA DE IMPLEMENTAÇÃO	18
1.1. Assistência farmacêutica no Brasil: bases conceituais e marcos institucionais	19
1.1.1. <i>Antecedentes</i>	19
1.1.2. <i>A reorientação da política pública de assistência farmacêutica</i>	20
1.1.3. <i>O ciclo da assistência farmacêutica</i>	23
1.2. Assistência farmacêutica na atenção básica: desenvolvimento e descentralização	25
1.2.1. <i>Origens</i>	25
1.2.2. <i>Trajetoira de descentralização da assistência farmacêutica básica no SUS</i>	27
1.3. Paradoxos de uma assistência farmacêutica básica universal e descentralizada	34
CAPÍTULO 2 - COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	39
2.1. Federalismo, descentralização e relações intergovernamentais: breve introdução	39
2.2. Coordenação federativa e cooperação intergovernamental: conceitos associados	43
2.3. Coordenação e cooperação nas políticas sociais brasileiras e a experiência do SUS	46
2.4. Arranjos institucionais de coordenação e cooperação na assistência farmacêutica básica do SUS	52
CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	55
3.1. Debates nacionais tripartite e relevância do tema da cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos	57
3.2. Pactuações estaduais bipartite e os arranjos subnacionais de descentralização e cooperação no âmbito da assistência farmacêutica básica	61

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1. Cooperação subnacional para a assistência farmacêutica básica na arena de gestão tripartite do SUS: uma frágil e incipiente agenda	71
4.2. Arranjos institucionais de descentralização da assistência farmacêutica básica no SUS: a dominância da fragmentação de gestão sob a municipalização	77
4.3. Arranjos subnacionais para cooperação intergovernamental na assistência farmacêutica básica no SUS	81
4.4. A “lacuna” ou o “não-lugar” da cooperação intergovernamental na assistência farmacêutica básica do SUS	84
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Número de arranjos estaduais considerando a relação entre as dimensões de <i>descentralização e coordenação e cooperação</i>	85
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Breve descrição das etapas do ciclo da assistência farmacêutica e de atividades correlacionadas	24
Quadro 02: Categorias temáticas dos debates e encaminhamentos sobre AFB das reuniões da CIT-SUS (Brasil, 1988 – 2018)	60
Quadro 03: Dimensões, variáveis e categorias/valores utilizados para análise dos arranjos estaduais de descentralização da assistência farmacêutica básica	64
Quadro 04: Pontuação por categoria/valor assumido da variável 1 da dimensão <i>descentralização</i>	67
Quadro 05: Pontuação por categoria/valor assumido das variáveis 2, 3 e 4 da dimensão <i>descentralização</i>	67
Quadro 06: Pontuação por estratégia institucionalizada mapeada para cálculo da variável 6 da dimensão <i>coordenação e cooperação</i>	68
Quadro 07: Contextualização da discussão das pautas sobre arranjos cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos da AFB na CIT-SUS (Brasil, 1998 – 2018)	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Etapas do ciclo da assistência farmacêutica e atividades relacionadas	23
Figura 02: Trajetória de desenvolvimento e descentralização da AF no SUS	27
Figura 03: Forma predominante de pactuação bipartite do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018)	78
Figura 04: Modalidades existentes de gestão da contrapartida federal para financiamento do CBAF por estado e município (Brasil, agosto/2018)	79
Figura 05: Modalidades existentes de gestão da contrapartida estadual para financiamento do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018)	80
Figura 06: Modalidades existentes de gestão da contrapartida municipal para financiamento do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018)	81
Figura 07: Arranjos de cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos institucionalizados por estado (Brasil, agosto/2018)	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Número de reuniões de CIT-SUS realizadas, segundo realização, existência de pauta sobre AFB por quadriênio (Brasil, 1998 – 2018)	58
Tabela 02: Pontuação da dimensão <i>descentralização</i> por UF (Brasil, agosto/2018) ...	69
Tabela 03: Pontuação da dimensão <i>coordenação e cooperação</i> por UF (Brasil, agosto/2018)	70
Tabela 04: Quantidade e frequência dos tipos de pauta à cooperação intergovernamental na AFB discutidos e/ou encaminhados na CIT-SUS por quadriênio (Brasil, 1998 – 2018)	73
Tabela 05: Distribuição dos tipos de pauta relativas à cooperação intergovernamental na AFB discutidas e/ou encaminhadas na CIT-SUS por categoria temática (Brasil, 1998 – 2018)	74

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção básica à saúde

AF – Assistência farmacêutica

AFB – Assistência farmacêutica básica

APS – Atenção primária à saúde

CBAF – Componente básico da assistência farmacêutica

CNMAF – Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

CEME – Central de Medicamentos

CIB-SUS – Comissões Intergestores Bipartite

CIT-SUS – Comissão Intergestores Tripartite

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica

IAFB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Panamericana da Saúde

PFB – Programa Farmácia Básica

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Trata-se de estudo de caso descritivo sobre arranjos institucionais de coordenação e cooperação no âmbito da política de saúde, que toma como caso a descentralização da assistência farmacêutica básica no SUS. Apesar de ampliar o acesso a medicamentos básicos, esse movimento também produziu efeitos contraditórios, expressos por um padrão de desigualdade na oferta de medicamentos entre municípios. Argumenta-se que a cooperação intergovernamental em âmbito subnacional pode promover efeitos positivos nesta situação paradoxal, produzindo ganhos incrementais na coordenação da política de medicamentos. Busca-se descrever os arranjos institucionais descentralizados destinados à aquisição e distribuição de medicamentos para a assistência farmacêutica básica e identificar os padrões de cooperação constituídos entre estados e municípios. O percurso metodológico baseou-se em revisão bibliográfica sobre os marcos institucionais da política nacional de medicamentos e na análise documental de resumos executivos de reuniões intergestores em âmbito nacional e de pactuações estaduais vigentes sobre execução e financiamento da assistência farmacêutica básica. Observou-se que o tema da cooperação entre entes subnacionais para a aquisição e distribuição de medicamentos básicos possuiu baixa relevância nos debates nacionais realizados ao longo da trajetória da política de medicamentos. Além disso, constatou-se a dominância de um desenho totalmente descentralizado no município na grande maioria dos estados, seja na gestão dos recursos financeiros, seja na execução dos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos. Identificou-se, ainda, dispositivos institucionais de cooperação praticados por entes subnacionais: atas estaduais de registro de preço, consorciamento e produção pública de medicamentos. Os achados do trabalho sugerem incipiente utilização de estratégias de cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos no Brasil. Os arranjos adotados nos estados, onde predomina alta descentralização e baixa coordenação e cooperação, sustentam a percepção de uma situação paradoxal que envolve a universalização da assistência farmacêutica e o seu elevado potencial de fragmentação e iniquidade. O cenário mapeado sugere uma ausência do desenvolvimento de estratégias cooperativas concretas e inovadoras em relação aos processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos no país.

Palavras-chave: política de saúde, assistência farmacêutica, descentralização, cooperação intergovernamental

ABSTRACT

This is a descriptive case study on institutional arrangements for coordination and cooperation in Brazilian health policy, which takes as its case the decentralization of pharmaceutical assistance in primary health care. Despite broadening access to basic medicines, this movement has also produced contradictory effects, expressed by a pattern of inequality in medicines supply among municipalities. It is argued that intergovernmental cooperation at the subnational level can promote positive effects in this paradoxical situation, producing incremental gains in the coordination of medicines policy. The study seeks to describe the decentralized institutional arrangements for the procurement and distribution of medicines for primary health care and to patterns of cooperation between states and municipalities. The methodological course was based on: a bibliographical review on the institutional frameworks of the national medicines policy; and a documentary analysis of executive summaries of intergovernment meetings at the national level and on current state agreements on the execution and financing of the program. It was observed that the topic of cooperation between subnational levels for the procurement and distribution of essential medicines had little relevance in the national debates carried out along the medicines policy trajectory. In addition, it was verified the dominance of a totally decentralized design in the municipality in the majority of states, either in the management of financial resources or in the execution of the processes of procurement and distribution of medicines. It was also identified institutional mechanisms of cooperation practiced by subnational levels: state price registration, joint purchase by consortium and public production of medicines. The findings of this study suggest the incipient use of intergovernmental cooperation strategies for procurement and distribution of medicines for primary health care in Brazil. The arrangements adopted in the states, where high decentralization and low coordination and cooperation predominate, support the perception of a paradoxical situation that involves the universalization of pharmaceutical assistance and its high potential for fragmentation and inequity. The mapped situation suggests an absence of the development of concrete and innovative cooperative strategies in relation to the processes of procurement and distribution of medicines for primary health care in the country.

Keywords: health policy, pharmaceutical assistance, decentralization, intergovernmental cooperation

INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa nos propomos a trabalhar com os temas da descentralização e das relações intergovernamentais no âmbito da política de saúde, tendo como foco a coordenação federativa e as práticas de cooperação realizadas entre os entes subnacionais. Para isso, tomamos como caso a descentralização da assistência farmacêutica (AF), uma das principais diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) no Brasil. Mais precisamente, buscaremos descrever os arranjos estabelecidos no âmbito das unidades da federação e identificar padrões de cooperação constituídos visando a aquisição e distribuição de medicamentos básicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

A descentralização da política de saúde brasileira foi reconhecida como um dos princípios fundamentais para a garantia do disposto na Constituição Federal de 1988, que informou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua implementação tem demandado mudanças na configuração político-institucional do sistema de saúde ao longo de três décadas de história, expressas, em especial, pelo aumento considerável das responsabilidades dos municípios em relação à execução dos serviços.

Apesar da intensa transformação observada na prestação de serviços de saúde no Brasil, caracterizada, sobretudo, pela ampliação do acesso aos serviços básicos nos municípios brasileiros, convive-se, atualmente, com diversos problemas e resultados negativos referentes à sua implementação (ARRETCHE; RODRIGUEZ, 1999). Dentre eles destacamos a fragilidade do SUS para efetivar a garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme preconizado na Lei Orgânica da Saúde, que assegura a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, como um dos campos de atuação da política pública de saúde (BRASIL, 1990).

Boing e colaboradores (2013) identificaram, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, que apenas 45,3% dos usuários que tiveram medicamentos prescritos no SUS obtiveram os mesmos no próprio sistema público de saúde, demonstrando relevante dependência do setor privado para garantia desse acesso. Os autores destacaram, também, que mesmo restrita, a provisão pública possui relevante efeito redutor de iniquidade ao considerar o perfil da população atendida nos serviços públicos de saúde.

Considerando o grau de complexidade do modelo de gestão no âmbito do SUS, bem como o relevante padrão de desigualdade observado entre os municípios na oferta

de ações e serviços de saúde, inferimos que parte do problema que se vivencia para a efetivação da política de saúde brasileira, incluindo o acesso a medicamentos básicos, se relaciona a constrangimentos gerados pelo seu caráter descentralizado em um contexto federativo marcado por assimetrias entre capacidades locais (LIMA, 2013). Em países como o Brasil, caracterizados por considerável heterogeneidade entre seus territórios, a descentralização tende realçar as desigualdades entre as regiões com bastante intensidade em determinadas políticas setoriais (SOUZA, 2002), como é o caso da saúde.

A literatura sobre o tema tem analisado a relevância do governo central atuando como ente protagonista da coordenação federativa, e indutor da cooperação intergovernamental para o sucesso da descentralização e implementação de políticas sociais com caráter nacional e redistributivo (ARRETCHE, 2013). Essa característica do federalismo brasileiro pode estar entre as causas da pouca valorização, em termos teóricos e institucionais, da produção de coordenação e cooperação em âmbito subnacional em nosso país. Dado a vastidão de nosso território e as diferenças existentes entre as suas unidades, seria de se esperar que os governos estaduais e municipais buscassem a construção de soluções regionais para problemas advindos da descentralização das políticas públicas. Entretanto, não é este o cenário que encontramos, seja pelas condições institucionais que favorecem a execução da coordenação pelo governo central, seja pela fragilidade que o ente estadual passou a adquirir após a década de 1990 (ABRUCIO, 2005).

A descentralização da AF experimentada em nosso país promoveu a transferência da responsabilidade pela gestão e execução das atividades relacionadas aos medicamentos utilizados na atenção básica à saúde (AB) aos municípios. Esse movimento centrífugo permitiu a ampliação da oferta de medicamentos básicos, mas também gerou efeitos contraditórios se considerarmos outros princípios do SUS como a universalidade e a equidade. O acesso aos medicamentos essenciais não é igual em todas as regiões do país.

A área de AF, portanto, com destaque às ações que visam o abastecimento das unidades básicas de saúde com medicamentos essenciais, configura um interessante caso para se observar o padrão de desigualdade no acesso a política públicas presente no território brasileiro e, também, as alternativas institucionais postas em prática pelo poder público para transformação dessa situação.

Sabemos que alguns poucos estados da federação têm buscado implementar arranjos institucionais próprios em pactuação com os municípios para superar os

obstáculos relativos à cadeia de aquisição e distribuição de medicamentos básicos para as unidades de atenção à saúde do SUS. São respostas que buscam desenvolver novas formas de cooperação entre as esferas subnacionais de governo e que revelam mecanismos de coordenação federativa em âmbito subnacional por meio de incentivos e constrangimentos institucionais.

É neste contexto que se insere o desenvolvimento desta pesquisa, que possui como objetivo geral a descrição dos arranjos institucionais descentralizados para aquisição e distribuição de medicamentos para a assistência farmacêutica básica (AFB) do SUS e identificação dos padrões de cooperação constituídos. Partimos do argumento de que tais arranjos se constituem enquanto estratégias de indução da cooperação intergovernamental e produzem ganhos incrementais na coordenação federativa no âmbito da PNM.

Para o alcance desse objetivo, delineamos um desenho de pesquisa que contemplou a realização dos seguintes objetivos específicos:

- Descrever os marcos institucionais nacionais do processo de descentralização da AFB no âmbito da PNM do SUS;
- Identificar debates e encaminhamentos sobre temas relativos à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos da AFB, realizados nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT-SUS), no período de 1998 a 2018;
- Mapear os diferentes arranjos institucionais, pactuados entre estados e municípios nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB-SUS) e vigentes atualmente, para operar a descentralização da AFB em relação à responsabilidade pelos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos;
- Identificar padrões de cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos incorporados aos arranjos institucionais pactuados entre os entes subnacionais;
- Discutir criticamente, considerando os achados da pesquisa, os limites e possibilidades inerentes aos diferentes padrões de cooperação intergovernamental identificados enquanto estratégia de coordenação federativa da descentralização da AFB no SUS.

No primeiro capítulo, apresentamos uma contextualização acerca da AF, bem como sua trajetória de implementação no país, destacando as bases conceituais que orientaram a construção da política de medicamentos para o SUS. Além disso, destacamos

os fundamentos e marcos institucionais do processo de descentralização da AFB, apresentando, ao final, elementos que compõem a situação paradoxal que ilustra a tentativa de concretização de uma AFB universal e descentralizada em um contexto federativo como o brasileiro.

Em seguida, no segundo capítulo, apresentamos uma breve introdução aos conceitos de federalismo, descentralização e relações intergovernamentais, de forma a preparar o debate teórico acerca das noções de coordenação federativa e cooperação intergovernamental. Neste capítulo, ainda, apresentamos marcos teóricos e institucionais da coordenação e cooperação nas políticas públicas brasileiras, dando destaque a experiência do SUS em relação a essas práticas. Por fim, reapresentamos o problema de pesquisa à luz dos debates realizados no capítulo, na tentativa de qualificar a abordagem analítica sobre o mesmo.

Apresentados e debatidos os marcos teóricos que se relacionam ao objeto deste estudo, descrevemos, no terceiro capítulo, as estratégias metodológicas utilizadas para a realização da pesquisa. São apresentados o caminho metodológico percorrido e os critérios que balizaram a construção das variáveis utilizadas para a descrição dos arranjos estaduais para coordenação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

No quarto capítulo expomos os achados obtidos com a pesquisa, buscando discutir as principais evidências que ajudam a construir o panorama da descentralização da AFB e as estratégias de coordenação e cooperação utilizadas em sua implementação.

Por fim, no quinto e último capítulo, traçamos considerações finais que supomos por bem destacar, apontando as contribuições ofertadas pelo trabalho, bem como suas limitações e lacunas que informam questões para futuras investigações sobre o tema.

CAPÍTULO 1 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTEXTUALIZAÇÃO E TRAJETÓRIA DE IMPLEMENTAÇÃO

A assistência farmacêutica passou por profundas transformações nos últimos trinta anos, influência do processo de reforma sanitária brasileira e da criação do SUS. Essas mudanças alteraram substancialmente a forma como apreendemos conceitualmente este campo, bem como as ações da política de medicamentos que foram formuladas e implementadas em nosso país.

O acesso com qualidade ao medicamento, componente terapêutico fundamental para o cuidado em saúde, é objeto de atenção de diversos organismos internacionais e governos nacionais. Sua garantia é um dos objetivos da PNM do Brasil e deve ser alcançada, dentre outras formas, pela existência destes insumos nas unidades de dispensação da rede de serviços de saúde.

O Brasil, com o advento do SUS, incluiu a AF no rol de ações e serviços que devem ser garantidos pelo Estado, sendo, portanto, direito dos cidadãos. Logo, a universalização do acesso a medicamentos essenciais para a saúde tornou-se um desafio a ser perseguido pelo conjunto de gestores dos diferentes níveis da nossa Federação. A concretização deste princípio, entretanto, tem trazido grandes desafios e obstáculos. Entre estes, destacamos as desigualdades entre capacidades institucionais dos entes em prover os medicamentos à sua população, que são influenciadas por diferentes elementos políticos, econômicos, administrativos, dentre outros.

Neste capítulo, introduziremos o tema da AF no contexto brasileiro, apresentando os antecedentes, as bases conceituais e os marcos institucionais que se relacionam com o movimento de reorientação da AF vivenciado em nosso país. Em seguida, apresentaremos o processo de descentralização da AFB, aquela relacionada aos medicamentos que apoiam o cuidado primário em saúde, destacando as principais estratégias que foram implementadas pela política pública de saúde. Ao fim, abordaremos o desafio ainda presente de se promover a universalização do acesso aos medicamentos básicos no contexto da descentralização encaminhada ao longo da história da política setorial de medicamentos do SUS.

1.1.Assistência farmacêutica no Brasil: bases conceituais e marcos institucionais

1.1.1. Antecedentes

AAF possui uma trajetória relativamente recente no Brasil, tendo se desenvolvido, inicialmente, no cenário da formulação de ações estratégicas para o setor de medicamentos implementadas pelo Estado nacional na década de 1970. Ao longo dessa história, porém, foi orientada por diferentes compreensões e formas de incorporação enquanto prática nas ações e serviços de saúde (MARIN et al., 2003; BERMUDEZ et al., 2018).

Em um contexto mais ampliado, sua concretização enquanto diretriz integrante das políticas de saúde foi fomentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Reconhecida como um dos principais marcos institucionais de desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS)¹ no âmbito dos sistemas nacionais de saúde, a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, destacou relevantes aspectos relacionados à AF tais como: a necessidade da garantia de abastecimento de medicamentos essenciais; a recomendação para que governos formassem políticas nacionais sobre o tema; o desenvolvimento de estratégias para o uso racional de medicamentos; bem como a necessidade de produção de ações para a garantia da qualidade e da segurança desses insumos (OMS, 1978).

No caso brasileiro, a AF passou a ser adotada institucionalmente enquanto prática de ação governamental com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971. Este órgão, ligado diretamente à Presidência da República, tinha como competência a promoção do acesso aos medicamentos por meio de sua aquisição centralizada e distribuição aos serviços locais de saúde em todo o território nacional, com foco na parcela da população com baixo poder aquisitivo. Além disso, essa iniciativa governamental de caráter centralizado buscava influir nas relações de mercado do setor

¹ Neste trabalho assumiremos como sinônimos as expressões atenção primária à saúde e atenção básica à saúde, definindo-as, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, como o conjunto de ações de saúde, de caráter individual, familiar e coletiva, que contemplam a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. São ações desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, executadas por equipes multiprofissionais e orientadas à população localizada em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Realizadas, em sua maioria, em unidades básicas de saúde, se referem, ainda, à principal porta de entrada do SUS, devendo funcionar como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017a).

farmacêutico e fomentar a produção pública de medicamentos essenciais (COSENDEY et al., 2000; MARIN et al., 2003; BRASIL, 2011).

Diversos autores observam que a introdução da AF na política pública de saúde brasileira, apesar de representar um avanço para a época, foi orientada por uma concepção limitada à dimensão logística. Isto significava assumir uma perspectiva que reduzia a AF apenas a elementos técnico-gerenciais relativos à compra e à distribuição de medicamentos para provimento à população (PERINI, 2003; OLIVEIRA et al., 2007). Para Schenkel e colaboradores (2004), esse entendimento restrito colaborava para a existência de uma separação entre a AF e os demais componentes do processo de atenção à saúde, gerando prejuízos de diversas ordens ao sistema de saúde. Somado a isso, o contexto caracterizado pela mudança do perfil epidemiológico da população e por irregularidades e fragilidades no abastecimento e oferta de medicamentos essenciais prejudicava, em grande medida, a eficácia das ações governamentais no setor saúde (BRASIL, 2001a).

1.1.2. A reorientação da política pública de assistência farmacêutica

A AF somente receberia uma definição mais ampliada e aprimorada em relação a seus objetivos, diretrizes e atividades em décadas posteriores, no processo de reorientação da política de medicamentos brasileira, que ocorreu de forma articulada ao movimento da reforma sanitária (VASCONCELOS et al., 2017; BERMUDEZ et al., 2018). O I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado em 1988, apresentou os fundamentos deste novo modelo de AF, concebido a partir de uma perspectiva integrada com os princípios e diretrizes do SUS que, naquele momento, ainda estavam sendo construídos (PERINI, 2003).

Assim, o período subsequente à publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS, corresponde ao momento em que ocorreu a reorientação da AF no Brasil. A política nacional de saúde, que naquele momento dava seus primeiros passos, anunciava um novo lugar para a AF ao incluí-la como sua responsabilidade do sistema, estabelecendo também a necessidade de formulação de uma nova política de medicamentos para o país (BRASIL, 1990).

O cenário do setor de medicamentos no âmbito do SUS se mostrava complexo e desafiador. Observava-se um aumento da demanda pela utilização desses insumos no

contexto de ampliação da rede de serviços, mas, também, pela indução ao seu uso irracional e desmedido para atendimento a demandas de mercado. Tal crescimento demandava o aprimoramento da regulação da produção e da venda de medicamento em busca da garantia da eficácia, segurança e qualidade dos produtos. Somava-se a isso, a procura pelo desenvolvimento de novas estratégias de regulação dos preços para garantia de acesso à população (BRASIL, 2001a; ACURCIO, 2003).

Em resposta aos desafios do setor, as discussões levavam ao desenvolvimento de uma perspectiva de AF que incluía todas as atividades relacionadas à provisão de medicamentos para o cuidado em saúde, considerando seus componentes políticos, econômicos, sociais, técnicos e clínicos, desde sua concepção à sua utilização pela população. Diversos espaços fomentados por organizações e entidades representativas do setor saúde contribuíram para essas discussões em torno da proposta de reorientação da AF e da formulação de uma política de medicamentos para o país, tais como: a IX e a X Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1992 e 1996 respectivamente, e o Encontro Nacional dos Gerentes Estaduais da Assistência Farmacêutica, organizado em 1996. Esses debates produziram fundamentos e diretrizes que foram incorporados no marco institucional mais relevante da trajetória da AF no SUS, a PNM instituída pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, após amplo debate que envolveu vários segmentos e representações da sociedade (MARIN et al., 2003; PERINI, 2003; OLIVEIRA et al., 2007).

Reconhecida como parte essencial da política nacional de saúde, a PNM tratou do estabelecimento de diretrizes, prioridades e responsabilidades relativas à AF para os gestores dos três níveis de governo no país. Apresentou como finalidade a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, da promoção de seu uso racional e do acesso da população, apontando a reorientação da AF como uma de suas principais diretrizes. Além da intenção de produzir um novo sentido para a AF, a PNM indicou outras estratégias: a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME); o aprimoramento da regulação sanitária no setor; a promoção do uso racional de medicamentos; o fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico na área; a promoção da produção farmacêutica pública; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001a).

Em relação à diretriz de reorientação do modelo de AF no país, a PNM estabeleceu que este movimento seria coordenado em âmbito nacional com a participação dos níveis

municipal, estadual e federal e teria como fundamentos: (a) a descentralização da gestão, seguindo a tendência da diretriz do SUS; (b) a promoção do uso racional; (c) o aperfeiçoamento do sistema de distribuição de medicamentos no setor público; e (d) a construção de iniciativas para redução dos preços dos produtos (BRASIL, 2001a).

Foi a partir da PNM que a AF passou a ser reconhecida, em termos institucionais, como parte integrante do conjunto de ações e serviços de saúde, buscando superar a visão minimalista que a relacionava apenas ao abastecimento de medicamentos. Esta política deu força à compreensão, praticamente consensual, de que a AF contempla um vasto conjunto de atividades clínico-gerenciais de caráter intersetorial e multiprofissional, considerando suas dimensões políticas e técnicas, e que possuem como objeto de atenção a organização de ações e serviços relacionados ao medicamento. Tal definição ainda destacava que a AF é parte fundamental da política de saúde e deve considerar sua relação com as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade, sendo expressa por meio da garantia de acesso oportuno e de qualidade aos medicamentos (BRASIL, 2004; OLIVEIRA et al., 2007; VASCONCELOS et al., 2017).

Destacamos ainda a busca por uma maior articulação da AF com a atenção à saúde no decorrer de sua implementação enquanto política pública. No início da década de 2000, em um movimento participativo que buscava qualificar as bases conceituais da AF e apontar novas diretrizes para sua efetivação, o Conselho Nacional de Saúde instituiu, de forma complementar à PNM, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução nº 338, de 03 de maio de 2004. Essa normativa foi produzida atendendo a encaminhamentos da XII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), ambas realizadas em 2003. As propostas aprovadas ao final da CNMAF, que foi precedida por conferências estaduais realizadas em todas as unidades federativas brasileiras, apontaram para a necessidade de articulação das ações da AF. O texto da PNAF procurava expressar um novo posicionamento técnico e político da gestão federal que se iniciava naquele período².

² Com o início do primeiro Governo Lula, em 2003, relevantes alterações foram propostas na estrutura administrativa no MS. No caso da AF, optou-se por reforçar sua institucionalização com a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) inserido no organograma da, também criada, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A este departamento foi dada a tarefa de atuar nas áreas de gestão de programas e logística de medicamentos, de monitoramento, avaliação e qualificação de produtos e serviços farmacêuticos, sendo responsável pela gestão e implementação, em nível federal, da PNM. Tanto a SCTIE, quanto o DAF, permanecem até o momento como estruturas administrativas do MS, apesar de alterações em suas competências.

Os atores presentes nesse momento recolocavam a preocupação que se fez presente no momento de reorientação da AF em anos anteriores, em especial o seu foco no provimento de medicamentos, deixando a organização dos serviços em segundo plano (OLIVEIRA et al., 2007). Para tentar representar um novo posicionamento, a AF passou a ser definida na normativa federal como:

“(…) um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004, p. 01).

1.1.3. O ciclo da assistência farmacêutica

As concepções teórica e prática presentes no movimento de reorientação da AF remetem a uma visão sistêmica expressa pela ideia de um conjunto de subsistemas articulados e interdependentes entre si que contribuem para a integralidade da atenção à saúde (MARIN et al., 2003; MEDEIROS, 2017), constituindo o que se denomina ciclo da AF, representado na figura 01.

Figura 01: Etapas do ciclo da assistência farmacêutica e atividades relacionadas.



Fonte: Adaptado de Oliveira et al. (2007).

Este enfoque sistêmico para a organização da AF aponta a necessidade de mudanças relevantes na política de medicamentos do SUS que focassem na construção de estratégias de superação da fragmentação anterior e peculiar à área. Nessa perspectiva, cada componente do ciclo não estaria isolado, pois os respectivos resultados gerados na consecução de suas atividades oportunizam a realização de demais etapas dos componentes que o sucedem e o complementam. Além disso, reconhecemos um conjunto de atividades correlacionadas ao ciclo que influenciam seus resultados (Quadro 01).

Quadro 01: Breve descrição das etapas do ciclo da assistência farmacêutica e de atividades correlacionadas.

Etapas e Atividades	Descrição
Seleção	Definição, de forma crítica e contextualizada, da relação de medicamentos que serão ofertados à população, com base em critérios econômicos, epidemiológicos e técnicos, fundamentados nas melhores evidências farmacológicas e clínicas.
Programação	Quantificação do que será comprado com base na produção de demanda. Formula, ainda, as especificações para os medicamentos selecionados a serem adquiridos. Realizada com base em dados epidemiológicos e consumo histórico. Deve considerar aspectos financeiros e administrativos dos serviços e sistemas.
Aquisição	Compra com qualidade das unidades farmacêuticas programadas. Considera legislações administrativas e sanitárias pertinentes. Inclui a construção do pedido, produção de edital, definição de especificações, de cronograma de entregas, de documentos de fornecedores, recebimento de propostas, tomada de decisão, entrega e pagamento.
Armazenamento	Recebimento e guarda com segurança e qualidade dos medicamentos adquiridos, controle de estoque e expedição para unidades de dispensação. Deve considerar boas práticas e infraestruturas adequadas.
Distribuição	Suprimento do sistema e dos serviços de saúde de medicamentos a partir dos pontos de armazenamento, possuindo estreita ligação com o modelo de armazenamento. Deve ser capaz de abastecer as unidades de forma tempestiva e de acordo com a demanda de suprimento. Considera o sistema de transporte e a necessidade de garantia da qualidade dos produtos adquiridos.
Utilização	Inclui a prescrição, a dispensação, a administração dos medicamentos, bem como o seguimento (continuidade) a adesão ao tratamento pelos usuários. Possuem caráter clínico e sofrem influência de diferentes fatores sociais, econômicos, epidemiológicos, administrativos, de infraestrutura e subjetivos. Etapa onde ocorre interação entre profissionais de saúde e os pacientes.
Pesquisa & Desenvolvimento, Produção e Registro	Conjunto de atividades que envolvem pesquisas de bancada iniciais, identificação de substâncias potenciais, análises e testes de ensaios clínicos, etc. Envolvem diferentes estágios tecnológicos de desenvolvimento: (a) P&D de novas substâncias em escala de bancada; (b) transição da escala de bancada para a industrial; (c) formulação farmacêutica com transformação do fármaco em produto para consumo; e (d) <i>marketing</i> e comercialização dos produtos. Realizadas por instituições acadêmicas e indústrias farmacêuticas. Possuem forte dependência tecnológica e econômica do mercado transnacional. Também consideram análises de difusão dos produtos no mercado.
Gestão, Planejamento, Monitoramento e Avaliação	Atividades de natureza política, gerencial e clínica, entre outras que permeiam todas as etapas do ciclo, com forte capacidade de influência em seus resultados.

Fonte: Adaptado de Oliveira et al. (2007).

Cabe destacar que a AF permanece como um campo de constantes debates. Ainda existem críticas, a despeito dos avanços produzidos nas últimas décadas, de que sua fundamentação teórica não supera, de fato, a desarticulação entres as diferentes etapas de seu ciclo, expressando, ainda, uma lógica linear e sequencial em sua implementação. Essas análises advogam a ideia de que a construção teórico e prática do campo da AF ainda não superou a ideia de que a oferta e o uso de medicamento se relacionariam apenas à práticas procedimentais e tecnicistas, fundamentada, portanto, numa base funcionalista (PERINI, 2003; BARRETO; GUIMARÃES, 2010), excluindo, portanto, dimensões outras, com a política, que estão presentes na produção das atividades da AF no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde.

Nesse sentido, proposições de requalificação e ampliação da AF continuam sendo produzidas em busca de uma maior articulação com os fundamentos que estão presentes no campo da saúde coletiva e com o processo de cuidado em saúde. Destacamos, nesse cenário, argumentos que concebem a AF constituída por domínios que se relacionam a dimensões políticas, tecnológicas, administrativas e clínicas em torno da oferta e do uso de medicamentos no âmbito das ações e serviços de saúde (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

1.2. Assistência farmacêutica na atenção básica: desenvolvimento e descentralização

1.2.1. Origens

A reorientação da AF no âmbito do SUS propiciou a institucionalização de um subcomponente da AF que passou a ser identificado como assistência farmacêutica básica (AFB) (BRASIL, 2001b). Esta demarcação expressa a relevância da AB no processo de implementação do sistema de saúde brasileiro e sua capacidade de indução de reformulações nas demais políticas setoriais da saúde. Ademais, revela o reconhecimento de que o medicamento se configura como um dos componentes fundamentais da atenção à saúde que sua disponibilidade e sua utilização racional contribuem para a qualidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2001a).

Guimarães (2007), buscando construir um modelo de avaliação da gestão descentralizada deste subcomponente, conceituou a AFB como um:

"conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos de forma descentralizada e compartilhada" (GUIMARÃES, 2007, p. 05).

Apesar do papel relevante da PNM para a reorientação da AF, cabe destacar que a proposição e implementação de ações governamentais no âmbito da AFB do país se iniciou antes mesmo da criação do SUS ou da publicação desta política. Em 1987, ainda no período de vigência do modelo centralizado de gestão da AF, criou-se, sob responsabilidade da CEME, o Programa Farmácia Básica (PFB) com o objetivo de racionalizar a oferta de medicamentos essenciais na AB. Esta iniciativa estabeleceu um módulo-padrão – um conjunto de medicamentos – para atendimento a cada grupo de três mil pessoas composto por 48 (quarenta e oito) formulações farmacêuticas selecionadas da RENAME. Esse conjunto era padronizado para todo o território nacional e era focado em populações de baixa renda. Como os processos de programação e aquisição eram centralizados, recorrentes problemas relacionados à adequação dos itens às demandas dos usuários e ao desabastecimento das unidades, somados à desvirtuação dos objetivos iniciais da proposta, levaram à extinção do programa um ano depois (BERMUDEZ; POSSAS, 1995; COSENDEY et al., 2000; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Ainda no período anterior à promulgação da PNM, Cosendey e colaboradores (2000) observam que três importantes estados da federação desenvolveram propostas próprias que se assemelhavam ao PFB para a oferta de medicamentos essenciais para a APS. Paraná, São Paulo e Minas Gerais, com distintos modelos, foram pioneiros, portanto, na formulação e implementação de experiências que buscavam integrar a distribuição e dispensação de medicamentos às ações de saúde em nível básico.

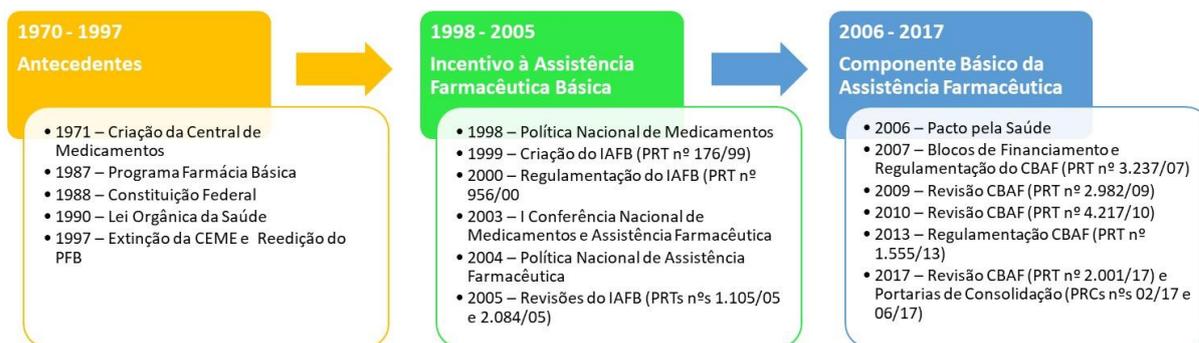
O PFB ainda chegou a ser reeditado em um período após a extinção da CEME, em 1997, no qual o MS assumiu a responsabilidade pela continuidade da distribuição de medicamentos no SUS. Nos moldes do anterior em relação à centralização da aquisição e distribuição, o programa passou a ser voltado para o abastecimento de unidades básicas de saúde de municípios de até 21.000 habitantes (GOMES, et al., 2001). Pelas características centralizadas do programa, problemas semelhantes aos da edição anterior foram vivenciados, em especial falhas de abastecimento e de não atendimento à necessidades específicas dos diversos municípios (COSENDEY et al., 2000).

1.2.2. Trajetória de descentralização da assistência farmacêutica básica no SUS

O desenvolvimento da AF no país, em especial o período de sua reorientação, foi acompanhado pela universalização do acesso da população ao sistema público de saúde. Nesse cenário, o SUS apresentou como principal estratégia de mudança do modelo de atenção a implementação da AB por meio da Estratégia de Saúde da Família, que ampliou substancialmente a cobertura das ações e serviços básicos de saúde em todo o território nacional. Essa expansão demandou alterações na organização da AF no âmbito do SUS com o intuito de responder ao aumento da demanda por medicamentos e, ao mesmo tempo, reduzir os custos dessa ação em um contexto de restrição fiscal e promover sua maior articulação com o cuidado em saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nesse contexto, observou-se, desde os primeiros anos do SUS, constantes processos de criação e revisão do arcabouço legal e normativo da AF que visavam organizar seus serviços para garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais³ (Figura 02). Nesta trajetória, identificamos três momentos distintos: entre 1970 e 1997, antecedendo a readequação da PNM ao SUS, com centralização das intervenções; entre 1998 e 2005, marcado por um amplo processo de reformulação e definição da PNM; e, finalmente, entre 2006 e 2017, enquanto momento de aperfeiçoamento e readequação aos mecanismos de financiamento do SUS.

Figura 02: Trajetória de desenvolvimento e descentralização da AF no SUS.



Fonte: Elaboração própria.

³ Conceito fundamental na discussão e formulação de ações governamentais neste setor, os medicamentos essenciais podem ser classificados como aqueles que são extremamente úteis para que necessidades terapêuticas da maior parte de uma determinada população possam ser atendidas quando o seu uso se considerar necessário. Para tanto, precisam estar disponíveis em relação ao tempo, quantidade e apresentações, bem como serem eficazes e de boa qualidade, com custo compatível (BERMUDEZ, 1995).

As sucessivas regulamentações instituídas ao longo da trajetória de desenvolvimento da AFB tiveram como objetivo principal o fomento ao processo de descentralização, para os governos locais, da execução das ações de aquisição e distribuição dos medicamentos básicos. Outro ponto importante identificado nesses instrumentos normativos foi a instituição de aumentos progressivos das contrapartidas de cada ente da federação para o financiamento da AFB. De forma paradoxal, como poderá ser observado adiante nesta seção, esse caminho também incluiu movimentos relevantes de centralização da responsabilidade de parcela do elenco de medicamentos destinados à AB, o que representou uma estratégia de coordenação por parte do governo central em relação à política de medicamentos em sua integração com as diretrizes da política nacional de saúde.

Medeiros (2017) analisou a totalidade dos atos normativos da política setorial de medicamentos do SUS buscando compreender as responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos para a concretização da AF. Como achados, a autora apontou elementos que podem ser estendidos à análise desta trajetória da AFB. Dentre eles, destacamos a amplitude das funções gerenciais que são compartilhadas entre os governos e as constantes revisões das fundamentações legais que regulamentam esta distribuição de responsabilidades. Olhando para o protagonismo na formulação das diretrizes para o setor, a autora identificou, ainda, corroborando com outros estudos sobre este fenômeno no contexto do SUS (MACHADO, 2007; PALOTTI; MACHADO, 2014), o MS como principal indutor da estruturação da AF no SUS. Somamos a isso, a observação de que as legislações de âmbito estadual não modificaram substancialmente o modelo nacional, operando apenas na adequação deste às características regionais (MEDEIROS, 2017).

A seguir, apresentamos, de forma mais detalhada, o percurso institucional e normativo de descentralização da AFB. Optamos por organizá-lo em três grandes marcos que consolidam as principais iniciativas implementadas para este fim.

Política Nacional de Medicamentos

A PNM, como destacado na seção anterior, apresentou a descentralização da gestão da AF como um dos fundamentos de sua reorientação. Definiu, também, as prioridades políticas para o setor e a explicitação das competências de cada esfera de gestão, bem como as formas de financiamento da AF (SCHENKEL et al., 2004;

OLIVEIRA et al., 2007). No texto da política, o gestor federal aponta claramente para a necessidade de descentralizar a aquisição e a distribuição dos medicamentos essenciais, ou seja, aqueles destinados a cobrir a maior parte das necessidades terapêuticas da população. Essa estratégia era vista como a melhor forma de ofertar continuamente tais medicamentos, considerando as especificidades de cada território municipal (BRASIL, 2001a).

Destacamos, neste ponto, a prevalência da dimensão logística da diretriz de reorientação da AF, se sobrepondo a outras preocupações em relação à organização dos serviços farmacêuticos que passariam a ser de responsabilidade dos entes subnacionais, em especial, os municípios. Tal foco é compreensível, a despeito dos debates e formulações teóricas que apontavam para a ampliação das bases conceituais da AF, tendo em vista o fracasso da política centralizadora da CEME que dominou a cena na área de medicamentos da política pública de saúde entre os anos 1970 e 1997. Situações de desabastecimento e de grande iniquidades na oferta de medicamentos, gerados a partir de processos ineficientes de aquisição e logística de distribuição centralizados no governo federal, eram os desafios a serem superados inicialmente (GOMES et al., 2001; ACURCIO, 2003; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A descentralização da AF a que a PNM se referia contemplava a padronização dos produtos, de forma a adequá-los às necessidades locais, o planejamento e a execução dos processos de compra e distribuição e, ainda, a redefinição das responsabilidades de cada nível de gestão. Além disso, atrelava a estratégia de descentralização ao conjunto de medicamentos do componente da AFB, ou seja, aqueles destinados à complementar e apoiar as ações e procedimentos compreendidos na atenção primária à saúde que deveriam ser executados por todos os municípios (BRASIL, 2001a).

Apesar disso, a PNM deixava aberta a possibilidade de participação, em caráter especial, dos gestores federal e estadual em processos centralizados de aquisição e distribuição de medicamentos, segundo critérios epidemiológicos, técnicos e administrativos específicos. Ademais, independentemente da decisão pela centralização ou descentralização de determinado conjunto de medicamentos, previa-se a implementação de cooperação técnica e, sobretudo, o compartilhamento do financiamento intergovernamental. As formas de cooperação previstas na PNM incluíam a aquisição direta pelo governo central, a transferência de recursos financeiros fundo a fundo para os entes subnacionais e/ou o assessoramento do governo federal aos processos

de aquisição descentralizados. Além disso, destacamos que dentre as alternativas de produção de cooperação para a aquisição de medicamentos básicos, a PNM explicitou o consórcio intermunicipal como estratégia a ser fomentada e apoiada pelos governos federal e estaduais e executada pelos municípios. Todas essas medidas seriam definidas por meio da articulação intergestores nos respectivos espaços de pactuação de cada unidade federativa estadual, considerando suas especificidades e demandas (BRASIL, 2001a).

Incentivo à assistência farmacêutica básica

Como consequência da PNM, a descentralização da AFB foi de fato implementada com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), instituído pela Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999. Pelo mecanismo de transferências fundo a fundo e *per capita*, destinava-se recursos dos três níveis de gestão governamental para aquisição de um elenco de medicamentos para a AB em cada município. Para fazer jus ao recebimento deste incentivo, os municípios deveriam elaborar um plano municipal da AF e alocar recursos próprios. Aos governos estaduais coube a responsabilidade de cofinanciar a AFB, apoiar seu processo de municipalização, bem como elaborar o plano estadual para a AF e acompanhar a utilização dos recursos em seus territórios. Os estados somente executariam diretamente a aquisição em casos específicos⁴. O governo federal contribuía com R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano enquanto os estados e municípios aportariam contrapartidas que, somadas, não poderiam ser inferiores ao valor federal (BRASIL, 1999).

Com o IAFB, os municípios passaram a ser responsáveis pela gestão e execução da aquisição e distribuição dos medicamentos para a AB. Os níveis estaduais e federal continuavam a ser responsáveis por medicamentos mais específicos e de caráter estratégico relacionados a outros níveis de atenção (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Destacamos, aqui, que de forma coerente com o conjunto de diretrizes do SUS, a gestão da AFB permaneceu tripartite, já que, conforme argumenta Guimarães (2007), tal função diz respeito à “*capacidade de formular, articular e criar condições de*

⁴ Em regulamentação da IAFB editada um ano após a criação do incentivo, por meio da Portaria GM/MS nº 956, de 25 de agosto de 2000, ficou estabelecido que os governos estaduais poderiam, caso pactuado com os gestores municipais, disponibilizar suas contrapartidas em medicamentos básicos do elenco mínimo pactuado (BRASIL, 2000).

implementação e de sustentabilidade da assistência farmacêutica básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal" (p. 05) Entretanto, é possível afirmar que tanto a PNM quanto o IAFB reforçaram o papel municipal na gestão das ações de AFB, atrelando-o a incentivos financeiros que estimulavam os gestores locais a aderirem às novas propostas de organização do modelo de AF.

Ressaltamos, ainda, que o estabelecimento de valores padronizados *per capita* a serem alocados pelos entes tinha como objetivo a produção de um efeito equalizador no território marcado por grande iniquidade e, portanto, representou um importante mecanismo de coordenação federativa no âmbito da política setorial da AF.

A AFB e seu incentivo financeiro foram objeto de revisões posteriores, cerca de seis anos após sua institucionalização, o que levou à ampliação do seu financiamento. Além disso, alteraram a forma de organização e definição das responsabilidades pelos medicamentos básicos, introduzindo uma estratégia de centralização no âmbito da AFB. Para tanto, dividiu-se o financiamento/fornecimento de medicamentos para a AB em dois componentes (OLIVEIRA et al., 2007).

O primeiro, componente descentralizado, teria a aquisição e distribuição sob responsabilidade dos entes subnacionais, em especial, dos municípios, com seu financiamento tripartite consolidado no IAFB, que, reajustado, chegou ao montante de R\$ 3,65 habitante/ano⁵. Seu elenco de medicamentos poderia variar entre as unidades federativas estaduais, conforme pactuação intergestores, mas deveriam ser baseados na RENAME. O segundo, componente estratégico, possuiria uma forma de financiamento diferente do IAFB, sendo todo custeado pelo MS no valor total de R\$ 3,49 habitante/ano. Composto por grupos de medicamentos que compunham um elenco mínimo obrigatório relacionado a condições de saúde prioritárias no contexto da AB, a saber: (a) hipertensão e diabetes; (b) asma e rinite; (c) insulina; (d) saúde da mulher; (e) alimentação e nutrição; e (f) controle ao tabagismo. Os recursos destinados aos dois primeiros grupos seriam transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para aquisição descentralizada conforme pactuação em suas respectivas comissões intergestores. Para os demais grupos, o MS ficou responsável pela aquisição direta e distribuição aos entes subnacionais (BRASIL, 2005).

⁵ A Portaria GM/MS nº 2084, de 28 de outubro de 2005, que definiu o montante total de R\$ 3,65 habitante/ano para o IAFB, dividiu este valor em R\$ 1,65 de contrapartida federal e R\$ 1,00 cada contrapartida estadual e municipal (BRASIL, 2005).

Ressaltamos que, naquele momento, o MS formulava novo conjunto de regulamentações das diretrizes operacionais do SUS, denominado de Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que entre diversas estratégias, elencava ações e metas prioritárias para a AB em todo o país, destacando indicadores de saúde voltados às doenças e condições de saúde que tiveram seus medicamentos alocados neste componente. Assim, a redefinição de papéis entre os entes para implementação da AFB, incluindo a estratégia de centralização da aquisição de parte do elenco prioritário e a ampliação de seu financiamento, aparece como mecanismo de coordenação da política de saúde por parte do governo central.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica

No contexto de reformulação das diretrizes operacionais do SUS, também foi alterado o modelo de repasse de recursos intergovernamentais da política. Os recursos para custeio e investimento das ações e serviços de saúde foram organizados em blocos de financiamento, entre eles um específico para a AF⁶. De forma a requalificar o processo de descentralização da política setorial de medicamentos e buscar o fortalecimento dos compromissos e responsabilidades dos três níveis de gestão em sua implementação, o modelo de financiamento da AF foi alterado, passando a ser constituído por três componentes:

- a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica: medicamentos para agravos no âmbito da AB;
- b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: medicamentos para endemias, DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos, financiados, adquiridos e distribuídos exclusivamente pelo governo federal.
- c) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional⁷: medicamentos para agravos menos frequentes e, em geral, de alto custo, definidos em regulamentação

⁶ A regulamentação dos blocos de financiamento do SUS fruto do Pacto pela Saúde foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Em 2017, os blocos de financiamento temáticos foram extintos por meio da Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, dando lugar a apenas dois blocos vinculados ao custeio e ao investimento das ações e serviços de saúde. Esta alteração não alterou o modelo de financiamento da AF que permanece subdividido em três componentes: (a) básico; (b) estratégico; e (c) especializado.

⁷ Posteriormente, este componente passou a ser denominado de “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”, redação dada pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009.

específica, com financiamento e aquisição sob responsabilidade dos governos federal e estadual, sendo distribuídos à população pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Outro aspecto inovador introduzido por esta nova regulamentação do financiamento do SUS foi a previsão de repasse de recursos para estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica no âmbito do bloco de financiamento da Gestão do SUS.

Desde sua institucionalização, iniciada com a regulamentação do bloco de financiamento da AF em 2007, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) – objeto de estudo do presente trabalho – sofreu diversas modificações que incluem o modelo de financiamento, as responsabilidades distribuídas entre os entes, o elenco de medicamentos de referência e o valor das contrapartidas governamentais.

De início, sua composição espelhava o modelo anterior da AFB que se dividia entre uma parte descentralizada para os municípios e outra sob responsabilidade (financiamento e aquisição ou somente financiamento) no governo federal. Ao longo dos anos, porém, esta divisão em dois subcomponentes desapareceu, dando lugar à consolidação de um elenco de referência robusto e amplo de medicamentos do CBAF com base na RENAME a serem adquiridos e distribuídos de forma descentralizada. Restaram centralizados no MS a aquisição e distribuição de insulinas, com apoio dos estados) e de medicamentos contraceptivos e insumos do Programa de Saúde da Mulher. Para que os arranjos de descentralização e os elencos dos medicamentos a serem disponibilizados se adequem às realidades regionais, prevê-se que em todas as unidades federativas as regras de execução e financiamento sejam pactuadas entre a gestão estadual e as gestões municipais. A Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), exprimiu essa evolução e contem a base para a regulamentação vigente que estabelece as normas de financiamento e execução do CBAF⁸.

Ao longo das revisões, os valores das contrapartidas foram reajustados constantemente, buscando responder à ampliação da demanda, do elenco e à inflação do setor. Em 2018, a soma das contrapartidas para o financiamento do CBAF totalizava R\$ 10,30 habitante/ano. O MS contribuía com R\$ 5,58 e as Secretarias Estaduais e

⁸ Ao final do ano de 2017, o MS, adotando um processo de racionalização e unificação das inúmeras normativas sobre as diretrizes operacionais do SUS, elaborou as portarias para consolidação desses instrumentos normativos. Para o financiamento e para a execução do CBAF, respectivamente, as regras foram reunidas na Portaria de Consolidação nº 02 e nº 06, publicadas em 28 de setembro de 2017.

Municipais com R\$ 2,36, cada uma delas. Os valores das contrapartidas subnacionais poderiam ser majorados conforme pactuações intergestores estaduais. Os entes subnacionais poderiam utilizar até 15% do total do valor para financiamento de atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF e à realização de atividades vinculadas à qualificação dos recursos humanos da AFB. A responsabilidade pela aquisição e pela distribuição dos itens à população ficaria a cargo do ente municipal, excetuando-se as variações de organização pactuadas nas unidades federativas estaduais. O MS era responsável pela aquisição e distribuição das insulinas (humana NPH e humana regular) e daqueles que compõem o Programa Saúde da Mulher (contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino e diafragma). Para definição dos medicamentos a serem fornecidos, a RENAME corresponderia à lista a ser considerada para as pactuações intergestores em cada unidade federativa estadual (BRASIL, 2017a).

Em relação aos mecanismos de cooperação intergovernamental, a regulamentação vigente previu a possibilidade de que os entes subnacionais pactuassem a aquisição dos medicamentos e insumos de forma centralizada no gestor estadual por meio de atas estaduais de registro de preço ou por consórcios intermunicipais de saúde. Além disso, destacou que, com o intuito de fortalecer a produção pública de medicamentos, os entes subnacionais poderiam pactuar que a contrapartida estadual para o CBAF fosse aplicada por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais (BRASIL, 2017a).

1.3. Paradoxos de uma assistência farmacêutica básica universal e descentralizada

Como é possível notar, a trajetória de desenvolvimento da AFB no SUS apresentada na seção anterior foi caracterizada pela coexistência de movimentos de descentralização e centralização, inerentes às relações intergovernamentais praticadas em contextos federativos. A implementação da descentralização da responsabilidade pela aquisição, distribuição e execução de ações de AF para os municípios foi qualificada por estratégias de coordenação por parte do governo central. Dentre essas estratégias, utilizou-se, em determinados momentos, da recentralização da aquisição e distribuição pelo MS de parte do elenco de medicamentos, identificados como prioritários para a agenda da

gestão do SUS. Esse panorama sugere que a descentralização por si só não foi suficiente para garantir a universalidade e a equidade no acesso aos medicamentos essenciais no âmbito da AB, a despeito da intensa indução pelo governo central à descentralização da gestão e execução das ações da AFB para os governos locais, acompanhado de aumentos progressivos das contrapartidas de cada ente da federação para seu financiamento. Convivemos, atualmente, com uma realidade de frequentes desabastecimentos e caracterizada pela iniquidade no acesso aos medicamentos do CBAF, constituindo um padrão de desigualdades persistentes na prestação desse serviço (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; VASCONCELOS et al., 2017).

Da implementação da AFB no SUS emergem tensões e obstáculos advindos de *trade off* existente entre a sua diretriz operacional de descentralização e a necessidade de coordenação federativa para garantia de sua universalização em um contexto de relevante heterogeneidade política, social, econômica e administrativa do território nacional. A estas tensões adiciona-se um cenário de distintas capacidades institucionais dos municípios brasileiros para a implementação de políticas públicas⁹, combinado com a complexidade e a natureza privada da cadeia de produção, comercialização e distribuição de medicamentos e insumos para a saúde.

Com relação às capacidades institucionais locais, Bichir (2011), citando estudo sobre implementação do Programa Bolsa Família nos municípios brasileiros encomendado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹⁰, aponta a existência de largas disparidades entre os municípios se comparados porte populacional e região. Esta realidade fazia com que municípios mais frágeis dependessem mais da transferência de recursos do governo central, além de possuírem piores indicadores sociais, econômicos, educacionais e de saúde. Destacamos que, no Brasil, cerca de 70% dos municípios possuem, apenas, até 20 mil habitantes¹¹. Um pequeno porte populacional

⁹ Em sua tese, Bichir (2011) argumenta sobre a relevância da análise das capacidades institucionais locais no âmbito dos estudos sobre formulação e implementação de políticas públicas. Para tanto, a autora desenvolve o conceito de capacidade estatal, a partir de referências do neoinstitucionalismo histórico, relacionando-o ao conjunto de recursos – políticos, econômicos, técnicos, administrativos, entre outros – disponíveis que influenciam a capacidade de provisão de ações governamentais por parte do Estado em seus diferentes níveis de gestão.

¹⁰ O estudo citado compõe uma avaliação de impacto do referido programa mais ampla, realizado pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento da Universidade Federal de Minas Gerais. Ver: TAPAJÓS e QUIROGA (org). Síntese das Pesquisas de Avaliação dos Programas Sociais do MDS – Versão atualizada e revista, 2006-2010. Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate, nº13. Brasília, DF, 2010: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

¹¹ BRASIL, IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 21/01/2019.

implica em baixo volume da demanda por medicamentos, produzindo dificuldades administrativas para que essas gestões municipais obtenham sucesso nos processos de aquisição dos itens produzidos e comercializados pelo setor privado. Em estudo sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil, Machado e Guim (2017) encontraram evidências que apontam para perda de escala nos processos de aquisição de medicamentos quando realizados em municípios de menor porte, chegando a encontrar valores *per capita* 75% mais caros quando comparados com aqueles gastos por municípios de maior porte. Os resultados encontrados pelos autores apontam para certa ineficiência do processo de descentralização, o que sugere a produção de considerável iniquidade em relação à oferta do cuidado à saúde à população. Já Mayorga e colaboradores (2004), ao construírem um diagnóstico da situação da política de assistência farmacêutica no Brasil em relação à atuação dos governos estaduais e municipais, identificaram baixa qualidade dos serviços farmacêuticos prestados, frágil infraestrutura destinada a esses serviços, bem como problemas relacionados aos processos para garantia da oferta de medicamentos que dificultavam o atendimento às demandas da população por medicamentos.

Outro aspecto contextual relevante diz respeito à natureza da indústria farmacêutica, que acaba por influenciar o complexo de comercialização e distribuição dos medicamentos. Para Bermudez (1995), este é um *locus* onde emergem interesses econômicos antagônicos aos da política pública de medicamentos e de saúde, por se tratar de um segmento industrial com alta dependência do capital transnacional e sob domínio da financeirização. Dados sugerem que a cadeia de produção, comercialização e distribuição de medicamentos no país, ao contrário da trajetória de descentralização percorrida pela política de saúde nas últimas décadas, assume um caráter centralizador e concentrador¹². Reproduzindo uma dinâmica global, o Brasil vivenciou elevado número de fusões e incorporações de pequenas empresas pelos grandes *players* do mercado produtor farmacêutico a partir dos anos 90. Na primeira década do século XXI, quase 50% do mercado brasileiro era dominado pelas 12 maiores indústrias, sendo que apenas 5 delas estavam sob controle nacional (CAPANEMA, 2006).

Portanto, parece haver importantes aspectos relacionados ao contexto da política de medicamentos para a AB no SUS que promovem uma situação contraditória para a

¹² Para uma análise mais detalhada sobre as características do setor industrial farmacêutico brasileiro ver MAGALHÃES, L.C.G. et al. Diretrizes para uma Política Industrial de Medicamentos e Farmoquímicos. Nota Técnica. Rio de Janeiro: Ipea, 2003.

compreensão da saúde como direito, resultante da combinação entre a fragmentação local na gestão da AF e a concentração e potencial coordenação entre poucos fornecedores. Em síntese, o alcance da universalidade da AFB, expressa pela garantia de acesso aos medicamentos essenciais nas unidades básicas de saúde pode sofrer constrangimentos advindos de diretriz de descentralização que orienta a reformulação do setor de medicamentos no SUS. Este quadro importa ainda mais se forem observadas as implicações da descentralização da responsabilidade pela aquisição destes itens em relação à ampliação das iniquidades entre os municípios. Nesse sentido, o desenvolvimento de práticas de cooperação intergovernamental aparece como um importante mecanismo de redução dos efeitos deletérios destacados, promovendo maior coordenação da política de medicamentos.

A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde, em vários documentos de apoio técnico, têm apresentado a importância de se implementar estratégias de cooperação regional para operar compras conjuntas, visando reduzir os custos de transação para todas as partes envolvidas e ampliar a possibilidade de economia do processo de aquisição, dada as características do mercado competitivo e complexo que é o dos insumos terapêuticos (OMS, 1999, 2004, 2007; OPS, 2006, 2010, 2016).

Mesmo o marco institucional mais importante para a AF no SUS, a PNM, conforme destacado na seção anterior, aponta para a necessidade de estabelecimento de cooperação técnica entre os governos que compõem a federação brasileira para a aquisição de medicamentos. Como observamos, as estratégias apontadas variavam entre mecanismos de compra conjunta de medicamentos e apoio técnico das gestões federal e estadual aos municípios na execução dos processos da AF (BRASIL, 2001a).

Dessa forma, entendemos que, em termos institucionais, os problemas advindos da descentralização da AFB em relação aos processos de aquisição e distribuição de seus medicamentos poderiam ser abordados a partir de mecanismos de cooperação intergovernamental. Entretanto, no âmbito dos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos do CBAF no SUS, não se observa um maior fomento, por parte das normatizações pactuadas em nível tripartite, ao estabelecimento de arranjos institucionais de cooperação para além do financiamento compartilhado ou da padronização de uma lista de referência de medicamentos para uso na AB.

Após realizarem avaliação sobre a gestão descentralizada da AFB em um estado brasileiro, Barreto e Guimarães (2010) não encontraram evidências que apontem para

uma prática cooperativa entre as instâncias de gestão municipal, estadual e federal para provisão do CBAF – a articulação existente se resumia a envio de prestação de contas da execução financeira dos recursos utilizados para custeio da AFB e a distribuição direta de medicamentos pelo ente estadual na forma de sua contrapartida. Não é difícil supor que a maior parte dos outros estados da federação também apresentem características semelhantes encontradas neste estudo em relação às práticas cooperativas no âmbito da AFB. Para as autoras do estudo, dada a compreensão reducionista sobre a AF, ainda predominante no país, as iniciativas de cooperação intergovernamental *“fazem parte do elenco de outras ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pela gestão municipal da assistência farmacêutica”* (BARRETO; GUIMARÃES, 2010, p. 03). As autoras apontam, ainda, apesar do reconhecimento por parte dos gestores de que parcerias e articulações promovem melhorias na gestão da AFB, as iniciativas implementadas nesse sentido são tímidas e restritas.

Mesmo considerando que a efetividade da política de medicamentos básicos do SUS é determinada por múltiplas causas (REIS; PERINI, 2008; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; AMARAL; BLATT, 2011), reconhecemos que esse cenário é influenciado pela dinâmica das relações intergovernamentais e pelas formas de articulação praticadas entre os entes federados. Portanto, o fomento institucional e o aprimoramento de tais dispositivos poderiam contribuir para equacionar as contradições entre a descentralização da política de medicamentos e sua capacidade de prover acesso universal e igualitário às ações e serviços de AF num contexto marcado por fortes assimetrias e concorrência entre os entes subnacionais.

CAPÍTULO 2 - COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS

A complexidade e a particularidade do federalismo brasileiro que emergiu com a Constituição de 1988, atribuindo aos municípios uma relevante autonomia com o estabelecimento da tripla autoridade territorial, gerou importantes consequências para a produção compartilhada de políticas públicas. Como consequência da nova conformação institucional do sistema político brasileiro, o SUS adotou, desde sua formulação, a premissa de distribuição de competências e compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados. Essa característica demandou criação e implementação de inovações institucionais no âmbito das relações intergovernamentais de forma a garantir a efetiva oferta das ações e serviços de saúde nos territórios municipais. Estratégias de coordenação foram promovidas, dentre elas diferentes mecanismos que propunham a articulação entre os níveis de governo e sua participação conjunta na consecução de políticas setoriais da saúde. Os dilemas relativos à combinação do princípio da universalização com a diretriz de descentralização no âmbito da política de medicamentos para a atenção primária, destacados na seção anterior, possuem forte relação com o debate sobre os mecanismos institucionais de coordenação federativa e cooperação intergovernamental presentes nesse debate.

Neste capítulo, apresentaremos, inicialmente, uma exploração teórica acerca da articulação entre as noções de federalismo, descentralização e relações intergovernamentais. Além disso, de forma a qualificar a análise teórica sobre o tema da descentralização da AFB no SUS, avançaremos na discussão sobre os conceitos de coordenação federativa e cooperação intergovernamental no âmbito das políticas públicas e, em especial, no setor saúde do país. Por fim, sustentado nas discussões realizadas, buscaremos rerepresentar o problema de pesquisa do presente trabalho à luz do referencial da Ciência Política desenvolvido no capítulo.

2.1. Federalismo, descentralização e relações intergovernamentais: breve introdução

Apesar de não ser suficiente para explicar sucessos e fracassos de políticas públicas, o federalismo é reconhecido como um dos componentes que afetam as interações entre os atores governamentais e, portanto, seus resultados. Isso porque seu

funcionamento envolve o estabelecimento de instituições políticas que mediam a distribuição do poder decisório e a articulação entre o governo central e os governos subnacionais (CAMERON, 2001). Assim, caberia falar em diferentes fatores institucionais associados a contextos federativos que influenciam a formulação e a implementação das ações dos governos (SOARES; MACHADO, 2018).

O pressuposto de um Estado federado é sua divisão em um governo central e governos regionais/locais produzindo mais de uma autoridade política – e, portanto, múltiplos centros decisórios – sobre um mesmo território (LIJPHART, 2012). Sua utilização enquanto modo de organização do poder político do Estado está ligada, ainda que não exclusivamente, a busca por algum modo de integração entre suas partes constituintes (ELAZAR, 2011).

Na maior parte das experiências federativas, observamos um movimento de descentralização que dispersa poder, responsabilidades e/ou recursos da unidade central para as unidades subnacionais. Uma noção aparentemente simples, mas que, na prática, possui enorme complexidade. Isto porque existem diferentes formas de distribuir a autoridade nos territórios que compõe um Estado federado. Uma federação pode ser mais ou menos descentralizada em relação à uma multiplicidade de dimensões: política, legislativa, administrativa, fiscal, entre outras (RIBEIRO et al., 2018; SOARES; MACHADO, 2018). A diferenciação de um Estado federado para um Estado unitário também se dá pela análise de sua descentralização territorial, embora isso não seja suficiente para essa classificação (ARRETCHE, 2002). Apesar de historicamente associados, o federalismo, enquanto divisão territorial do poder, e a descentralização da ação governamental não são sinônimos.

Encontramos na literatura uma diversidade de conceituações e classificações da descentralização, não havendo consenso unitário em torno de seu significado. Este conceito pode ser relacionado a diferentes processos que representam o deslocamento de recursos, competências e/ou poder decisório de um a entidade central (como um governo central) para entidades periféricas (como governos regionais e/ou locais ou outras entidades descentralizadas) (ARRETCHE, 1996). No presente trabalho, a descentralização é compreendida em relação a distribuição de autoridade e dispersão do poder decisório, incluindo funções e responsabilidades de gestão, do âmbito nacional para outros níveis de governo, num processo dinâmico, não necessariamente em um padrão federativo (LITVACK et al., 1998; RODDEN, 2005).

Nas décadas de 1980 e 1990, o mundo experimentou um período de considerável consenso em torno da descentralização como estratégia para reformas do Estado, mesmo que com diferentes matizes políticas, sejam mais progressistas ou mais liberais, ou mesmo em diferentes tipos de Estado, unitários ou federalistas. Independente das concepções fundamentais destes movimentos, sobressaía a ideia de que a descentralização das ações governamentais contribuiria para o desenvolvimento do ideário democrático ao mesmo tempo em que promoveriam maior eficiência na prestação de bens públicos para a população. Posteriormente, a relação da descentralização com o binômio democracia e eficiência já foi alvo de relevantes análises críticas que devem ser consideradas em estudos sobre o fenômeno. Os principais achados apontam para a importância de não se generalizar efeitos positivos entre essas categorias e considerar profundamente nas análises os diferentes desenhos e mecanismos institucionais presentes em cada contexto (TREISMAN, 2000; SOARES; MACHADO, 2018).

Uma estratégia que permite uma melhor apreensão do conceito de descentralização é a sua distinção em tipologias, que ajudariam a explorar o fenômeno em relação a dimensões envolvidas nessa diferenciação. De forma simplificada podemos identificar pelo menos quatro tipos que se relacionam mais diretamente ao tema da implementação de políticas públicas: (a) a descentralização política, entendida como possibilidade de representação dos interesses das unidades constitutivas subnacionais e autogoverno sobre seus territórios (FALLETI, 2006); (b) a descentralização legislativa, relativa transferência de determinadas competências legislativas para os entes subnacionais (SOARES; MACHADO, 2018); (c) a descentralização fiscal, que se refere a distribuição de autonomias relativas para os entes subnacionais para arrecadação e execução de recursos para o exercício das funções administrativas (RODDEN, 2005); e (d) a descentralização administrativa, compreendida como a delegação da responsabilidade pela gestão e execução das ações e serviços públicos aos governos subnacionais (FALLETI, 2006). A combinação entre esses tipos e as diferentes instituições políticas, associada aos desenhos descentralizados existentes, influencia a oferta de políticas públicas, justificando, portanto, seu uso enquanto categoria para a análise do Estado em ação. Para tanto, devemos tomar as necessárias precauções relacionadas a limites em torno de sua generalização em relação a seus efeitos, como Treisman (2006) nos alerta.

Em democracias de base federalista, caracterizadas pelo compartilhamento de responsabilidades entre governos, observamos com maior frequência o desenvolvimento de mecanismos típicos de mediação da relação intergovernamental para a produção da descentralização (RIBEIRO et al., 2018). Toda essa estrutura institucional que emerge em contextos federativos e descentralizados estabeleceria, segundo Cameron (2001), dois padrões de relação entre os entes federados que merecem atenção para a análise das interações intergovernamentais: a vertical, entre o governo central e as subunidades constituintes; e a horizontal, entre os governos subnacionais de mesmo nível. A primeira busca evitar sobreposição de ações e promover a potencialização entre suas intervenções, enquanto a segunda intenciona potencializar a resposta às necessidades dos cidadãos de cada jurisdição (DUTRA, 2013). Formalmente, podemos conceituar relações intergovernamentais como o conjunto de interações produzidas entre o governo central e os governos subnacionais e entre os governos subnacionais, sejam eles regionais ou locais (WRIGHT, 1974).

Cabe destacar, porém, que, apesar de o federalismo se constituir como uma relevante categoria para a análise das relações intergovernamentais, sabemos que as variadas formas, padrões e resultados concernentes a essas relações não se explicam, suficientemente, a partir desse modelo de divisão territorial do poder (GONTIJO, 2016). Nesse sentido, conforme aponta Cameron (2001), as relações intergovernamentais são melhor compreendidas a partir de uma estrutura analítica mais complexa, que considera uma diversidade de condições e componentes institucionais, incluindo o federalismo. Por outro lado, o autor também afirma que as relações intergovernamentais, sejam elas verticais ou horizontais, influenciam sobremaneira o funcionamento de uma federação:

“Os dois tipos de relações intergovernamentais moldam profundamente a forma de funcionamento de uma determinada federação. De fato, as relações intergovernamentais são o coração de qualquer sistema federal; representam o dispositivo singular por meio do qual o trabalho, seja qual for, é realizado” (CAMERON, 2001, p. 121, tradução nossa).¹³

Tais relações se operam por meio de mecanismos e regras institucionalizadas combinadas com arranjos informais praticados no cotidiano das interações entre os governos. Além disso, podem assumir diferentes padrões a depender de fatores

¹³ “*Intergovernmental relations of both kinds profoundly shape the way in which a particular federation functions. Indeed, intergovernmental relations is the workhorse of any federal system; it is the privileged instrument by which the job – whatever the job – gets done*”.

demográficos, geográficos, sociais, culturais, históricos, políticos, institucionais e contextuais. Especificamente em relação aos fatores políticos, destacamos que o grau e o padrão institucional de descentralização afetam as relações intergovernamentais, visto que influenciam a distribuição de poder entre as unidades federativas e, conseqüentemente, o comportamento dos atores governamentais em interação. Os dispositivos e os desenhos institucionais das relações intergovernamentais variam substancialmente a depender do seu grau de institucionalização e de transparência, bem como da sua influência na tomada de decisão, mesmo que apresentando a mesma função essencial, a saber: o manejo da interação entre os governos (CAMERON, 2001).

2.2. Coordenação federativa e cooperação intergovernamental: conceitos associados

Assim como afetam distintamente as relações intergovernamentais, os diferentes desenhos e dispositivos institucionais que orientam a divisão territorial do poder nas federações também influem desigualmente a formulação, a implementação e os resultados de políticas públicas. Independentemente dessa heterogeneidade em relação à sua forma, podemos afirmar que a compatibilização entre a autonomia e a interdependência das suas unidades constituintes se constitui como a principal missão de um Estado federado (IPEA, 2010).

A interdependência entre os governos em uma federação se expressaria pela necessidade de compartilhamento do processo decisório dada a dupla – ou tripla, no caso brasileiro – autoridade territorial. Combinada com o respeito ao princípio da autonomia dos governos, visa produzir soluções institucionais que considerem a assimetria dos territórios e o cenário de diferentes interesses dos atores políticos e governamentais que caracterizam uma nação federada. Essa compatibilização não é um objetivo fácil de se atingir, visto que as unidades federativas possuem autonomias que afetam a decisão por participar ou não de políticas compartilhadas que aprimorariam a ação governamental. Assim, inerentemente, os processos de tomada de decisão em contextos federativos, se caracterizariam por uma situação dilemática (PIERSON, 1995). Portanto, produzir soluções institucionais em um ambiente federativo remete a desenvolver respostas a dilemas de ação coletiva, que passariam pela discussão dos mecanismos de coordenação federativa e cooperação intergovernamental. Reside, aí, uma das razões que explicam a ampliação dos estudos sobre tais temas no campo das políticas públicas (IPEA, 2010).

As assimetrias em termos políticos, administrativos e econômicos entre os diferentes níveis de governo e entre as unidades de mesmo nível compõem o dilema essencial nas federações. Esse cenário dificulta a produção de programas de cunho nacional e favorece a manutenção de padrões díspares na oferta de um mesmo serviço no país (DUTRA, 2013). Assim, no âmbito das políticas sociais de caráter redistributivo, a necessidade de utilização de mecanismos para produzir coordenação da ação federativa é premente, tendo em vista o possível *trade off* entre a efetividade de uma agenda nacional e o respeito às autonomias e interesses regionais/locais. Os governos centrais em uma federação possuem importante papel neste sentido. Frequentemente, as instituições federativas adotadas em todo o mundo buscam garantir autoridade a este governo, reduzindo o poder de veto das unidades subnacionais seja por mecanismos políticos, eleitorais, legislativos, fiscais e/ou administrativos.

Em termos formais, Souza (2018) afirma que o propósito da coordenação *seria* “alcançar consenso entre indivíduos e organizações para o atingimento dos objetivos de um grupo” (p. 16). A coordenação federativa se manifesta em modos de articulação, seja por interação, compartilhamento ou decisão conjunta, promovendo colaboração entre diferentes esferas governamentais na produção de políticas públicas (ABRUCIO, 2005). Mas esse processo não se dá de maneira automática enquanto fenômeno social. Numa perspectiva racional, a construção da coordenação resulta na aplicação de uma série de mecanismos institucionais de indução, seja por meio de incentivos ou de sanções, para que as partes participem efetivamente de políticas públicas compartilhadas (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2007; MACHADO, 2009; LIMA, 2013; SOUZA, 2018). O oferecimento desses mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis de governo, também chamada de coordenação vertical, possui altos custos em uma federação, dada a autonomia das suas unidades constituintes. Esses custos, em geral, são associados ao governo central, dado o seu protagonismo (SOUZA, 2018). Complementando essa ideia, Lotta e colaboradores (2014) também destaca o papel do governo federal, por meio do seu poder de normatização e financiamento, que afeta a distribuição das competências dentro da federação e influi no resultado das políticas sociais. Dentre os possíveis mecanismos de coordenação de políticas públicas utilizados pelos governos podemos destacar: a regulamentação por meio de instrumentos legais que constroem as partes em prol do compartilhamento das ações; a instituição de arenas de negociação entre os entes federativos; e a indução por meio de recursos financeiros de

forma a incentivar a participação dos governos subnacionais nas políticas nacionais (DUTRA, 2013; LIMA, 2013).

À coordenação federativa vincula-se a noção de cooperação, entendida como uma “ação discricionária e voluntária dos indivíduos para um trabalho conjunto visando ao benefício mútuo” (SOUZA, 2018, p. 16). A prática da cooperação entre unidades subnacionais para implementação de políticas públicas se favoreceria pelo desenvolvimento de maior coordenação promovida pelo governo central (MACHADO; PALOTTI, 2015). Entretanto, o processo político de compartilhamento de decisões no âmbito da esfera federativa não é caracterizado apenas pela ideia de parceria intergovernamental. A literatura aponta que resultados positivos em relação à coordenação federativa se relacionam à:

“(…) uma mistura de práticas competitivas e cooperativas, as primeiras relacionadas à participação autônoma dos entes federados no processo decisório conjunto, com barganhas e controle mútuo entre os níveis de governo, e as últimas vinculadas às parcerias e arranjos integrados nos planos territorial e das políticas públicas” (IPEA, 2010, p. 181).

Para Lotta e colaboradores (2014), esta compreensão também ajuda a deslocar o debate acerca da coordenação federativa para além da simples oposição entre descentralização e centralização no âmbito das relações intergovernamentais de uma federação. Abrucio (2005) ressalta que a busca por um equilíbrio maior nas relações entre entes desiguais, com a indução à práticas cooperativas por meio da coordenação visa: a) otimizar a utilização de recursos comuns; b) auxiliar governos menos capacitados a realizarem determinadas tarefas; c) evitar comportamentos financeiros predatórios; d) distribuir informação sobre as fórmulas administrativas bem-sucedidas; e) “*eleva a esperança quanto à simetria entre os entes territoriais*” (p. 44). O desafio, para tanto, reside na identificação de interesses comuns para realização de fins compartilhados (MACHADO, 2008), sem produzir situações de perda excessiva de autonomia de uma das partes.

A forma como estão distribuídas as responsabilidades pela produção de políticas públicas entre as unidades de governo influencia a capacidade de coordenação federativa e de cooperação intergovernamental. Nesse sentido, uma dada competência ser atribuída a um (exclusiva) ou a mais de um (compartilhada ou concorrente) ente federado, por exemplo, confere variação no desenho e nos resultados relativos à cooperação

intergovernamental (RIBEIRO et al., 2018). Assim como não se deve esperar que processos de coordenação ocorram naturalmente, Machado e Palotti (2015) alertam para o equívoco em afirmar que o fato de responsabilidades de uma dada política serem compartilhadas levaria, automaticamente, à produção de arranjos institucionais de cooperação intergovernamental. Citando Souza (2005), os autores expõem o duplo sentido da cooperação: pressuposto constitucional (regra prevista no desenho institucional) e elemento factual (padrão de cooperação que emerge nas relações intergovernamentais). Além disso, reforçam a tese de que o estabelecimento de um padrão cooperativo ou competitivo nas relações intergovernamentais é influenciado pela existência de mecanismos de incentivos ou constrangimentos institucionais do governo central e pelas capacidades de governo dos entes subnacionais. Em última instância, portanto, cooperação depende fortemente de uma prática coordenativa que afete o comportamento e as escolhas das partes envolvidas no jogo.

2.3. Coordenação e cooperação nas políticas sociais brasileiras e a experiência do SUS

No Brasil, o contexto de redemocratização no plano interno e de influências por organismos multilaterais no plano externo, também favoreceu a incorporação da descentralização na agenda da reforma do Estado no período pós-militar 80/90. Um processo que pode ser considerado paradoxal, visto que sustentaram tal movimento uma base de apoio de cunho democrático em articulação com outra de interesses liberais de mercado, que se baseavam na busca por melhor relação custo-benefício para a atuação dos governos (LEITE, 2009). O marco político e institucional do processo de redemocratização no país foi a Constituição Federal de 1988, que expressou essa agenda descentralizante adotada pelo Estado.

A promulgação da nova constituição produziu importantes transformações no contexto institucional brasileiro. O novo federalismo que naquele momento se iniciava teve como fundamento a descentralização com forte concepção municipalista, transferindo um conjunto significativo de atribuições referentes às políticas sociais para os níveis locais de governo (LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014). Além disso, promoveu um aumento das receitas dos governos subnacionais em comparação a períodos anteriores. Esses movimentos produziram um efeito centrífugo na federação, gerando

estímulo à fragmentação e desarticulação da ação pública dado o baixo nível de coordenação federativa e a ausência efetiva de mecanismos de cooperação entre os governos (IPEA, 2010).

Ao mesmo tempo – e de forma paradoxal – o processo constituinte não representou um esvaziamento do protagonismo da União, pois manteve aspectos institucionais centrais que conferiam poder ao governo central, como a manutenção das prerrogativas legislativas, incluindo aquelas relativas à maioria das políticas sociais (ARRETCHE, 2013). Entretanto, a despeito dessa configuração, podemos afirmar que a União não conseguiu efetivar mecanismos de coordenação federativa nos anos iniciais após a promulgação da Constituição de 1988 (IPEA, 2010).

Nos anos seguintes, dado o frágil contexto fiscal e as características institucionais que mantiveram, e até ampliaram, o seu grau de autoridade, o governo federal passou a exercer um maior papel coordenador. Nesse cenário, destacou-se, ainda, a redução do poder dos governos estaduais, tendo em vista o esvaziamento de seu papel institucional previsto no texto constitucional e a crise fiscal que afetou sobremaneira essas unidades federativas (ARRETCHE, 2009; MONTEIRO NETO, 2014). Somadas ao grande poder arrecadatório, essas características fizeram com que a União desenvolvesse um relevante protagonismo na produção da coordenação federativa no país, atribuindo aos governos subnacionais funções de implementação das ações.

Almeida (2005), argumenta que o movimento experimentado na primeira década pós-redemocratização, que representou uma perspectiva centralizadora na federação brasileira, não seria suficiente para avaliar a ideia que o país tenha passado por um processo de recentralização. Segundo a autora, “*a tensão entre impulsos centralizadores e descentralizantes é constitutiva e sempre presente nas relações intergovernamentais na federação brasileira*” (p. 49).

Ao analisar nove políticas públicas no país, Lotta e colaboradores (2014) enxergaram a coordenação por parte do governo federal como a dinâmica central da atual conjuntura federativa brasileira. São expressão desse movimento: a conformação de sistemas nacionais em algumas políticas setoriais; o uso de incentivos federais para adesão dos governos subnacionais a programas estratégicos; a demanda de contrapartidas institucionais dos governos estaduais e municipais como condição para participação de programas; e a definição de padrões nacionais para a execução de políticas públicas. Segundo as autoras, esse movimento expressa a consolidação do governo central

brasileiro como ente normatizador e dos governos subnacionais como executores das políticas. Ao mesmo tempo, em várias políticas analisadas pelas autoras, são garantidos espaços institucionalizados de negociação entre os entes subnacionais, constituindo um campo de experimentação de alguma autonomia, mesmo que reduzida, por parte desses entes.

Como afirmam Machado e Palotti (2015), o atual federalismo brasileiro seria ilustrado por uma mistura de regras e mecanismos que variam do estímulo à competição, produzindo fragmentação, bem como ao compartilhamento e à coordenação federativa.

Em relação aos resultados das políticas sociais brasileiras nesse contexto, podemos afirmar a existência de fragilidades institucionais que impactam a sua capacidade redistributiva, mantendo um padrão de desigualdade entre regiões e entre municípios (VERGOLINO, 2104). Além disso, dentre os desafios da experiência federativa brasileira em relação às políticas sociais, podemos citar a inequidade em termos fiscais, o frágil e indefinido papel dos governos estaduais e a baixa capacidade de implementação dos municípios (LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014; SOARES; MACHADO, 2018). Complementam, ainda, esse cenário, as expressivas desigualdades existentes entre os entes subnacionais, em diversas dimensões (política, técnico-administrativa, financeira, entre outras). Segundo Souza e Carvalho (1999), tais diferenças na esfera local são ainda mais gritantes e fazem com que grande parte dos municípios brasileiros sejam fortemente dependentes dos governos estaduais e federais.

Como uma das estratégias para aprimorar a cooperação entre esses níveis de governo, Abrucio (2010) aponta o reforço à autonomia dos governos municipais e estaduais, bem como fomento a processos permanentes de negociação entre as partes. Defendemos, portanto, o argumento de que as unidades federativas subnacionais são atores governamentais com potência para a geração de inovações no âmbito das políticas pública.

Na esteira da conformação da nova constituição federal, a formulação e a implementação do SUS foram pautadas pela descentralização das funções de gestão e execução das ações e serviços de saúde para os entes subnacionais, em especial para os municípios, atribuindo a esses entes grande parte das responsabilidades pelo provimento direto de bens públicos à população (ARRETCHE; RODRIGUEZ, 1999; VIANA et al., 2002). De maneira geral, a Lei Orgânica da Saúde não prevê relevantes responsabilidades exclusivas de um dos entes da federação na provisão de serviços de saúde. Pelo contrário,

o sistema de saúde é fundamentado em competências comuns aos níveis de governo, assumindo como premissa a necessidade de intensa articulação entre a União, os estados e os municípios. Em relação à formulação da política de saúde, ao governo federal cabe a definição de diretrizes e de padrões nacionais de funcionamento e operação dos programas e ações do sistema. Entretanto, a decisão sobre esses aspectos deve ser negociada e pactuada com os entes subnacionais. Na implementação da política, a grande parte das responsabilidades pela execução das ações é dos municípios, seja de forma direta, com serviços próprios, ou indireta, por meio da contratação de prestadores de serviços. Os estados, ainda, possuem relevante participação da execução das ações, em especial, no âmbito da atenção terciária hospitalar. A adesão dos governos estaduais e municipais ao sistema é voluntária, mas é influenciada por estratégia de indução financeira relevante por parte do governo federal. Como mecanismos de repasse de recursos coexistem, atualmente, o repasse fundo a fundo *per capita* e por produção. Os municípios são os responsáveis pela gestão da maior parte dos serviços de saúde, em especial, os de atenção primária à saúde.

A descentralização da política de saúde brasileira demandou, ao longo de sua história, a instituição de diversos instrumentos legais que visavam regular a organização do sistema. Essas normatizações abarcavam um grande conjunto de conteúdos, tais como: modalidades de transferência de recursos entre os níveis de governo; formas de pagamento pelos serviços de saúde; regras para a descentralização compartilhada entre os entes; entre outros (VIANA et al., 2002; VIANA; MACHADO, 2009).

O desenho institucional do SUS, portanto, se fundamentou em uma articulação entre os entes federados para a constituição de um sistema de caráter nacional. A União, considerando o contexto do federalismo brasileiro, possui relevante papel na coordenação, mas busca combiná-lo com o princípio da autonomia dos entes subnacionais a partir da institucionalização de espaços de decisão compartilhada para a construção de consensos sobre a política de saúde – as denominadas comissões intergestores¹⁴. A

¹⁴ O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, institucionaliza comissões intergestores em três níveis: (a) Comissão Intergestores Tripartite, de âmbito nacional, contando com representação das gestões, federal, estaduais e municipais; (b) Comissão Intergestores Bipartite, de âmbito estadual, contando com a representação das gestões estaduais e municipais em cada unidade federativa; e (c) Comissão Intergestores Regionais, de âmbito regional intraestadual, contando com a participação de representação da gestão estadual e municipal de cada região de saúde da unidade federativa. Os estados podem constituir mais níveis de organização das comissões intergestores regional a depender da complexidade e extensão de seus territórios.

institucionalização dessas arenas de decisão conjunta, que funcionam como dispositivos de fomento à articulação entre os entes da federação, reconhece que o modelo de política social compartilhada de caráter nacional se estabelece por meio de relações entre variados atores governamentais (VIANA et al., 2002).

Além disso, no âmbito do financiamento do SUS, é de grande relevância o papel que o governo federal desempenha com as transferências intergovernamentais condicionadas – vinculadas a condições específicas assumidas pelos entes subnacionais. Tratadas como principal mecanismo de transferência discricionária federal, elas permitiram que a União induzisse a disseminação de programas e estratégias de caráter nacional. Diversos autores afirmam que o uso desses mecanismos de coordenação por parte do governo federal permitiu a redução de patamares de desigualdade, produzindo efeitos equalizadores na provisão da política de saúde (ARRETCHE, 2010; VIANA; LIMA, 2011; MACHADO, 2014).

Com a descentralização promovida no âmbito do SUS, os municípios, de fato, foram os que mais ampliaram gastos em saúde, com conseqüente decréscimo da contribuição proporcional do governo federal durante esse período (ARRETCHE; MARQUES, 2007). Apesar dos grandes esforços empreendidos para a ampliação da oferta de serviços de saúde à população, as normatizações da primeira década do SUS não beneficiaram a promoção da integração entre os municípios e seus pontos de atenção, inviabilizando a conformação de sistemas regionais de saúde que pudessem atender ao princípio da integralidade da atenção (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2005).

Por esse motivo, em anos seguintes, foi sendo desenvolvida a ideia de que, atrelada ao princípio da descentralização, o SUS deveria fomentar a regionalização. A regionalização parte do pressuposto de que as condições de saúde não são restritas à fronteiras administrativas municipais. Além disso, reconhece a irracionalidade e a impossibilidade de que cada município provenha todos os serviços de saúde de forma integral e independente para sua respectiva população. Assim, prevê-se a articulação intermunicipal, mediada por estados e governo federal, para o provimento de uma rede regionalizada de atenção à saúde (LIMA, 2013). Cada região de saúde é desenhada considerando não só elementos técnicos para a conformação de uma rede de serviços com densidade tecnológica capaz de atender as demandas de sua população adscrita. Mas, também, precisa reconhecer uma série de fatores políticos, sociais, culturais, econômicos, geográficos, epidemiológicos, entre outros, que determinam o acesso e a oferta de ações

em um sistema de saúde. Uma dimensão central para o conceito da regionalização na saúde é o conjunto de relações estabelecidas entre os diversos agentes presentes em cada território regional, incluindo, os dispositivos institucionais para planejamento, gestão, regulação e financiamento da rede de serviços (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Assim, se considerarmos que a regionalização se caracterizaria como um processo que considera a vontade política expressa pelos diversos atores políticos de estabelecer, ou não, uma relação de caráter cooperativo, o desafio de sua instituição fica evidente. Mais ainda, se percebe premente a necessidade de aprimoramento do modelo de organização do SUS, considerando o esgarçamento de arranjos já experimentados. Também destacamos a necessidade de se reconhecer o caráter diversificado e intersetorial que os arranjos loco-regionais devem tomar, a fim de se reduzir as iniquidades na oferta das ações e serviços de saúde observadas no território brasileiro (MENDES; LOUVISON, 2015; RIBEIRO, 2015).

Entretanto, como já mencionado em seção anterior, somente a previsão normativa de compartilhamento de atribuições entre níveis de governo não produz, automaticamente, um padrão de cooperação intergovernamental, necessitando, para isso, incentivos coordenados para sua concretização (MACHADO, 2009). Fazem parte deste rol de estratégias de coordenação o estabelecimento de arranjos institucionais para interação entre governos central e subnacionais, o fortalecimento das burocracias subnacionais e o aprimoramento da gestão regional (VIANA et al., 2002).

É possível afirmar que o setor saúde é reconhecidamente um daqueles em que mais se pôde experimentar relevantes articulações entre os níveis de governo no federalismo brasileiro. Ao longo das últimas décadas foi perceptível o esforço em buscar o aprimoramento do padrão de integração entre os municípios com o intuito de fortalecer a regionalização (RIBEIRO et al., 2018). Ainda assim, persistiriam problemas relacionados à frágil cooperação e prevalente competição entre municípios e a indefinição do papel dos governos estaduais na produção e coordenação da política de saúde (ABRUCIO, 2005; 2010), bem como o persistente grau de desigualdade existente entre governos municipais e estaduais no tocante a sua capacidade técnica, administrativa e financeira (ARAÚJO et al., 2017; MACHADO; GUIM, 2017).

Lima (2013) destaca que a maior qualidade da coordenação federativa no SUS depende, também, de uma reformulação mais geral que apresente nova fase para as relações intergovernamentais no país, com foco em dois objetivos: (a) ampliação da

cooperação com inovações para a produção de parcerias entre os governos; e (b) equilíbrio na partilha de receitas e despesas entre os entes no âmbito do federalismo fiscal. Já na esfera do SUS, a autora apresenta uma série de iniciativas que podem contribuir para o ambiente da coordenação e da cooperação: tecnologias de informação para reforço do planejamento regionalização; definição de pauta estratégia para negociação regional; reconhecimento dos diferentes estágios de implementação da organização territorial do sistema entre os estados; inovação e diversificação dos instrumentos de pactuação intergovernamental; e financiamento e modelo de repasse de recursos adequados à proposta de regionalização.

2.4. Arranjos institucionais de coordenação e cooperação na assistência farmacêutica básica do SUS

A apresentação da trajetória de descentralização da AFB no primeiro capítulo e os debates teóricos das seções anteriores contribuem para a qualificação do objeto de pesquisa abordado neste trabalho. Tratamos de um problema inicial que aponta para a necessidade de coordenação nacional da política de AFB do SUS pela via do desenvolvimento de mecanismos que garantam acesso aos medicamentos, em especial promovendo a cooperação entre os entes federados. Este enquadramento revela a importância da incorporação de novas estratégias de indução na política de medicamentos que visem, entre outros aspectos, a implementação de arranjos institucionais de cooperação intergovernamental nos processos de aquisição e distribuição. Cabe destacar que, considerando a abordagem do neoinstitucionalismo de escolha racional, a produção de cooperação se configura como um desafio para além da prática normativa, pois sugere que atores abram mão de seus autointeresses em prol de um bem coletivo (MACHADO; PALOTTI, 2015).

Ao longo dos últimos anos, algumas estratégias foram desenvolvidas, principalmente a partir da esfera federal, para lidar com o problema do acesso a medicamentos básicos. No âmbito da política industrial¹⁵ e da regulação do mercado, destacamos: incentivos a indústrias nacionais da cadeia produtiva farmacêutica;

¹⁵ A relação entre a política industrial no campo da saúde e o desenvolvimento do país foi explorada a partir de uma abordagem estruturalista por Gadelha (2006), tendo influenciado um conjunto de estratégias governamentais federais que compuseram a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde na primeira década dos anos 2000.

regulação da importação de sais e princípios ativos; estabelecimento de banco de preços em saúde; e incentivo à produção de medicamentos pela rede de laboratórios oficiais públicos (CAPANEMA, 2006; OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006; BRASIL, 2011).

Em relação à coordenação federativa, a União buscou promover o aprimoramento da função gestora no âmbito da PNM por meio de: normatização das responsabilidades e do financiamento compartilhado entre os três entes; padronização de itens para incorporação ao sistema; e estabelecimento de sistemas informatizados de gerenciamento da AF (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; VASCONCELOS et al., 2017).

Mesmo com esses esforços, a oferta regular e sustentável de medicamentos na atenção primária à saúde enfrenta desafios relacionados aos processos de compra e distribuição. Em estudo que abarcou informações obtidas na Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica de 17% dos municípios brasileiros entre 2013 e 2014, Pontes e colaboradores (2017) mostraram que na maioria dos municípios os itens adquiridos estão acima do preço apresentado no Banco de Preços em Saúde. Ao mesmo tempo, em parcela expressiva desses, o valor anual aplicado por habitante/ano para a AFB é menor que o mínimo estabelecido pela legislação vigente, principalmente naqueles que possuem a gestão da aquisição dos itens totalmente descentralizada.

Compreendemos que esse cenário ilustra ainda mais a situação paradoxal envolvendo a descentralização da AFB e o seu princípio de universalização apresentado no primeiro capítulo. Nesse sentido, nos parece relevante que a política de medicamentos brasileira avance em relação ao desenvolvimento de mecanismos de coordenação federativa e cooperação entre os governos estaduais e municipais. Dentre eles, arranjos institucionais¹⁶ entre as esferas subnacionais, que definissem novas formas de participação dos estados e municípios nos processos de AFB. A instituição de arranjos subnacionais diversificados, considerando os contextos locorregionais, pode apresentar soluções também diferenciadas aos problemas que emergem com a descentralização da AFB. No centro destes problemas estão os efeitos negativos gerados na promoção de

¹⁶ Lotta e Vaz (2015) afirmam que arranjos institucionais podem ser expressos por um conjunto de “*regras e instâncias específicas estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes*” (p. 173). Segundo os autores, podem ser partilhados por agentes públicos e/ou privados e abarcam diferentes etapas do ciclo de políticas públicas. A importância desses arranjos, segundo Pires e Gomide (2014), reside no fato de que estes definem com clareza e considerando seu escopo de atuação os limites da participação de cada agente em um determinado processo, bem como os padrões de relacionamento entre os mesmos.

igualdade de condições em termos de capacidade de aquisição e distribuição dos medicamentos básicos. Em consonância com a literatura sobre o tema, é possível afirmar que arranjos cooperativos de natureza subnacional representariam um freio à perspectiva fragmentadora de sistema de saúde descentralizado, sem perder de vista as heterogeneidades regionais características de nosso país.

Ressaltamos que, no campo acadêmico, nota-se escassez de estudos relacionados à análise e comparação de arranjos adotados entre os estados e municípios para gestão e execução da AFB. Em análise de artigos científicos recentes, identificamos estudos de caso focados em diversas outras dimensões como, por exemplo: infraestrutura da rede em municípios em um estado brasileiro (BARBOSA et al., 2017); alocação de recursos municipais para aquisição de medicamentos (BRUNS et al., 2014; SILVA; CAETANO, 2014; PONTES et al., 2017); e avaliação da gestão dessa política nos municípios de um estado (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Destacamos, ainda, estudos de caso que mostraram vantagens do consorciamento intermunicipal para aquisição de medicamentos (AMARAL; BLATT, 2011; BEVILACQUA et al., 2011; MERISIO et al., 2012). Nesses estudos não se observou foco na análise das relações intergovernamentais entre estados e municípios para a provisão desta política. Concluimos, portanto, que o tema carece de mais abordagens analíticas que tomem como referencial a Ciência Política e seu campo de estudo sobre a relação da organização político-territorial dos Estados com a produção de políticas públicas.

CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este trabalho se insere no conjunto de estudos sobre a implementação de políticas públicas que se desenvolvem a partir da análise das instituições políticas. Toma, como pressuposto, que as preferências dos atores são influenciadas pelas instituições, moldando a trajetória das políticas públicas. Diversas abordagens de análises de políticas públicas consideram que sua produção é influenciada pela forma com que o Estado e os atores da sociedade interagem entre si, mediados por instituições existentes em cada contexto (DYE, 2010; ARAÚJO & RODRIGUES, 2017; BAPTISTA & REZENDE, 2011).

Trata-se de estudo de caso descritivo, baseado em análise documental de fontes de dados secundários, sobre os arranjos institucionais de cooperação intergovernamental estabelecidos entre estados e municípios no âmbito do SUS. Para tanto, tomamos como caso a descentralização da AFB a partir da instituição da PNM em 1998.

Compreendemos que a descentralização das responsabilidades sobre o conjunto de ações e serviços para a garantia de acesso e uso racional dos medicamentos dispensados nas unidades de atenção básica do SUS se constitui como cenário útil para a exploração empírica do fenômeno da cooperação intergovernamental em âmbito subnacional. Em primeiro lugar, por promover relações intergovernamentais que busquem o compartilhamento da atuação de diferentes níveis de governo em relação a sua produção e financiamento. Além disso, assim como se dá com o conjunto de ações descentralizadas do SUS, o governo federal possui relevante papel na coordenação federativa da política de AFB, mas permanece a possibilidade de arranjos subnacionais de cooperação diferentes para cada unidade federativa (UF) em relação à sua implementação.

Para operacionalizar o estudo, optamos por delimitar o foco de análise nos arranjos institucionais produzidos entre os governos estaduais e municipais voltados para a aquisição e distribuição dos medicamentos do CBAF. Justificamos tal recorte já que tais processos se relacionam diretamente a um objetivo precípua da assistência farmacêutica – a garantia da oferta de medicamentos aos usuários. Apesar da política de medicamentos brasileira não se resumir ao binômio aquisição-distribuição de medicamentos (VASCONCELOS et al., 2017), concordamos que a inexistência destes produtos nas unidades de dispensação por problemas relacionados à compra e/ou distribuição implicam em sua não efetivação.

Ademais, as normatizações de âmbito nacional sobre a execução e o financiamento da AFB impõem a necessidade de pactuação entre estados e municípios sobre os arranjos a serem adotados em seus territórios, produzindo dispositivos normativos estaduais (deliberações, resoluções ou portarias) que são fontes factíveis e confiáveis para a coleta de dados.

Por último, devemos considerar o aparente paradoxo existente entre a busca pela universalidade do acesso à AFB e a descentralização das responsabilidades sobre a aquisição e distribuição de seus medicamentos para os municípios. Esta situação foi explorada no primeiro capítulo, e possui como questões fundamentais o complexo e desigual contexto federativo brasileiro e as diferentes capacidades administrativas das gestões municipais brasileiras. Como explorado no capítulo 2, os problemas que emergem com a implementação da AFB universal e descentralizada podem ser abordados a partir da institucionalização de mecanismos de cooperação intergovernamental em âmbito subnacional, objeto do presente trabalho.

Como destacado por GERRING (2007), a partir de um recorte demarcado espacialmente e/ou temporalmente, a metodologia de estudo de caso oferece a possibilidade de produção de análise exploratória de um fenômeno mais amplo. O autor destaca ainda que a capacidade descritiva desta metodologia faz com que seu emprego seja adequado em situações onde pretendemos explorar um fenômeno sob nova perspectiva.

Nesse sentido, e considerando justificativas já lançadas em reflexões anteriores, a delimitação do fenômeno da cooperação intergovernamental ao caso da descentralização da AFB pode contribuir para a apresentação de aspectos significativos sobre as relações entre os estados e municípios na implementação de políticas públicas de saúde no Brasil.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, buscamos estruturar seu desenho em duas etapas complementares, que se relacionam à diferentes fontes de dados empíricos utilizadas neste estudo: (a) resumos executivos das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite do SUS (CIT-SUS) entre 1998 e 2018; e (b) pactuações estaduais vigentes das Comissões Intergestores Bipartite do SUS (CIB-SUS) sobre execução e financiamento do CBAF por unidade federativa.

3.1. Debates nacionais tripartite e relevância do tema da cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

Vários autores já destacaram o papel relevante do governo federal na definição da agenda e na formulação das políticas públicas no contexto federativo brasileiro (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005; ARRETCHE, 2012; MACHADO; PALOTTI, 2015). No âmbito do SUS, o protagonismo da União, por meio do MS, também já foi destacado, seja na proposição e formulação das principais diretrizes das políticas e programas de saúde, seja na implementação das políticas com mecanismos de incentivo e/ou controle da ação dos gestores subnacionais (ARRETCHE, 2012; PALOTTI; MACHADO, 2014).

Nesse sentido, o esforço de exploração do tema da cooperação intergovernamental entre os estados e municípios no âmbito da AFB não pode desconsiderar os debates e encaminhamentos de caráter nacional realizados sobre o assunto. Tanto as discussões e decisões ocorridas na CIT-SUS, arena de decisão conjunta que conta com a representação dos três níveis de governo, quanto os próprios instrumentos normativos que emergem dessas decisões coletivas, apontam para os principais temas que estão na agenda governamental para o setor saúde.

Por esse motivo, o interesse por produzir uma descrição mais completa a respeito das estratégias de cooperação para aquisição e distribuição de medicamentos básicos entre estados e municípios também evoca perguntas que remetem às discussões tripartite de caráter nacional. São essas perguntas que orientaram o desenvolvimento desta primeira etapa do trabalho, a saber: *a cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos foi um tema presente na agenda de debates da CIT-SUS ao longo das duas últimas décadas de implementação da PNM? Como e com que frequência este tema foi debatido nesta arena de decisão conjunta do SUS?*

Para tentar responder à essas perguntas, nesta primeira etapa da pesquisa, buscamos analisar os debates e encaminhamentos sobre temas relativos à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos da AFB ao longo da trajetória de formulação e implementação da PNM.

Para tanto, coletamos todos os resumos de reuniões ordinárias e extraordinárias da CIT-SUS realizadas no período de 1998 a 2008 disponíveis no sítio eletrônico do MS¹⁷ e procedemos uma análise do material que teve como objetivo identificar aqueles resumos em que tenha sido discutida alguma pauta referente à AFB.

Para a seleção dos resumos a serem analisados, utilizamos as palavras-chave “medicamentos”, “assistência farmacêutica” e “componente básico”. Foram selecionados todos os resumos em que uma ou mais dessas palavras-chaves foram encontradas, descartando-se nesse processo as pautas relativas ao componente especializado da AF. Foram coletados 215 resumos de reuniões ordinárias e extraordinárias da CIT-SUS realizadas no período de 20 (vinte) anos estudado. Deste total, em 76 (setenta e seis) reuniões, o equivalente a 35,3%, foram identificadas pautas relativas à AFB.

Para sistematização e análise dos dados, optamos por definir períodos de 04 (quatro) anos que coincidem, em sua maioria, com o período de exercício do mandato da gestão federal pelo presidente, à exceção do primeiro período, ao qual foi incluído o ano de 1998, e do último período, que inclui duas gestões presidenciais¹⁸ (Tabela 01).

Tabela 01: Número de reuniões de CIT-SUS realizadas, segundo realização, existência de pauta sobre AFB por quadriênio (Brasil, 1998 – 2018)*.

Período	Nº reuniões realizadas (A)	Nº reuniões c/ pautas sobre AFB (B)	% reuniões c/ pautas sobre AFB (B/C)
1998-2002	57	27	47,4%
2003-2006	38	16	42,1%
2007-2010	41	5	12,2%
2011-2014	40	12	30,0%
2015-2018*	39	16	41,0%
TOTAL	215	76	35,3%

Fonte: Elaboração própria.

* Observação: o ano de 2018 inclui reuniões realizadas apenas até o mês de agosto.

¹⁷ As pautas e resumos das reuniões da CIT-SUS estão disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pautas-de-reunioes-e-resumos>. Para o ano de 2018, foram consultados os resumos de reuniões da CIT-SUS ocorridas até o mês de agosto, em virtude do prazo para elaboração das análises e desenvolvimento do presente trabalho.

¹⁸ O período referente aos anos de 2015 a 2018 inclui duas gestões presidenciais devido ao processo de impeachment que levou ao afastamento de Dilma Rousseff e a posse de Michel Temer em agosto de 2016.

Os debates e/ou encaminhamentos sobre AFB contidas nos resumos de reuniões de CIT-SUS selecionados nesta primeira fase foram analisados com o intuito de identificar se e como o tema da cooperação intergovernamental havia aparecido. Para isso, utilizamos o método de análise de conteúdo, que reúne um conjunto de técnicas sistemáticas para análise das comunicações, objetivando identificar os sentidos de um texto, mensagem e/ou documento (BARDIN, 1977).

Inicialmente, com o intuito de apreender de forma geral as ideias principais que se relacionavam ao conjunto de dados que tínhamos em mãos, os registros dos debates sobre AFB foram objeto de uma leitura flutuante. Dessa forma, como destaca BARDIN (1977), inicia-se uma aproximação e interação do pesquisador com os dados, permitindo um preparo para etapas posteriores de codificação e classificação dos dados.

Num segundo momento e com leituras sequenciais que permitiam a codificação dos textos dos resumos, procedemos a consolidação dos temas debatidos em categorias mais amplas. Esse processo, assim como destacado por MINAYO (1996), se orientou a partir da junção de diferentes elementos tais como as teorias relacionadas ao objeto de estudo e adotadas pelo pesquisador, as perguntas e objetivos da presente pesquisa e, também, a trajetória acadêmico-profissional e a perspectiva subjetiva do próprio pesquisador. Destacamos que tais categorias temáticas emergiram do conteúdo dos textos contidos nos resumos, não havendo definição apriorística sobre as mesmas. Além disso, essa fase não se orientou pela frequência de repetição dos conteúdos, mas sim pela relevância implícita da discussão registrada.

A sistematização desses debates em períodos quadrienais e a análise de conteúdo desenvolvida permitiram que as pautas fossem consolidadas em temas de debate e/ou encaminhamento, evitando, assim, sua duplicação em cada período. Além disso, os temas foram consolidados em 08 (oito) categorias temáticas de forma a facilitar a exploração e análise do material (Quadro 02). A relação completa dos temas discutidos e/ou pactuados, bem como de suas respectivas categorias temáticas se encontra no anexo A.

Quadro 02: Categorias temáticas dos debates e encaminhamentos sobre AFB das reuniões da CIT-SUS (Brasil, 1988 – 2018).

Categorias Temáticas

1. Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica;
 2. Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica;
 3. Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica;
 4. Financiamento da assistência farmacêutica básica;
 5. Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados;
 6. Qualificação de recursos humanos;
 7. Qualificação de serviços farmacêuticos;
 8. Sistemas de informação e Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.
-

Fonte: Elaboração própria.

As categorias temáticas foram utilizadas para a análise de como e com que frequência as pautas relacionadas aos arranjos institucionais de cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos foram trabalhadas na CIT-SUS. Para isso, definimos, *a priori*, esses tipos de pauta a serem pesquisados: (a) *assistência farmacêutica básica*; (b) *cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos*; (c) *arranjos de cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos*. Cabe destacar que buscamos definir os tipos de pauta considerando três níveis categóricos. Um mais amplo, relacionado à discussões gerais sobre a AFB; um intermediário, relacionado à pautas de cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos entre os três níveis de governo (neste caso, sobressai as práticas de cooperação lideradas pela União); e, por último, um mais específico ao objeto de estudo, relacionado aos arranjos institucionais pactuados entre estados e municípios para aquisição e distribuição do CBAF.

Ao final, a análise permitiu relacionar como esses tipos de pauta foram abordados nas reuniões do CIT-SUS no período, considerando as categorias temáticas a que se vinculavam os debates e a frequência com que apareceram. Isso permitiu observar se a agenda da cooperação subnacional relevante ou não nos debates sobre AFB realizados na arena de gestão tripartite do SUS.

3.2. Pactuações estaduais bipartite e os arranjos subnacionais de descentralização e cooperação no âmbito da assistência farmacêutica básica.

Como estratégia da segunda etapa da pesquisa, buscamos identificar as características dos arranjos institucionais estabelecidos entre estados e municípios para implementar a descentralização do CBAF, bem como mapear os dispositivos de cooperação intergovernamental institucionalizados nos instrumentos normativos sobre o tema. Esses objetivos se referem ao esforço para descrever o fenômeno em estudo e são motivados por questionamentos que se fizeram presentes na construção do projeto de pesquisa, a saber: *Quais os arranjos institucionais praticados pelos estados e municípios para operar a descentralização do componente básico da assistência farmacêutica? Como eles variam entre si considerando as dimensões da descentralização e da cooperação intergovernamental? Que dispositivos de cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos foram institucionalizados pelos entes subnacionais?*

Definimos, também, como unidade de análise desta etapa os arranjos construídos em cada uma das unidades federativas estaduais (UF) que compõe a federação brasileira. Tal desenho se justifica pela proposta de investigação sobre os arranjos de cooperação realizadas no âmbito das relações intergovernamentais de caráter subnacional constituídas entre dois níveis de governo diferentes, a saber: o governo estadual e o municipal.

É importante destacar que as normatizações nacionais que dispõem sobre o financiamento e a execução do CBAF estabelecem a necessidade de pactuação entre os gestores estaduais e municipais dos arranjos de descentralização que serão adotados em cada UF (BRASIL, 2013, 2017a, 2017b). Dentre as definições pactuadas no âmbito subnacional estão aquelas que se referem às responsabilidades de aquisição e distribuição dos medicamentos, ao elenco de referência para a assistência farmacêutica básica daquele território e sobre o financiamento compartilhado, incluindo, portanto, o destino das transferências de recursos financeiros dos entes. Além disso, os entes subnacionais utilizam essas pactuações para definirem outras questões sobre o CBAF relevantes para suas realidades, podendo, também, utilizar o processo para institucionalização de outros dispositivos de coordenação da política de assistência farmacêutica e de cooperação intergovernamental em seus territórios.

Portanto, as pactuações estaduais são relevantes fontes de informação para análise das características institucionais relativas aos arranjos de descentralização do CBAF, bem como da institucionalização de mecanismos de cooperação intergovernamental no setor.

Assim, definimos, inicialmente, como fonte de dados para esta segunda etapa as pactuações vigentes das CIB-SUS que regulamentavam a execução e o financiamento do CBAF em cada UF.

Cabe destacar que não foram considerados para a análise os arranjos para descentralização de medicamentos e insumos destinados a tratamento de pacientes insulino-dependentes. A execução e o financiamento destes itens também são regulamentados nas pactuações que compõem o conjunto de fonte de dados desta pesquisa. Entretanto, por possuírem compartilhamento da responsabilidade pelos processos de aquisição e distribuição com o governo federal, além de estarem submetidos a regras mais rígidas de financiamento e execução, os mesmos foram desconsiderados desta análise.

Ressaltamos, ainda, que dispositivos de coordenação e cooperação relativos aos medicamentos que compõem o componente estratégico da AF que por ventura tenha sido alvo de regulamentação nas pactuações analisadas também não foram considerados no estudo.

Iniciamos a coleta com a procura, em sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dessas pactuações. Em um primeiro levantamento, não se encontrou pactuação intergovernamental sobre o tema de 09 (nove) dos estados brasileiros. Diante deste quadro, optamos por formalizar solicitação dessas informações ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do MS por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC)¹⁹, plataforma do governo federal para gerenciamento das demandas de acesso à informação. O pedido, registrado pelo protocolo nº 25820006095201880 e respondido pelo MS, incluiu informações sobre as pactuações estaduais vigentes em cada estado (número do instrumento normativo vigente e forma predominante de descentralização pactuada), bem como o destino das contrapartidas federais para financiamento do CBAF para cada município brasileiro.

¹⁹ A plataforma e-SIC é uma plataforma sobre a Lei de Acesso à Informação e para solicitação de informações de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. Pode ser acessada por meio do endereço eletrônico <http://www.acessoinformacao.gov.br/>.

Assim, o conjunto de fontes de dados secundários utilizados nesta segunda etapa foi composto por:

- Pactuações vigentes²⁰ das CIB-SUS dos estados sobre execução e financiamento do CBAF; e
- Relatório do MS sobre destino da transferência da contrapartida federal do CBAF por município.

A partir das informações repassadas pelo MS, refizemos a busca pelas pactuações vigentes nos sítios eletrônicos das SES, bem como dos Diários Oficiais dos Estados. Dessa forma foi possível verificar os dados obtidos e ampliar a cobertura da coleta em relação aos estados brasileiros.

Ao todo, foram reunidos dados referentes à descentralização da AFB de 25 (vinte e cinco) unidades federativas estaduais²¹. O Distrito Federal e o Amapá foram excluídos da análise. O primeiro, porque em seu território não há subdivisão em nível municipal. E o último, por não possuir pactuação vigente para a descentralização da execução e do financiamento do CBAF, situação validada com as informações repassadas pelo MS.

Definição das variáveis

Os dados coletados foram sistematizados e analisados com o objetivo de construir um mapeamento dos arranjos institucionais existentes em âmbito subnacional para operar a descentralização do CBAF. Para tanto, definimos um conjunto de variáveis qualitativas relacionadas às duas dimensões teóricas relevantes para o tema estudado: (a) descentralização e (b) coordenação e cooperação (Quadro 03).

As variáveis selecionadas funcionam como indicadores das dimensões utilizadas na análise dos arranjos estaduais pactuados e permitem promover uma comparação entre os arranjos pactuados por UF.

Cabe destacar que o desenvolvimento de pesquisas sobre fenômenos sociais fez com que emergisse uma diversidade de discussões acerca dos métodos empregados em seus desenhos. A despeito das diferentes correntes epistemológicas que debatem o assunto, reconhecemos que a construção de um desenho de pesquisa deve se pautar pela

²⁰ Considerando o prazo para elaboração do presente trabalho, a data de corte para a coleta de pactuações vigentes foi 31/08/2018. Pactuações realizadas após esta data não foram consideradas nesta análise.

²¹ A relação completa das pactuações analisadas por estado, bem como seus atributos e variáveis estudadas se encontra no anexo B.

explicitação clara do caminho metodológico percorrido e das técnicas e instrumentos utilizados. Além disso, como afirmam KING, KEOHANE e VERBA (1994), a construção e definição de indicadores devem ser orientadas por dois princípios – a validade e a confiabilidade – de modo que as medidas encontradas de fato expressem uma dada dimensão do que se quer estudar.

Quadro 03: Dimensões, variáveis e categorias/valores utilizados para análise dos arranjos estaduais de descentralização da assistência farmacêutica básica.

Dimensão	Variável	Categorias/Valores
Descentralização	1. Forma predominante de pactuação bipartite do CBAF no estado	TCE PDM TDM
	2. Modalidades de gestão da contrapartida federal para o CBAF existentes no estado	FES
	3. Modalidades de gestão da contrapartida estadual para a CBAF existentes no estado	FES ou FMS FES/FMS ou FMS
	4. Modalidades de gestão da contrapartida municipal para a CBAF existentes no estado	FMS
Coordenação e Cooperação	5. Intensidade das estratégias institucionalizadas de coordenação e cooperação praticadas em âmbito subnacional para a descentralização da AFB no estado	Forte intensidade Média intensidade Fraca intensidade

Fonte: Elaboração própria.

Para a dimensão da **descentralização**, foram definidas variáveis qualitativas categóricas vinculadas ao modelo de execução e financiamento da assistência farmacêutica básica. Em relação à execução deste componente, buscamos identificar a *forma predominante de pactuação bipartite do CBAF* em cada estado. As normatizações encontradas apontam para 03 (três) tipos de pactuação possíveis:

- *Totalmente centralizada no estado (TCE)*: a aquisição e distribuição dos medicamentos básicos está sob gestão e responsabilidade do governo estadual;
- *Parcialmente descentralizada no município (PDM)*: a aquisição e distribuição dos medicamentos básicos está sob gestão e responsabilidade dos governos estadual e municipal, simultaneamente; e
- *Totalmente descentralizada no município (TDM)*: a aquisição e distribuição dos medicamentos básicos está sob gestão e responsabilidade do governo municipal.

Optamos por identificar a forma predominante, tendo em vista que em alguns estados, há possibilidade de pactuação de mais de uma forma a depender da capacidade do município. Assim, a captura da forma predominante indicaria um perfil de maior ou menor descentralização de um dado território estadual.

De maneira a complementar a qualificação da dimensão da **descentralização**, incorporamos em sua medida mais três variáveis que se relacionam ao financiamento do CBAF e estão vinculadas ao destino e, portanto, responsabilidade de gestão, das contrapartidas financeiras de cada ente governamental. Assim, buscamos identificar as *modalidades de gestão de cada contrapartida (federal, estadual e municipal) existentes nas UF*. Para essas variáveis, e considerando as diferentes origens da contrapartida financeira, os valores possíveis são:

- *Fundo Estadual de Saúde (FES)*: a contrapartida federal, estadual ou municipal é gerida e executada apenas pelo ente estadual numa dada UF;
- *Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde (FES ou FMS)*: a contrapartida federal, estadual ou municipal é gerida e executada apenas pelo ente estadual ou apenas pelo ente municipal numa dada UF;
- *Fundos Estadual e Municipal de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde (FES/FMS ou FMS)*: a contrapartida federal, estadual ou municipal é gerida e executada pelo ente estadual juntamente com o ente municipal ou apenas pelo ente municipal numa dada UF; e
- *Fundo Municipal de Saúde (FMS)*: a contrapartida federal, estadual ou municipal é gerida e executada apenas pelo ente municipal numa dada UF.

A depender do valor assumido para cada uma das variáveis, é possível atribuir um maior ou menor grau de descentralização da AFB, na medida em que maior responsabilidade pelos processos administrativo-financeiros de uma política pública indica maior autonomia do nível de governo.

Já para a dimensão **coordenação e cooperação**, optamos pela seleção de apenas uma variável qualitativa que expressasse a adoção, por parte de cada UF, de arranjos de coordenação da política de medicamentos que se relacionassem à cooperação entre os entes subnacionais para produção dos processos de aquisição e distribuição do CBAF. Para tanto, elegemos a variável *intensidade das estratégias institucionalizadas de coordenação e cooperação praticadas em âmbito subnacional para a descentralização*

da AFB no estado, que foi operacionalizada com a identificação, nos atos normativos estaduais, de todas as iniciativas deste cunho.

Cabe destacar, neste ponto, que a opção pela unificação dos dois conceitos, sem estabelecer uma distinção entre eles, em apenas uma variável encontra consonância com o contexto federativo brasileiro. Souza (2018) afirma que, em termos formais, existiriam diferenças entre os dois conceitos, tendo em vista a diferenciação de seus respectivos atributos – voluntário, no caso da cooperação e hierárquico, no caso da coordenação. Entretanto, a própria autora destaca que o compartilhamento de políticas públicas em países federativos, dada a autonomia dos seus entes, pressupõe cooperação. Assim, as relações verticais estabelecidas entre os governos de distintos níveis, com vistas à coordenação das políticas, teriam como característica essencial a cooperação. O caso brasileiro ainda é ressaltado pela autora considerando o texto constitucional:

"[...] ambos os conceitos [coordenação e cooperação] podem ser aplicados às políticas públicas no Brasil. Isso porque a Constituição de 1988 delegou ao Executivo Federal o desenho de inúmeras políticas, o que pressupõe sua coordenação pelo Governo Federal" (SOUZA, 2018, p. 44).

O processo de análise das normatizações estaduais pactuadas mostrou que algumas delas, apesar de não apresentarem arranjos próprios de cooperação intergovernamental para a aquisição e distribuição do CBAF, institucionalizavam estratégias que consideramos relevantes para a coordenação desta política em âmbito subnacional. Isso porque influenciam, de maneira indireta, os processos de compra de medicamentos nos territórios ou mesmo, de forma mais amplo, o desenho da política de AF implementada nas UF.

Atribuição de valores por variável

Como estratégia para o mapeamento dos arranjos estaduais e comparação entre as UF, atribuímos uma pontuação para cada categoria/valor assumido nos casos estudados. O somatório dessa pontuação por dimensão permitiu a identificação de posições relativas das UF em relação à **descentralização** e à **coordenação e cooperação**. A atribuição das pontuações para cada categoria/valor assumido pelas variáveis analisadas foi elaborada considerando sua aproximação com a dimensão da qual faz parte.

Assim, para as variáveis relativas à **descentralização**, foram atribuídas pontuações de 0 a 2, onde o primeiro valor representa uma posição menos descentralizada e o último mais descentralizado (Quadros 04 e 05).

Quadro 04: Pontuação por categoria/valor assumido da variável 1 da dimensão descentralização.

Variável	Categorias/Valores	Pontuação
1. Forma de pactuação bipartite do CBAF predominante no estado	TCE	0
	PDM	1
	TDM	2

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 05: Pontuação por categoria/valor assumido das variáveis 2, 3 e 4 da dimensão descentralização.

Variável	Pontuação por categoria/valor assumido			
	FES	FES ou FMS	FES/FMS ou FMS	FMS
2. Modalidades de gestão da contrapartida federal para o CBAF existentes no estado	0	1	1,5	2
3. Modalidades de gestão da contrapartida estadual para a CBAF existentes no estado	0	1	1,5	2
4. Modalidades de gestão da contrapartida municipal para a CBAF existentes no estado	0	1	1,5	2

Fonte: Elaboração própria.

O somatório dos valores assumidos em cada variável compõe o valor final assumido para a dimensão descentralização em cada UF. Assim, assumimos que quanto maior o valor atribuído à UF para esta dimensão, mais descentralizado é o arranjo estabelecido entre o estado e os municípios neste território.

Em relação à variável da dimensão **coordenação e cooperação**, foram estabelecidos valores arbitrários a cada estratégia mapeada considerando sua respectiva potência em produzir coordenação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF. Essa valoração foi realizada comparando as distintas estratégias mapeadas entre si, em relação a sua intensidade de produção de coordenação política e de cooperação intergovernamental. As estratégias com maior potência de produção de coordenação e cooperação para os processos descentralizados de aquisição e distribuição

de medicamentos básicos foram valoradas como ‘forte intensidade’. Aquelas que possuíam forte atributo de coordenação e cooperação, mas se relacionavam a processos menos descentralizados foram classificadas como ‘moderada intensidade’. Já as que foram classificadas como ‘fraca intensidade’ se referem a iniciativas que influenciam indiretamente os processos de aquisição e distribuição ou o modelo de AF. Portanto, para cada estratégia identificada e classificada foi atribuído um valor conforme o Quadro 06.

Quadro 06: Pontuação por estratégia institucionalizada mapeada para cálculo da variável 6 da dimensão *coordenação e cooperação*.

Intensidade	Estratégias institucionalizadas	Pontuação
Forte intensidade	Atas estaduais de registro de preço	3
	Produção pública estadual	
	Aquisição centralizada no Estado	
Moderada intensidade	ConSORCIAMENTO intermunicipal	2
	Ampliação de contrapartida estadual (incentivo)	
Fraca intensidade	Arranjos variáveis de descentralização do CBAF	1
	Priorização de municípios para financiamento extra	
	Fomento à sistema informatizado de gestão da AFB	
	Educação Permanente para profissionais do município	
	Indicadores de monitoramento da AFB	
	Financiamento de infraestrutura para AFB	

Fonte: Elaboração própria.

O somatório dos valores para cada UF, de acordo com o mapeamento realizado em sua respectiva normatização, compõe o valor assumido pela variável e, portanto, para a dimensão **coordenação e cooperação**. Assim, assumimos que quanto maior o valor da variável, mais intensas são as práticas coordenativas e cooperativas em prol de processos descentralizados de aquisição e distribuição do CBAF.

A pontuação para cada uma das dimensões nas UF analisadas, composto pelo somatório dos valores de suas respectivas variáveis (Tabelas 02 e 03), foi utilizado para mapear as posições relativas das UF em comparação umas com as outras. Os dados foram plotados em um gráfico de dispersão, apresentado no capítulo 4, seção 4.4, onde o eixo x representa a posição em relação à **descentralização** e o eixo y a posição em relação à **coordenação e cooperação**.

Tabela 02: Pontuação da dimensão *descentralização* por UF (Brasil, agosto/2018).

UF	Arranjo Predominante	Gestão Contrapartida Federal	Gestão Contrapartida Estadual	Gestão Contrapartida Municipal	Pontuação Final (Σ valores)
Acre	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Alagoas	TDM (2)	FMS (2)	FES ou FMS (1)	FMS (2)	7
Amazonas	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Bahia	PDM (1)	FES ou FMS (1)	FES (0)	FMS (2)	4
Ceará	TCE (0)	FES ou FMS (1)	FES (0)	FES ou FMS (1)	2
Espírito Santo	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Goiás	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Maranhão	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Mato Grosso	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Mato Grosso do Sul	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Minas Gerais	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Pará	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Paraná	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Paraná	TDM (2)	FES ou FMS (1)	FES ou FMS (1)	FMS (2)	6
Pernambuco	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Piauí	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Rio de Janeiro	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Rio Grande do Norte	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Rio Grande do Sul	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Rondônia	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Roraima	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Santa Catarina	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
São Paulo	PDM (1)	FES/FMS ou FMS (1,5)	FES/FMS ou FMS (1,5)	FMS (2)	6
Sergipe	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	8
Tocantins	TDM (2)	FMS (2)	FMS (2)	FMS (2)	6

Fonte: Elaboração própria.

Observação: As pontuações entre parênteses nas colunas 2, 3, 4, e 5 representam a pontuação por categoria/valor assumido, conforme critérios de pontuação.

Tabela 03: Pontuação da dimensão *coordenação e cooperação* por UF (Brasil, agosto/2018).

UF	Estratégias de Coordenação e Cooperação Identificadas	Pontuação Final (Σ valores)
Acre	Institucionalização da possibilidade de aquisição conjunta, por meio de consórcio, ou apoiada, por meio de atas de registro de preço estaduais (3)	3
Alagoas	Institucionalização de transferência de contrapartida estadual para aquisição consorciada intermunicipal (2) Institucionalização de estratégia de educação permanente de profissionais dos municípios (1)	3
Amazonas	-	0
Bahia	Aquisição centralizada no Estado - contrapartida estadual e federal (3) Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF (1)	4
Ceará	Aquisição centralizada no estado (3) Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF (1)	4
Espírito Santo	Institucionalização de sistema de registro de preços estadual para adesão municipal (3) Ampliação das contrapartidas estadual e municipal (2) Financiamento estadual para estrutura física e equipamentos para AFB (1)	6
Goiás	Ampliação da contrapartida estadual (2)	2
Maranhão	-	0
Mato Grosso	-	0
Mato Grosso do Sul	-	0
Minas Gerais	Institucionalização de sistema estadual de registro de preços regionalizado para adesão municipal (3) Ampliação da contrapartida estadual com fomento à adesão à regionalização (2) Institucionalização de sistema de informação estadual para gestão da AF (1) Possibilidade de pactuação de arranjos de descentralização diferenciados (1)	7
Pará	Institucionalização de indicadores de monitoramento da AFB para municípios acima de 80.000 habitantes (1)	1
Paraíba	-	0
Paraná	Institucionalização de aquisição conjunta consorciada fomentada pelo governo estadual (2) Ampliação da contrapartida estadual condicionada a adesão ao consorciamento intermunicipal (2) Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF (1)	5
Pernambuco	-	0
Piauí	-	0
Rio de Janeiro	Ampliação da contrapartida estadual (2) Institucionalização da utilização de sistema de informação para gestão da assistência farmacêutica (1)	3
Rio Grande do Norte	-	0
Rio Grande do Sul	-	0
Rondônia	-	0
Roraima	-	0
Santa Catarina	Institucionalização de registro de preços estadual para aquisição de parte do elenco pelos municípios (3) Ampliação das contrapartidas estaduais e municipais (2) Institucionalização de mecanismo de priorização segundo grau de desenvolvimento social dos municípios (1)	6
São Paulo	Institucionalização da produção pública de medicamentos como contrapartida estadual (3) Ampliação da contrapartida estadual vinculada à adesão à programa estadual de aquisição centralizada (2) Institucionalização de priorização segundo grau de desenvolvimento dos municípios (1) Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF (1)	7
Sergipe	-	0
Tocantins	Ampliação da contrapartida estadual (2)	2

Fonte: Elaboração própria.

Observação: As pontuações entre parênteses na coluna 2 representam a pontuação por estratégia identificada, conforme critérios de pontuação.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Cooperação subnacional para a assistência farmacêutica básica na arena de gestão tripartite do SUS: uma frágil e incipiente agenda

A análise dos debates nacionais ocorridos na CIT-SUS ao longo da trajetória de formulação e implementação da PNM apontou elementos importantes sobre a baixa relevância do tema da cooperação intergovernamental para a aquisição e distribuição de medicamentos básicos em âmbito subnacional. Como apresentado anteriormente, da amostra de 215 reuniões ordinárias e extraordinárias da CIT-SUS ocorridas entre os anos de 1998 e 2018, identificamos que em 35,3% (n=76) delas, a AFB foi tema objeto de discussão e/ou encaminhamento. Além disso, uma primeira análise permitiu observar como e com que frequência as pautas relacionadas ao objeto de estudo do presente trabalho foram debatidas e/ou encaminhadas nas reuniões de CIT-SUS nos períodos estudados (Tabela 04).

É possível observar um maior número absoluto de temas sobre AFB debatidos e/ou encaminhados no primeiro período, de 1998 a 2002, em comparação aos demais. Isso pode estar relacionado ao momento inicial de formulação e implementação da PNM, quando ocorreu intensa alteração na referida política com a introdução da diretriz de descentralização das AFB.

Do total de 68 (sessenta e oito) temas debatidos e/ou encaminhados, 36,8% (n=25) deles se relacionavam à pauta da **cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos**. Entretanto, neste tipo de pauta estão incluídos debates e/ou encaminhamentos que não são, necessariamente, específicos do âmbito subnacional, recorte do presente trabalho. Em sua maioria, trata-se de pautas de cooperação coordenadas pelo governo federal. Incluem a centralização da compra de determinados itens no MS, as sucessivas regulamentações acerca do financiamento compartilhado da AFB, o apoio à produção pública de medicamentos por parte dos laboratórios oficiais brasileiros e o aprimoramento dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos por parte dos estados e municípios. Destacamos, também, a busca pelo desenvolvimento de mecanismos de regulação do mercado farmacêutico com fomento à articulação interinstitucionais sobre compras públicas de medicamentos e insumos estratégicos.

Já os debates e/ou encaminhamentos específicos sobre **arranjos cooperativos de âmbito subnacional para a descentralização da aquisição e distribuição do CBAF** se resumem a apenas 4 (quatro) reuniões neste longo período, o que representa a pequena parcela de 5,9% do total de debates realizados sobre AFB e apenas 16% dos debates sobre cooperação intergovernamental. Os detalhes sobre essa pequena parcela dos debates serão apresentados mais à frente.

Antes, porém, cabe apresentar a distribuição dos tipos de debates e/ou encaminhamentos em relação às categorias temáticas que representam o conjunto das pautas relacionadas a AFB e desenvolvidas na CIT-SUS no período estudado (Tabela 05).

A maioria, cerca de 66% (n=45), das discussões relacionadas à AFB se concentraram, ao longo do período, em 03 (três) categorias temáticas. Primeiramente no tema *‘Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica’*, que inclui definição das diretrizes e prioridades da PNM, a necessidade de descentralização da AFB, as competências e responsabilidades dos níveis de governo, a centralização da gestão de medicamentos da atenção básica estratégicos no MS e o fomento da produção pública de medicamentos. Em seguida, na categoria *‘Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados’*, abrangendo análises a respeito dos processos de aquisição e distribuição de medicamento, discussões sobre o desabastecimento de medicamentos, a capacidade dos entes subnacionais para compras públicas e sobre estratégias de regulação do mercado. Em terceiro lugar, também se deram discussões com o tema *‘Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica’*, que inclui debates para formulação e implementação de mecanismos para o seu aprimoramento.

Destacamos, por fim, a concentração de todos os 04 debates e/ou encaminhamentos relacionados a arranjos de cooperação subnacional para aquisição e distribuição do CBAF no tema *‘Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados’*. Esta categoria possuiu debates com baixo perfil de institucionalização em comparação com as demais. Refere-se à discussões mais ligadas a análises de situações e discussões sobre possíveis estratégias de aprimoramento das compras públicas de medicamentos. Esse resultado sugere baixo nível propositivo ou de formulação de soluções a partir das raras discussões sobre arranjos de cooperação entre estados e municípios para a descentralização da AFB.

Tabela 04: Quantidade e frequência dos tipos de pauta à cooperação intergovernamental na AFB discutidos e/ou encaminhados na CIT-SUS por quadriênio (Brasil, 1998 – 2018).

PERÍODO	TIPO DE PAUTA			FREQUÊNCIA		
	Assistência Farmacêutica Básica (B)	Cooperação Intergovernamental* (C)	Arranjos de Cooperação* Subnacional (D)	% C/B	% D/B	% D/C
1998 - 2002	27	9	2	33,3%	7,4%	22,2%
2003 - 2006	16	7	1	43,8%	6,3%	14,3%
2007 - 2010	4	3	0	75,0%	0,0%	0,0%
2011 - 2014	14	6	1	42,9%	7,1%	16,7%
2015 - 2018	7	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Total	68	25	4	36,8%	5,9%	16,0%

Fonte: Elaboração própria.

* Observação: Cooperação intergovernamental e arranjos institucionais de cooperação subnacional no âmbito dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF.

Tabela 05: Distribuição dos tipos de pauta relativas à cooperação intergovernamental na AFB discutidas e/ou encaminhadas na CIT-SUS por categoria temática (Brasil, 1998 – 2018).

CATEGORIAS TEMÁTICAS	TIPO DE PAUTA		
	Assistência Farmacêutica Básica (B)	Cooperação Intergovernamental* (C)	Arranjos de Cooperação* Subnacional (D)
Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica	17	10	0
Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica	6	0	0
Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica	12	0	0
Financiamento da assistência farmacêutica básica	7	2	0
Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados	16	13	4
Qualificação de recursos humanos	4	0	0
Qualificação de serviços farmacêuticos	4	0	0
Sistemas de informação e Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica	2	0	0
TOTAL	68	25	4

Fonte: Elaboração própria.

Esta percepção é corroborada pelos achados que emergem da análise mais detalhada dos 04 (quatro) tipos de pauta sobre os arranjos de cooperação subnacional identificados no estudo. Como é possível observar (Quadro 07), as discussões dessas pautas não produziram decisões ou encaminhamentos que visassem a institucionalização de arranjos subnacionais no âmbito da cooperação para a aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF. Em sua maioria, se relacionaram a relatos de experiências práticas em poucos estados que desenvolveram seus próprios dispositivos. Entretanto, não foi identificado que essas discussões tenham gerado encaminhamentos que provocassem mudanças e/ou inovações nas diretrizes operativas de implementação da descentralização da AFB em prol da cooperação subnacional.

Quadro 07: Contextualização da discussão das pautas sobre arranjos cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos da AFB na CIT-SUS (Brasil, 1998 – 2018).

PAUTA	PERÍODO	CONTEXTO DA DISCUSSÃO
Apresentação da experiência de consorciamento intermunicipal no estado do Paraná como estratégia de aprimoramento da aquisição e distribuição de medicamentos.	1998 - 2002	Reunião de Setembro/2000, onde MS apresentou avaliação do Incentivo Financeiro da Assistência Farmacêutica Básica. Nos debates que se seguiram à apresentação dos resultados, em especial àqueles relacionados a capacidade dos entes subnacionais de realizar compras públicas, a representação dos gestores estaduais destacou a experiência de consorciamento do Paraná. Afirmou que promove a otimização dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos por meio da compra conjunta. Destacaram, ainda, que o modelo não seria replicável de modo automático em outros Estados, mas que poderia servir de exemplo para adoção de um padrão nacional para a implementação da política. Discussão não produziu nenhum encaminhamento relativo ao tema.
Papel dos Laboratórios Oficiais para a garantia do estoque de medicamentos essenciais e estratégias para ampliação de suas capacidades produtivas.	1998 - 2002	Reunião de Setembro/2000, onde o MS apresentou avaliação do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica. Nos debates que se seguiram à apresentação dos resultados de execução do programa, em especial àqueles relacionados à capacidade dos entes subnacionais de realizar compras públicas, a representação dos gestores estaduais destacou a experiência de parceria entre o Estado de São Paulo, por meio do seu laboratório oficial, e seus municípios que visava a garantia de fornecimento dos medicamentos para a atenção básica por meio da produção pública. Destacaram a capacidade de produção do laboratório oficial paulista como contexto favorável à estratégia. Discussão não produziu nenhum encaminhamento relativo ao tema.
Responsabilidades e fragilidades dos governos estaduais em relação ao apoio técnico aos municípios para o aprimoramento dos processos de aquisição, com citação à cooperação/associação intermunicipal como possível estratégia.	2003 - 2006	Reunião de Outubro/2005, onde se discutiu a revisão da Portaria nº 1.105/2005 que dispunha sobre a execução e o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica. Em suas considerações, a representação dos gestores estaduais ressaltou o papel das Secretarias Estaduais de Saúde no apoio aos municípios em relação aos processos de aquisição de medicamentos. Em especial, para os municípios pequenos, ressaltaram a importância do governo estadual para o fomento de mecanismos de cooperação com objetivo de desenvolvimento de compras conjuntas. O debate, entretanto, não estabeleceu ações concretas sobre o tema para encaminhamento.
Possibilidade de fomento a consórcios públicos entre municípios e/ou estados para aquisição de medicamentos.	2011 - 2014	Reunião de Março/2014, onde o MS, em um informe sobre iniciativas de seu Departamento de Assistência Farmacêutica em relação à incorporação de novas tecnologias e à judicialização no SUS, destacou possíveis estratégias, a serem desenvolvidas, para a redução dos custos de aquisição de medicamentos por parte dos estados e municípios. Dentre as estratégias foi apresentada a possibilidade de apoio à constituição de consórcios públicos, destacando a experiência da região sul do Estado de Alagoas. O debate, entretanto, não definiu ações concretas sobre o assunto para possíveis encaminhamento.

Fonte: Elaboração própria.

4.2. Arranjos institucionais de descentralização da assistência farmacêutica básica no SUS: a dominância da fragmentação de gestão sob a municipalização

O mapeamento dos diferentes arranjos institucionais vigentes para descentralizar a AFB, pactuados entre estados e municípios nas CIB-SUS, revela outras importantes informações sobre as relações intergovernamentais no âmbito subnacional para operar os processos de aquisição e distribuição dos medicamentos. Antes de apresentar esses resultados, porém, cabe lembrar que o Distrito Federal e o estado do Amapá não foram incluídos nessas análises. O primeiro, por se tratar apenas de um nível de poder territorial, e o último, por não possuir pactuação para o CBAF vigente.

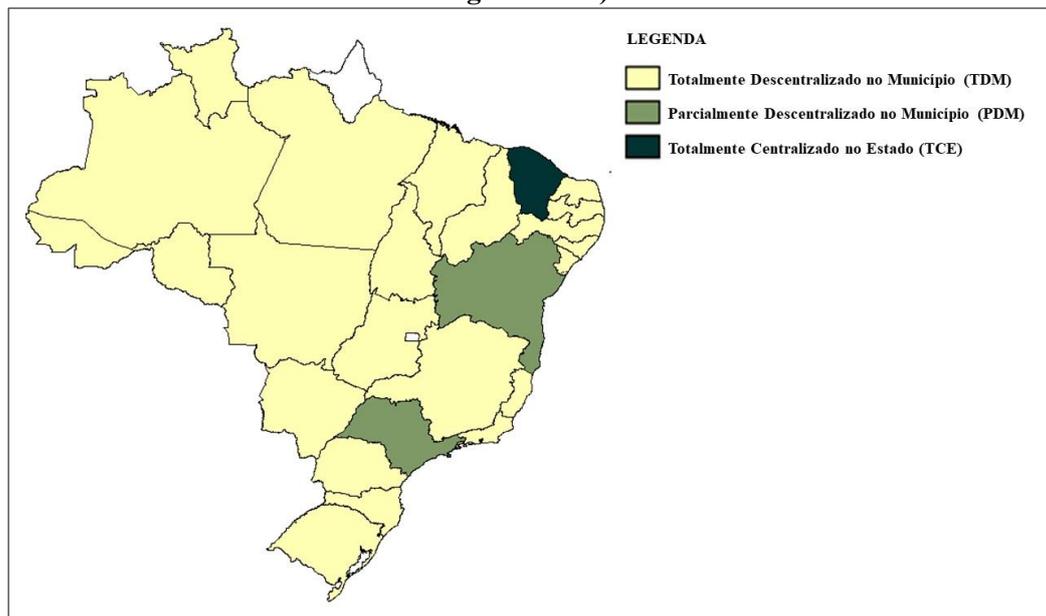
A figura 03 apresenta os arranjos predominantes por estado. Observamos que cerca de 88% (n=22) dos estados analisados, portanto a grande maioria da amostra, adotam o padrão *Totalmente Descentralizado no Município (TDM)*. É neste grupo que se encontram a maioria dos estados em que identificamos institucionalização de arranjos de cooperação subnacional para a aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF, representando 27% (n=6) desses territórios: Acre, Alagoas, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. Os detalhes sobre esses arranjos serão apresentados adiante neste capítulo.

Dentre os estados em que o arranjo predominante foi o *Parcialmente Descentralizado no Município (PDM)*, somente São Paulo possui parte de municípios que assumem toda a responsabilidade pela gestão do componente básico. Tais territórios, entretanto, representam apenas 11% dos 645 municípios paulistas. Na Bahia, o Estado possui, no mínimo, a responsabilidade pela execução de sua contrapartida. Porém, a maioria dos municípios baianos (67%) possuem gestão sobre as contrapartidas federal e municipal.

Apenas o estado do Ceará possui a modalidade *Totalmente Centralizada no Estado (TCE)*. E neste caso, observamos que apenas 02 municípios (Fortaleza e Sobral) possuem a gestão das contrapartidas federal e municipal. Para os demais, representando 99% dos municípios cearenses, o governo estadual fica responsável pela execução das três contrapartidas, o que demanda a transferência de recursos dos Fundos Municipais de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, num movimento de centralização da AFB.

A análise dos arranjos predominantes para a AFB demonstra que o panorama geral brasileiro é de descentralização com ênfase na municipalização, fomentando a ampliação da autonomia e responsabilidade dos municípios na gestão da execução do CBAF.

Figura 03: Forma predominante de pactuação bipartite do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018).



Fonte: Elaboração própria.

Com o intuito de qualificar a discussão, complementamos a análise com dados relativos às modalidades de gestão das contrapartidas federal, estadual e municipal para o financiamento da AFB praticadas atualmente. Essas modalidades são pactuadas nas respectivas CIB-SUS de cada estado e apresentam relação com os arranjos de descentralização pactuados por estado e município.

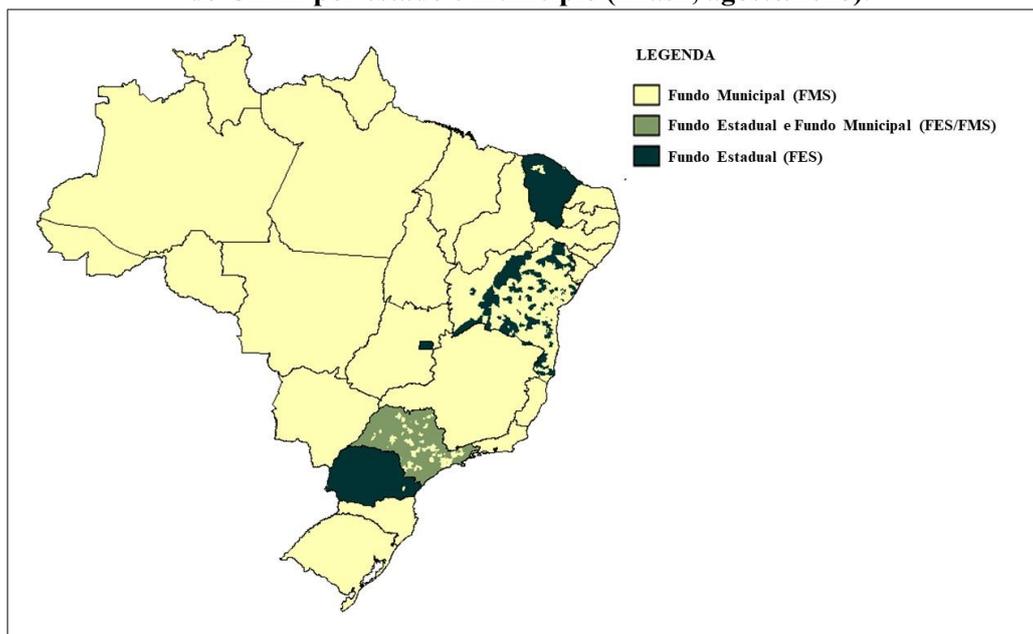
A figura 04, que apresenta a modalidade de gestão para a contrapartida federal, corrobora o cenário anteriormente retratado em relação aos arranjos predominantes.

Os detalhes relevantes de serem explicitados são relacionados aos estados de São Paulo e Paraná. Com um modelo diferenciado de gestão desta contrapartida, São Paulo estabeleceu a possibilidade de responsabilidade pela contrapartida federal compartilhada entre o Estado e os Municípios. Tal modalidade é vinculada a um programa estadual estratégico destinado a municípios com até 250 mil habitantes²². Dessa forma, os municípios que aderiram ao programa possuem gestão parcial da contrapartida federal. A outra parcela destes recursos é gerida pela gestão estadual.

²² O Programa Estadual Dose Certa, do Estado de São Paulo, regulamentado pela Deliberação CIB-SUS/SP nº 47, de 1 de setembro de 2017, visa facilitar e aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos, para municípios com população inferior a 250 mil habitantes, os quais podem apresentar maiores dificuldades para sua aquisição.

Já o estado do Paraná, apesar de possuir como arranjo predominante o *Totalmente Descentralizado no Município (TDM)*, faz a gestão da contrapartida federal no nível estadual, pois este é o responsável pelo repasse global desse valor ao Consórcio Intermunicipal Paraná Saúde²³, dispositivo institucionalizado para a aquisição e distribuição de medicamento do CBAF para 99,5% dos municípios paranaenses.

Figura 04: Modalidades existentes de gestão da contrapartida federal para financiamento do CBAF por estado e município (Brasil, agosto/2018).



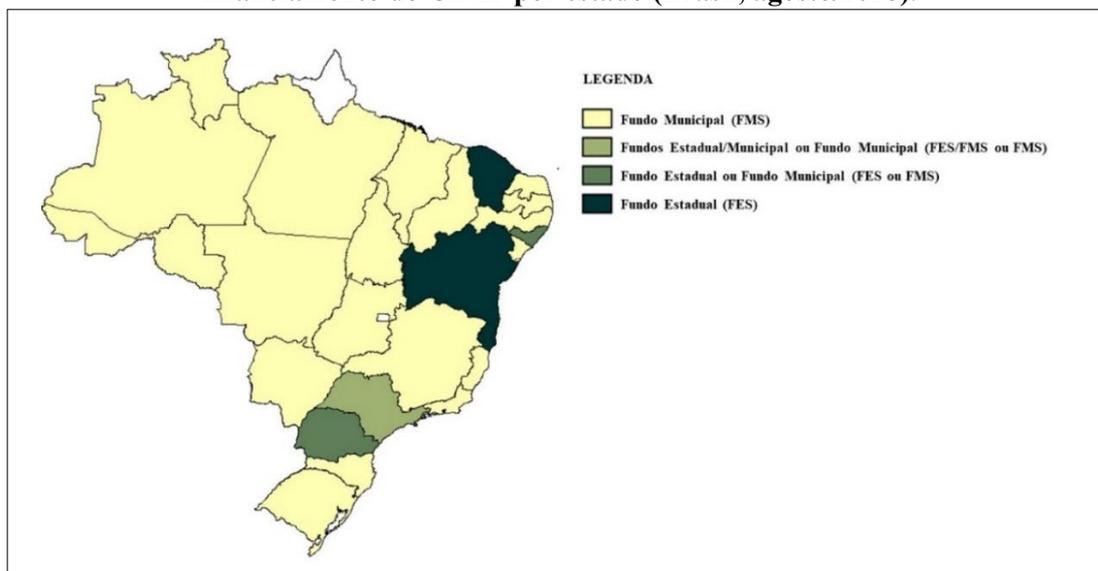
Fonte: Elaboração própria.

A gestão da contrapartida estadual também apresenta desenhos diferenciados que merecem ser apresentados (Figura 05). O forte caráter descentralizado da AFB permanece presente, com a maioria dos municípios sendo o responsável pela gestão desta contrapartida. Destacamos, aqui, os dois estados que mantêm a responsabilidade pela gestão desses recursos – Bahia e Ceará – e apresentam os desenhos menos descentralizado para a AFB no Brasil. São Paulo mantém a possibilidade de gestão compartilhada desta contrapartida assim como o faz para os recursos federais. Nesse caso, os municípios contemplados no programa estadual “Dose Certa” recebem parcela da contrapartida estadual em recursos financeiros e outra em medicamentos adquiridos pelo próprio estado. E por fim, Paraná e Alagoas, que estabelecem a possibilidade de repassarem a

²³ O Consórcio Paraná Saúde foi criado em 1999 para operacionalizar a descentralização da AFB no estado do Paraná. Possui caráter intermunicipal, contando com a participação de 397 municípios. Possui como atividade precípua a aquisição e distribuição de medicamentos básicos. Sua incorporação à forma de pactuação da AFB é regulamentada pela Deliberação CIB-SUS/PR nº 033, de 27 de março de 2015. Maiores informações: <https://www.consorcioparanasaude.com.br/>.

contrapartida estadual diretamente para consórcios intermunicipais. No caso de Alagoas, esta modalidade é adotada para parcela dos municípios que possuem vínculo com o Consórcio Intermunicipal da Região Sul de Alagoas – CONISUL²⁴.

Figura 05: Modalidades existentes de gestão da contrapartida estadual para financiamento do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018).



Fonte: Elaboração própria.

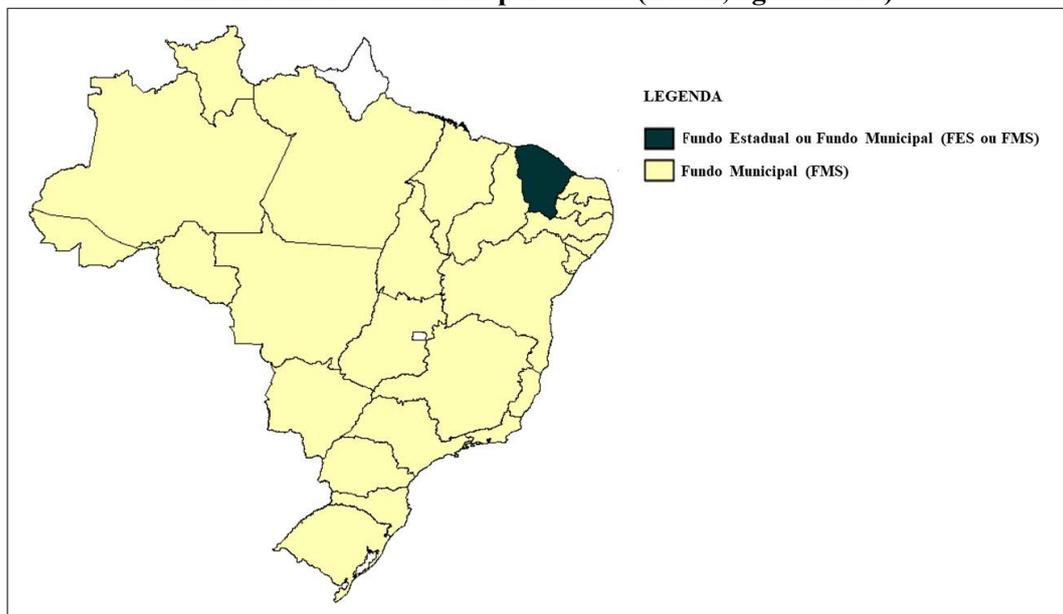
E em relação à contrapartida municipal (Figura 06), o destaque cabe ao modelo do estado do Ceará, como já foi apresentado, que possui o desenho menos descentralizado do país. Os municípios cearenses podem repassar suas contrapartidas ao ente estadual e receberem os medicamentos do CBAF adquiridos por esse nível. Apenas os municípios de Fortaleza e Sobral, como já destacados anteriormente, optaram pela descentralização dos recursos e permanecem com a gestão da aquisição e distribuição dos medicamentos básicos.

Os mapeamentos a respeito dos arranjos de descentralização e das modalidades de gestão das contrapartidas dos entes federativos demonstram a inequívoca tendência à municipalização das responsabilidades pela aquisição e distribuição dos medicamentos do CBAF. Atualmente, cerca de 76,8% (n=4280) dos municípios brasileiros gerenciam e executam, sozinhos, a contrapartida federal para o financiamento da AFB. Se somarmos

²⁴ O repasse da contrapartida estadual dos municípios alagoanos para o Consórcio CONISUL é deliberado em Comissões Intergestores Regionais do estado e homologado na Comissão Intergestores Bipartite do estado de Alagoas. Fundado em 2013, com a finalidade de planejar, adotar e executar ações voltadas para a realização de gestão associada de serviços e compras diversas áreas de políticas públicas, incluindo a saúde.

a este grupo, aqueles municípios que executam parte desta contrapartida, o percentual aumenta para 87% (n=4851).

Figura 06: Modalidades existentes de gestão da contrapartida municipal para financiamento do CBAF por estado (Brasil, agosto/2018).



Fonte: Elaboração própria.

É um cenário que demanda, conforme discussões apresentadas nos dois primeiros capítulos desta dissertação, estratégias de coordenação federativa que visem a cooperação intergovernamental no setor. Isso porque o território brasileiro é marcado por extrema heterogeneidade entre os estados e municípios, com um legado institucional que pouco promoveu o desenvolvimento das capacidades administrativas das localidades municipais (BICHIR, 2011). O risco, neste caso, seria a existência de padrões muito diversificados em relação à oferta de medicamentos para a AB, com permanente iniquidade entre regiões e municípios. Como consequência, dado que o medicamento é reconhecidamente um importante objeto terapêutico para o cuidado em saúde, esta situação prejudica a resolubilidade das ações de nível primário e contribui para a fragmentação e para a inequidade do sistema de saúde.

4.3. Arranjos subnacionais para cooperação intergovernamental na assistência farmacêutica básica no SUS

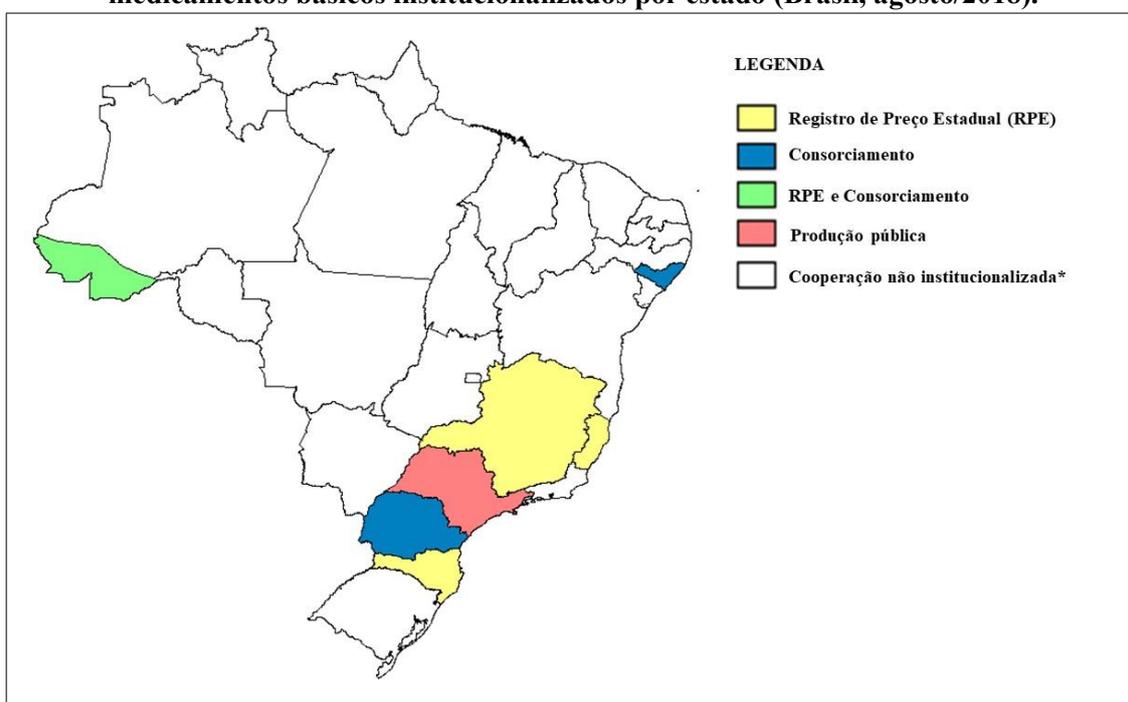
Buscando responder às perguntas orientadoras do trabalho e alcançar os objetivos traçados para a pesquisa, também mapeamos as estratégias de cooperação

intergovernamental de âmbito subnacional que visam o aprimoramento dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos. A identificação, conforme já descrito no capítulo 3 (Estratégia Metodológica), focou em dispositivos de cooperação incorporados às pactuações estaduais sobre execução e financiamento do CBAF, como forma de captar a institucionalização dos mesmos.

O mapeamento dessas práticas de cooperação entre estados e municípios institucionalizadas é de relevância para o presente trabalho pois pode revelar inovações implementadas no processo de coordenação da descentralização da AFB. Argumentamos que governos pertencentes aos níveis subnacionais, por buscarem adaptar as diretrizes formuladas em âmbito nacional à realidade de seus contextos, podem desenvolver desenhos que visem a cooperação não previstos nas normas pactuadas em nível tripartite.

A figura 07 apresenta os arranjos cooperativos de âmbito subnacional identificados com a pesquisa. Podemos observar que em apenas 28% (n=7) dos estados identificamos arranjos institucionalizados nas pactuações analisadas.

Figura 07: Arranjos de cooperação subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos institucionalizados por estado (Brasil, agosto/2018).



Fonte: Elaboração própria.

* Observação: Distrito Federal e Amapá não estão inseridos nesta categoria por terem sido excluídos da análise.

Foram identificados três tipos de arranjos cooperativos associados aos processos de aquisição e distribuição de medicamentos: o fomento ao consorciamento

intermunicipal; a oferta de atas estaduais de registro de preço aos municípios; e a produção pública de medicamentos por meio de laboratório oficial do estado para distribuição aos municípios.

A maioria dos casos identificados buscou concretizar a cooperação subnacional por meio da oferta de **atas estaduais de registro de preço**. Isso ocorreu nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Acre. Embora possuam o mesmo mecanismo, cada experiência possui um desenho próprio.

Minas Gerais institucionalizou em sua regulamentação o que foi denominado de Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica. A adesão a esta estratégia amplia a contrapartida estadual aos municípios, uma clara iniciativa de coordenação da política, e disponibiliza atas de registro de preços para a aquisição de medicamentos do elenco de referência da AFB do estado. Essas atas são elaboradas e gerenciadas pelo estado de forma regionalizada, com o intuito de se adequarem as diferentes realidades do mercado farmacêutico existentes entre as regiões do estado (MINAS GERAIS, 2016).

O Espírito Santo institucionalizou o que denominou de Sistema Estadual de Registro de Preços, regulamentando as responsabilidades de cada ente na operacionalização da estratégia (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Já o Acre apenas institucionalizou a possibilidade de pactuação da aquisição dos medicamentos ocorrer de forma centralizada no estado, com o objetivo de apoiar a execução dos recursos destinados ao CBAF. Essa aquisição centralizada poderia ocorrer por meio de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por Consórcios de Saúde (ACRE, 2013). A propósito, esta possibilidade de aquisição centralizada da forma como foi incorporada no modelo do Acre já consta na regulamentação nacional, derivada de pactuação tripartite, sobre a AFB. Nesse sentido, apesar de ter sido considerada para efeitos desta análise, o arranjo do Acre pode ser relativizado em termos de seu funcionamento prático.

O segundo arranjo mais utilizado nos casos de cooperação intergovernamental identificados foi o **consorciamento** como forma de operar compras conjuntas. Citados no parágrafo anterior, no momento de descrição das modalidades de gestão das contrapartidas dos entes federados, os casos do Paraná e de Alagoas possuem especificidades próprias que devem ser consideradas.

No Paraná, a experiência de consorciamento foi fomentada pelo ente estadual e já possui quase 20 anos, tendo surgida logo após a publicação da PNM e sua diretriz de descentralização da AFB (PARANÁ, 2015). A estratégia de consorciamento paranaense

possui bastante institucionalidade e é o eixo central da regulamentação da execução e do financiamento do CBAF no estado. O governo estadual, inclusive, fomenta a adesão ao modelo ao ampliar sua contrapartida estadual, atuando intensivamente, portanto, na coordenação da política em sua área de abrangência. Atualmente, apenas os municípios de Curitiba e Foz do Iguaçu não fazem parte do modelo consorciativo, o que demonstra sua importância para o desenho da descentralização da AFB no estado.

Já o caso de Alagoas, em comparação ao paranaense, parece possuir menor institucionalidade. O que foi identificado nas pactuações da CIB-SUS/AL foram autorizações para que o repasse da contrapartida estadual seja realizada diretamente pelo estado ao Consórcio Intermunicipal (ALAGOAS, 2010; 2013). De qualquer forma, o reconhecimento desse dispositivo implicou em sua identificação como um arranjo cooperativo de âmbito subnacional.

Por fim, com um desenho próprio vinculado a um programa estadual de apoio aos municípios no campo da AFB, o Estado de São Paulo institucionaliza a **produção pública** de medicamentos básicos por meio de seu laboratório oficial. Voltado à municípios de até 250 mil habitantes, o Estado utiliza parte das contrapartidas federal e estadual para realizar a produção própria e a distribuição dos itens aos municípios. A adesão ao programa também gera ampliação da contrapartida estadual como forma de incentivo e estratégia de coordenação da política naquele território (SÃO PAULO, 2017).

4.4. A “lacuna” ou o “não-lugar” da cooperação intergovernamental na assistência farmacêutica básica do SUS

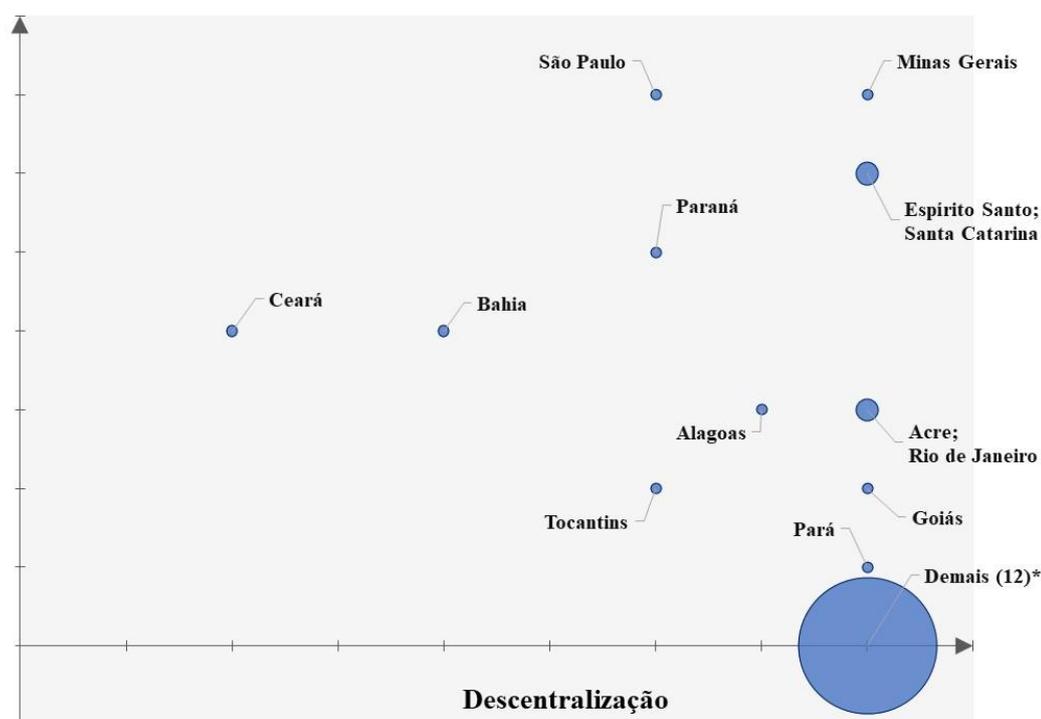
Os achados empíricos deste trabalho sugerem uma incipiente utilização de estratégias de cooperação intergovernamental no âmbito dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos no Brasil. O cenário de intensa descentralização das responsabilidades pela garantia de acesso aos medicamentos básicos aos municípios parece não fomentar articulações intergovernamentais que visem o aprimoramento dos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos.

Com o mapeamento dos desenhos estaduais, conforme descrito no capítulo 3 (Estratégia Metodológica), foi possível atribuir posições relativas de cada UF, em comparação entre si, considerando as dimensões de **descentralização e coordenação e cooperação**. Ao plotar esses dados em um gráfico de dispersão (Gráfico 1), observamos uma concentração dos casos em um padrão que pode provocar dificuldades operacionais

para a garantia desse acesso, se considerarmos o debate acerca das capacidades institucionais dos municípios brasileiros, já mencionado neste estudo.

Gráfico 01: Número de arranjos estaduais considerando a relação entre as dimensões de descentralização e coordenação e cooperação (Brasil, agosto/2018).

Coordenação e
Cooperação



Fonte: Elaboração própria.

Os dados mostram que a situação dos estados brasileiros, em termos de descentralização da responsabilidade pela aquisição e distribuição do CBAF, avançou bastante, concretizando o conjunto de diretrizes e regras institucionais que foram formuladas, as quais foram apresentadas no resgate do processo de desenvolvimento da AFB no SUS. A grande maioria das UF, em torno de 92% (n=23), apresentou uma pontuação da dimensão **descentralização** maior ou igual a 6, numa escala que variou de 0 a 8.

Entretanto, desse conjunto expressivo de casos em que a descentralização do CBAF é alta, na metade deles (n=12) não identificamos nenhuma estratégia de coordenação e cooperação institucionalizadas nas normativas analisadas. Se alargamos esse espectro, passando a considerar os casos em que foi possível identificar alguma estratégia associada à dimensão **coordenação e cooperação** mesmo com baixa pontuação

para esse quesito, a situação permanece crítica. A maioria dos arranjos estaduais para a AFB, cerca de 72% da amostra (n=18), se concentram num quadrante de alta descentralização associada à baixa coordenação e cooperação.

Portanto, o cenário mapeado a partir das pactuações estaduais, associado à análise da agenda de debates na arena de gestão tripartite do SUS sobre a AFB, parece sugerir uma espécie de “lacuna” em relação à institucionalização de mecanismos de cooperação intergovernamental voltados para os medicamentos básicos.

Somamos aos achados desta pesquisa, os apontamentos que emergem com o resgate das estratégias implementadas no SUS para a fomento à descentralização da AFB, debate realizado no primeiro capítulo deste trabalho. O resgate da trajetória normativa do setor sugere um enfoque no financiamento compartilhado e na padronização do elenco de medicamentos, sem efetiva promoção de mecanismos ou arranjos institucionais de cooperação intergovernamental.

Dito de outra forma, parece haver um “não-lugar” para debates sobre o tema e para a o desenvolvimento de estratégias concretas e inovadoras que aprimorem os processos de aquisição e distribuição de medicamentos básicos numa perspectiva cooperativa em âmbito subnacional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho nos propusemos a realizar uma descrição dos arranjos de coordenação e cooperação adotados nos estados brasileiros para a realização dos processos de compra e distribuição dos medicamentos do componente básico da AF. Como foi possível conhecer, a descentralização da AFB se constituiu como uma das diretrizes da reorientação da AF no país, eixo principal da PNM. Sua implementação produziu, ao mesmo tempo, efeitos positivos e negativos em relação ao acesso de medicamentos essenciais no SUS. De um lado, permitiu ampliar a oferta destes insumos, contribuindo para a efetividade das ações de saúde do nível primário e também para a universalização da AF no país. Por outro, considerando o contexto federativo brasileiro e as capacidades institucionais de seus entes subnacionais, reproduziu desigualdades no padrão desta oferta, por problemas de ordem administrativa, econômica e política que afetam a capacidade de realização de compras públicas pelos municípios.

Foi justamente este cenário, definido como uma situação paradoxal, que nos instigou a explorar práticas de coordenação federativa e de cooperação intergovernamental que visassem a redução de seus efeitos negativos. Partimos, portanto, como desafio inicial, com o intuito de investigar uma das chaves que compõem os estudos da Ciência Política – as instituições. Nos interessava, neste momento, conhecer as regras e normas que orientam a implementação da descentralização da AFB em âmbito nacional e subnacional, bem como os seus atributos que indicariam formas institucionalizadas para sua concretização nos territórios.

Por se tratar de um estudo exploratório com foco em regras institucionais, seu delineamento buscou responder a perguntas iniciais a respeito do fenômeno que tinham como interesse conhecer como e com que frequência o tema se fez presente na agenda de negociação e pactuação intergovernamental do SUS. Nesse sentido, a análise dos resumos executivos das reuniões das CIT-SUS em um período de 20 anos nos deu pistas importantes sobre a relevância da cooperação na AFB. Foi possível reconhecer como os debates sobre o tema apareceram e foram desenvolvidos.

Diferentemente de outras áreas da atenção à saúde, foi possível notar que as discussões sobre a cooperação intergovernamental na AFB realizadas no espaço de cogestão tripartite se restringiram ao relato de experiências praticadas pelos entes. Os resumos analisados não indicaram debates relativos à formulação de estratégias e ao esforço de empreender ganhos de coordenação neste sentido. Assim, tendo em vista o

caráter descritivo deste esforço de pesquisa, compreendemos que esses achados evidenciam uma característica relevante para a descrição do fenômeno.

Entretanto, os dados utilizados não nos permitiram atribuir alguma relação entre a frequência encontrada dos debates e encaminhamentos sobre cooperação intergovernamental na AFB e a relevância desta agenda na arena de decisão conjunta nacional. É certo que uma maior proporção de discussões relacionadas à pauta da cooperação indicaria sua relevância nesta agenda. Mas como o modelo do estudo foi descritivo, não nos cabe fazer esta associação com os resultados encontrados.

Neste ponto, cabe apontarmos uma limitação importante quanto ao desenho de pesquisa desta etapa. Como utilizamos apenas fontes secundárias representadas pelos resumos executivos das reuniões de CIT-SUS, não foi possível captar elementos relacionados a outra chave dos estudos em Ciência Política – os atores. Os resumos obtidos, em sua grande maioria, não contêm descrição das falas dos atores da gestão do SUS presentes na reunião. Eles são estruturados de maneira a apresentar as pautas da discussão, o contexto relativo à pauta apresentado pelo proponente e, de maneira sucinta, os destaques e encaminhamentos das representações das gestões. Não foi possível, portanto, verificar os posicionamentos dos atores dos diferentes níveis de gestão, se convergentes ou não, em relação às pautas discutidas, assim como não foi possível verificar eventuais tentativas e vetos a propostas que apontassem para um padrão mais fortemente cooperativo em âmbito nacional.

Nos interessava, também, conhecer quais eram os arranjos de descentralização do CBAF adotados pelos entes subnacionais e como eles variavam entre cada unidade federativa do país. Além disso, de forma a complementar a essa descrição, procuramos identificar a institucionalização de mecanismos de cooperação implementados de forma conjunta pelos estados e municípios, o que serviria como *proxy* do desenvolvimento de práticas cooperativas nesse setor.

Os resultados obtidos ajudam a compor um grande mapeamento da situação da descentralização da AFB no Brasil. O processo de análise das pactuações e tabulação dos atributos de cada normativa dos estados apresentou novos elementos que acabaram por ser incorporados na análise. Um exemplo foi a construção das variáveis para a dimensão da descentralização. No início dos trabalhos esperávamos operacionalizar esta dimensão apenas com a variável referente às formas predominantes de pactuação bipartite do CBAF. Na medida em que os dados foram sendo coletados, enxergamos a possibilidade de ir além e incorporar nesta análise variáveis relacionadas à responsabilidade pela gestão

das contrapartidas de cada ente. Consideramos que esse movimento qualificou sobremaneira a análise, pois permitiu agregar especificidades de cada UF em relação ao modelo de descentralização da AFB. Isso ofereceu maior robustez para a variável e segurança em relação ao que se pretendia captar.

A combinação entre o mapeamento dos modelos de pactuação e gestão do CBAF por estado com as medidas das dimensões de descentralização e coordenação/cooperação a partir das variáveis selecionadas ofereceram um bom panorama sobre o fenômeno em nosso país. Como é possível observar na última seção do capítulo 4, os modelos adotados nos estados, onde predomina alta descentralização e baixa coordenação e cooperação, sustentam a percepção de uma situação paradoxal que envolve a universalização da AFB e o seu elevado potencial de fragmentação e iniquidade.

O mapeamento também permitiu observar a prevalência de situações distintas entre os estados. Apesar de serem poucos em termos proporcionais aos casos estudados, alguns estados atuam na coordenação da política e institucionalizam dispositivos cooperativos com vistas ao aprimoramento da aquisição e distribuição dos medicamentos. Essas evidências parecem demonstrar a existência de elementos institucionais nesses territórios que possibilitariam melhores condições de arcar com os altos custos da coordenação vertical em contextos federativos como o brasileiro. Do ponto de vista municipal, esse alto custo se justifica dada a autonomia dos gestores municipais e o seu autointeresse em atender a preferências locais de seus territórios. Dessa maneira, a cooperação poderia ser vista pelos entes municipais como uma intervenção em seu modo de implementar as políticas públicas. Já do ponto de vista da gestão estadual, a existência de significativas diferenças entre as unidades pode estar na explicação da impossibilidade prática de construção de consensos na esfera nacional em torno de modelos cooperativos para a descentralização do CBAF. Não havendo um modelo ou padrão nacional, os governos estaduais podem tomar posições distintas em relação a intervenção e coordenação deste processo em suas áreas.

Mas, ainda, cabe perguntar porque foi observada – ao contrário de outros processos ligados à atenção à saúde – pouca inovação nos desenhos institucionais, ou mesmo reduzido grau de mecanismos de cooperação institucionalizados, nos instrumentos normativos analisados. O que os achados desta pesquisa descritiva sugerem é que há uma lacuna a ser preenchida nesta questão. O conjunto de evidências reunidas neste trabalho sugere que os esforços de coordenação empreendidos a partir da PNM

foram frágeis para indução de parcerias entre os entes subnacionais para a descentralização do CBAF.

Certamente, a capacidade descritiva deste fenômeno nesta pesquisa também foi limitada pela fonte de dados utilizada em sua segunda etapa. As deliberações estaduais que publicaram os pactos bipartite sobre a execução e financiamento do CBAF são instrumentos necessários para qualquer análise sobre o presente objeto, mas não suficientes para falar de maneira mais ampla sobre arranjos adotados nos estados. Isso porque, como a própria literatura da área de políticas públicas afirma, as práticas coordenativas e cooperativas também podem ser experimentadas em arranjos informais. Além disso, corremos o risco de não captar mecanismos institucionalizados em normativas distintas das que foram utilizadas no estudo.

A exploração e a descrição realizadas neste trabalho contribuíram para suscitar mais questões sobre o tema da coordenação e da cooperação no âmbito da AFB que podem ser objeto de futuras investigações. Dentre elas, destacamos a importância em apreender as posições e interesses dos diferentes atores que se fazem presentes na tomada de decisão da política de medicamentos. *Quais seriam, ao longo dos 20 anos de trajetória da PNM, as posições dos gestores municipais, estaduais e federal em relação à cooperação subnacional? Quais interesses se fizeram presentes nos processos de formulação da política de medicamentos básicos e porque não foi possível avançar na produção de parcerias para aquisição e distribuição regional?* No caso da agenda de debates da arena tripartite, por exemplo, caberia, também, perguntar: *Nos momentos em que a pauta da cooperação intergovernamental entre estados e municípios foi discutida, houve convergência ou conflitos entre esses agentes?* Em outra ponta, com o intuito de explorar melhor cada um dos casos de arranjos subnacionais de coordenação e cooperação identificados, valeria perguntar: *Quais as posições específicas dos agentes estaduais e municipais na formulação da alternativa implementada e quais estratégias levaram ao consenso entre esses atores?* Esse conjunto de questões certamente demandaria uma investida analítica mais aprofundada, com a produção de dados primários por meio de entrevistas com atores chaves de cada processo.

Por fim, essa exploração inicial nos instiga, ainda, a buscar compreender questões mais complexas que podem ser objeto de novas abordagens analíticas sobre o tema. *Dada a percepção de uma “lacuna” sugerida em nossa abordagem, de que maneira as assimetrias entre as capacidades locais em relação aos processos de aquisição de medicamentos básicos afetam o direito universal à AF? E, além disso, como esse “não-*

lugar” das práticas cooperativas deixa o SUS vulnerável à possível coordenação da cadeia de produção e distribuição privada de medicamentos? Considerando o processo de ampliação da dominância financeira no âmbito das políticas de saúde no Brasil e no mundo, parece ser apropriado explorar o fenômeno das relações intergovernamentais em estreita conexão com a dinâmica do mercado de produtos e insumos para a saúde. A coordenação federativa, como nos alerta Souza (2018), pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas, umas mais técnicas, outras mais políticas. Em consonância com a autora, nos interessa a dimensão política, dado que a capacidade de se produzir intervenções públicas e colocar o Estado em ação está associado, sobretudo, ao poder e à legitimidade dos atores políticos que interagem entre si no ambiente das políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n.º. 24, p. 41–67, 2005.

_____. A dinâmica federativa da educação brasileira: diagnóstico e propostas de aperfeiçoamento. In: OLIVEIRA, R.P.; SANTANA, W. (orgs.). **Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade**. Brasília: UNESCO. 300 p. 2010.

ACRE. Resolução CIB/AC n.º 186, de 13 de dezembro de 2013. **Diário Oficial do Estado do Acre**. 2013. Disponível em: < https://www.jusbrasil.com.br/diarios/64489113/doi-acaderno-principal-30-12-2013-pg-30?ref=previous_button>. Acesso em 05/12/2018.

ACURCIO, F. A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: _____ (org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED. p. 31-60. 2003

ALAGOAS, 2010. Resolução CIB-SUS/AL n.º 102, de 22 de novembro de 2010. **Diário Oficial do Estado de Alagoas**. 2010. Disponível em: <<http://bipartite.saude.al.gov.br/resolucoes/cib/2018>>. Acesso em: 05/12/2018.

_____, 2013. Resolução CIB-SUS/AL n.º 099, de 11 de novembro de 2013. **Diário Oficial do Estado de Alagoas**. 2013. Disponível em: <<http://bipartite.saude.al.gov.br/resolucoes/cib/2013>>. Acesso em: 05/12/2018.

ALMEIDA, M. H. T. DE. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, n.º. 24, p. 29-40, 2005.

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: Impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saude Publica**, v. 45, n.º. 4, p. 799-801, 2011.

ARAÚJO, A. L. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, p. 87-92, setembro, 2005.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.º. 3, p. 953-963, 2017.

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M.L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia**, problemas e práticas, n.º 83, p. 11-35, 2017.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n.º 31, p. 44-66. 1996.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc., Campinas**, v. 23, n.º. 80, p. 25-48. 2002

_____. Continuidades e descontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 52, n.º. 2, p. 377-423, 2009.

_____. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n.º. 3, p. 587-620, 2010.

_____. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV/Editora Fiocruz. 232 p. 2012.

_____. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? **Novos estudos**, v. 95, p. 3—57, 2013.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARRETCHE, M.; RODRIGUEZ, V. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. In: ARRETCHE, M.; RODRIGUEZ, V. (org.) **Descentralização das políticas sociais no Brasil**. São Paulo: Fundap, Fapesp; Brasília: IPEA. 184 p. 1999.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (orgs). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. p. 138-172, 2011.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n.º. 8, p.2475-2486, 2017.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. DO C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.º. 6, p. 1207-1220, 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sobravime. 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.º. 6, p. 1937-1949, 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z.; POSSAS, C. A. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 119, n.º. 21, p. 270-77, 1995.

BEVILACQUA, G.; FARIAS, M. R.; BLATT, C. R. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. **Rev Saude Publica**. v. 45, n.º. 3, p. 583-589. 2011.

BICHIR, R. M. **Mecanismos Federais de Coordenação de Políticas Sociais e Capacidades Institucionais Locais: o caso do Programa Bolsa Família**. [tese]. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, nº 4, p. 691-701, abr, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 14/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 956, de 25 de agosto de 2000. Regulamenta a Portaria GM nº 176, de 8/3/99, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Incentivo à Assistência farmacêutica Básica**: o que é e como funciona. (Série A. normas e Manuais Técnicos, nº 112). Brasília: Ministério da Saúde. 40 p. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica**: instruções técnicas para a sua organização. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 140). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: **Diário Oficial na União**, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 14/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2084.htm>>. Acesso em: 13/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 13/01/2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, Volume 7. 186 p. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 14/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial na União**. 2017a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>. Acesso em: 14/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial na União**. 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 14/01/2019.

BRUNS S. F.; LUIZA V. L., OLIVEIRA E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**. v. 48, nº. 3, p. 745-765. 2014.

CAMERON, D. The structures of intergovernmental relations. **International Social Science Journal**, v. 53, nº. 167, p. 121-127, 2001.

CAPANEMA, L. X. L. **A indústria farmacêutica brasileira e a atuação do BNDES**. Brasília: BNDES. 24 p. 2006.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, nº. 3, p. 41-49, 2011.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, nº. 1, p. 171-182, 2000.

DUTRA, W. Z. **A institucionalização da política nacional de habitação no Brasil: uma perspectiva federativa**. [tese]. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F.G.; SALM, J. F. **Políticas Públicas e Desenvolvimento**. Brasília: Editora UnB, 2010.

ELAZAR, D. **Federalismo como meio e fim**. Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC, Belo Horizonte, ano 5, nº. 19, p. 1-17, jul./set. 2011.

ESPÍRITO SANTO. Resolução CIB/ES nº 200, de 02 de setembro de 2013. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**. 2013. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/resolucoes>>. Acesso em: 05/12/2018.

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, v. 8, nº. 16, p. 46-85, 2006.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**. v. 40 (nº. esp), p. 11-23. 2006.

GERRING, J. **Case Study Research: Principles and Practices**. Cambridge: Cambridge University Press. 2007.

GOMES, A. A. P., NUNES, J. T.; PEREIRA, L. A. M.; BARCELOS, R. A. Gestão e gerenciamento da política nacional de medicamentos (cap. 5). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**. Textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2001.

GONTIJO, J. G. L. Relações intergovernamentais e políticas públicas: notas sobre os domínios de política e suas particularidades como variável independente. **Perspectivas**, São Paulo, v. 47, p. 89-105. 2106.

GUIMARÃES, M. C. L. (coord.). **Resumo executivo**. Projeto: "Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção". Salvador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia; 2007.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, nº. 4, p. 283-288, 2007.

IPEA. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios (cap. 5). In: IPEA. **Estado, instituições e democracia**: república. Livro 9, Volume 1. Brasília: Ipea, 2010. p. 177-212.

KING, G.; KEOHANE, R. O.; VERBA, S. **Designing Social Inquiry**. Princeton, New Jersey: Princeton University Press. 1994.

LEITE, C. K. DA S. Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: o lugar dos estados no processo de municipalização. **Revista Política Hoje**, v. 18, nº. 2, p. 306-341, 2009.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº. 2, p. 269-291, 2005.

LIJPHART, A. Division of Power: The Federal-Unitary and Centralized-Decentralized Contrasts (chapter 10). In: LIJPHART, A. (2012). **Patterns of democracy**: government forms and performance in thirty-six countries. 2 ed. Yale University Press. p. 174-186. 2012.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica**

do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 3. p. 73-139. 2013.

LITVACK, J.; AHMAD, J.; BIRD, R. **Rethinking Decentralization in Developing Countries**. Sector Studies Series. The World Bank, Washington, D.C, 1998.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A coordenação federativa de políticas públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, nº. 64, p. 2-18, 2014.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 66, nº. 2, p. 171-194, abr/jun, 2015.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, nº. 9, p. 2113–2126, 2007.

MACHADO, J. A. Gestão de Políticas Públicas no Estado Federativo: Apostas e Armadilhas. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 51, nº. 2, p. 433–457, 2008.

_____. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, p. 105–119, 2009.

_____. Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Organizações & Sociedade**, v. 21, nº. 69, p. 335-350, 2014.

MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. S. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Rev. Serv. Público**. Brasília, v. 68, nº.1, p. 37-64. jan/mar, 2017.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. DE M. Entre cooperação e centralização: Federalismo e políticas sociais no Brasil Pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, nº. 88, p. 61, 2015.

MAGALHÃES, L.C.G. et al. Diretrizes para uma Política Industrial de Medicamentos e Farmoquímicos. **Nota Técnica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2003.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MAYORGA, P.; FRAGA, F.; BRUM, C. K.; CASTRO, E. F. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: Misoczky M.C.; BORDIN, R. (orgs.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora, p. 197-215. 2014.

MEDEIROS, A. L. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios**. [tese]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.

MENDES, Á.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 24, nº. 2, p. 393–402, 2015.

MERISIO A.; KLEBA M. E.; SILVA N. C.; KOVALESKI D. F. A aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. **Rev Bras Farm.** v. 93, nº. 2, p. 173-178. 2012.

MONTEIRO NETO, A. Federalismo sem pactuação: governos estaduais na antessala da federação (cap.9). In: MONTEIRO NETO, A. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate.** Brasília: IPEA. p. 21-60. 2014.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016. Aprova a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e as normas de financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais.** 2016. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg>>. Acesso em: 05/12/2018.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec. 296 p. 1996.

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, nº. 11, p.2379-2389, nov, 2006.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, suppl 3, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 112 p. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Ginebra:** OMS; 1978. Disponível em: <<https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>>. Acesso em: 15/01/2019.

OMS. **Operational principles for good pharmaceutical procurement.** Ginebra: Organização Mundial da Saúde, 1999.

OMS. **Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva.** Informe Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Washington: OMS. 2004.

OMS. **Multi-country Regional Pooled Procurement of Medicines.** Ginebra: OMS. 2007.

OPS. **A Practical Guide For Procurement Planning And Management Of Strategic Public Health Supplies.** Washington: OPS, 2006.

OPS. **Operating Procedures for the Regional Revolving Fund for Strategic Public Health Supplies (Strategic Fund).** Washington: OPS. 2010.

OPS. **Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional**

en las Américas. Washington: OPS, 2016.

PALOTTI, P. L. DE M.; MACHADO, J. A. Coordenação federativa e a “armadilhada decisão conjunta”: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **Dados**, v. 57, n.º. 2, p. 399–441, 2014.

PARANÁ, 2015. Deliberação CIB/PR n.º 033, de 27 de março de 2015. **Diário Oficial do Estado do Paraná.** Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2999>>. Acesso em: 05/12/2018.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica.** Belo Horizonte: COOPMED. p. 9-30. 2003.

PIERSON, P. Fragmented welfare states. Federal institutions and the development of social policy. **Governance: An International Journal of Policy and Administration.** vol 8, n.º 4 p. 449-478. 1995.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. **Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento.** Texto para discussão – 1940. Rio de Janeiro: IPEA. 2014.

PONTES, M. A.; TAVARES, N.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NAVES, J. O. S. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.22, n.º. 8. p. 2453-2462. 2017.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 603-610, 2008.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.º. 6, p. 1777-1789, 2018.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: Uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saude e Sociedade**, v. 24, n.º. 2, p. 403–411, 2015.

RODDEN, J. **Federalismo e Descentralização em perspectiva comparada:** sobre significados e medidas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 24, p. 9-27, jun. 2005.

SÃO PAULO. Deliberação CIB n.º 47, de 1.º de setembro de 2017. **Diário Oficial do Estado de São Paulo.** 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/aceso-rapido/medicamentos>>. Acesso em: 05/12/2018.

SCHENKEL, E. P.; RECH, N.; FARIAS, M. R. F.; SANTOS, R. I.; SIMÕES, C. M. O. Assistência farmacêutica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde. p. 199-219. 2004.

SILVA R. M.; CAETANO R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro,

Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. **Cad. Saude Publica**, v. 30, nº. 6, p. 1207-1218. 2014.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: ENAP. 112 p. 2018.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização Local governments and local societies in unequal and decentralized polities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, nº. 3, p. 431-442, 2002.

_____. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: ENAP. 72 p. 2018.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**. nº. 48, p.187-213. 1999.

TREISMAN, D. **Decentralization and quality of government**. Los Angeles: mimeo, 2000.

TREISMAN, D. Introduciton, In: TREISMAN, D. **The Architecture of Government: rethinking political decentralization**. Forthcoming Cambridge University Press, Oct. 2006.

VASCONCELOS, D. M. M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, nº. 8, p. 2609-2614, 2017.

VERGOLINO, J. R. O. Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010) (cap.2). In: MONTEIRO NETO, A. (org.) **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: IPEA. p. 63-117. 2014.

VIANA, A. L. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 (suplemento), p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, nº. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº. 3, p. 807-817, 2009.

WRIGHT, D.S. Intergovernmental relations: an analytical overview. **Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 416, nº. 1, p. 1-16. 1974.

ANEXO A - Categorias e temas da Assistência Farmacêutica Básica debatidos nas reuniões da CIT-SUS. Brasil, 1998 – 2018.

Período: 1998 a 2002	
Categoria Temática	Temas Discutidos e/ou Pactuados
Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica	<p>Fragilidades da centralização da assistência farmacêutica e sobre a necessidade de sua descentralização.</p> <p>Política nacional de medicamentos, incluindo suas diretrizes e objetivos, bem como a distribuição de responsabilidades entre os entes federados.</p> <p>Descentralização da responsabilidade em relação aos medicamentos para a atenção básica e critérios para habilitação dos municípios para sua implementação.</p> <p>Necessidade de constituição de espaço de gestão tripartite para a assistência farmacêutica básica e de definição do papel do ente estadual em sua gestão compartilhada sem, entretanto, definição de algum dispositivo concreto.</p> <p>Gestão centralizada de medicamentos estratégicos destinados a condições específicas, tais como: HIV/AIDS, hanseníase, tuberculose.</p> <p>Ampliação do escopo de medicamentos estratégicos sob gestão centralizada relacionados à atenção básica: hipertensão, diabetes, planejamento familiar, kit PSF.</p> <p>Fragilidades do processo de gestão do estoque de medicamentos estratégicos nos estados e municípios e pactuação de metodologias para a programação dos medicamentos estratégicos pelos entes subnacionais.</p>
Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados	<p>Situações de desabastecimento de medicamentos e sua relação com a centralização da responsabilidade no governo federal.</p> <p>Preocupação com a fragilidade dos processos de aquisição, distribuição e gestão de estoque descentralizados nos estados e municípios.</p> <p>Necessidade de apoio técnico para aprimoramento da capacidade de gestão dos processos de compra de medicamentos dos entes subnacionais.</p> <p>Apresentação de estratégia de cooperação internacional com foco na aquisição compartilhada entre nações de medicamentos estratégicos.</p> <p>Banco Nacional de Preços organizado pelo governo federal como estratégia para qualificar a compra descentralizada.</p> <p>Oferta de Registros Nacionais de Preços aos estados e municípios pelo governo federal com estratégia de apoio ao processo de aquisição descentralizada.</p> <p>Apresentação da experiência de consorciamento intermunicipal no estado do Paraná como uma estratégia de aprimoramento da aquisição e distribuição de medicamentos.</p> <p>Papel dos Laboratórios Oficiais para a garantia do estoque de medicamentos essenciais e estratégias para ampliação de suas capacidades produtivas.</p>
Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica	<p>Atualizações da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).</p> <p>Ampliação e padronização do elenco de medicamentos sob responsabilidade dos entes subnacionais, com discussões sobre a concepção de uma lista mínima obrigatória e/ou um conjunto básico de referência.</p>
Financiamento da assistência farmacêutica básica	<p>Financiamento tripartite da assistência farmacêutica para atenção básica, com repasse de recursos fundo a fundo para entes subnacionais para aquisição de medicamentos básicos por meio de um incentivo financeiro.</p> <p>Dificuldades para garantia e/ou ampliação das contrapartidas financeiras dos entes federados para o Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica.</p> <p>Estratégias de ampliação do financiamento da assistência farmacêutica no contexto da atenção básica.</p>
Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica	<p>Planejamento para a implementação da Política Nacional de Medicamentos.</p> <p>Situação dos processos de construção dos planos estaduais de assistência farmacêutica.</p> <p>Institucionalização de processos de monitoramento e avaliação da descentralização da assistência farmacêutica.</p> <p>Estratégias para aprimoramento do monitoramento do processo de descentralização da assistência farmacêutica, em especial, voltadas para os recursos repassados aos entes subnacionais.</p> <p>Propostas de desenvolvimento e/ou aprimoramento de sistemas de informação para o monitoramento da assistência farmacêutica.</p> <p>Apresentação de relatórios avaliativos sobre a descentralização da assistência farmacêutica básica com foco na execução financeira.</p>
Qualificação de recursos humanos	<p>Ações de capacitação de recursos humanos dos níveis estaduais e municipais, por parte do governo federal, para fomento à descentralização da assistência farmacêutica básica.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: Em negrito, os temas relacionados à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos, em sua maioria, protagonizados pelo governo federal. Apenas os destacados em cinza se referem a discussões relacionadas à cooperação entre entes subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

(continua)

Período: 2003 a 2006

Categoria Temática	Temas Discutidos e/ou Pactuados
Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica	<p>Reformulação da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica com ênfase na descentralização.</p> <p>Divisão de responsabilidades entre os níveis de governo em relação à Assistência Farmacêutica, considerando os tipos de medicamentos, o financiamento compartilhado e os processos de aquisição e distribuição de medicamentos.</p> <p>Regulamentação da execução e do financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.</p> <p>Centralização de parte do elenco de medicamentos destinados à atenção básica pelo Ministério da Saúde classificados como estratégicos (hipertensão e diabetes; asma e rinite; saúde da mulher e métodos de anticoncepção; alimentação e nutrição e combate ao tabagismo).</p> <p>Problemas e propostas de aprimoramento da programação dos medicamentos estratégicos centralizados.</p>
Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados	<p>Responsabilidades e fragilidades dos governos estaduais em relação ao apoio técnico aos municípios para o aprimoramento dos processos de aquisição, com citação à cooperação/associação intermunicipal como estratégia sem, entretanto, definição de ações concretas sobre o tema.</p> <p>Informes sobre a oferta de Registros Nacionais de Preços aos estados e municípios pelo governo federal com estratégia de apoio ao processo de aquisição descentralizada.</p>
Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica	<p>Definição de elenco de referência para a assistência farmacêutica básica.</p> <p>Revisões da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).</p>
Financiamento da assistência farmacêutica básica	<p>Demandas de reajuste dos valores destinados à assistência farmacêutica básica.</p> <p>Modelo de financiamento da assistência farmacêutica básica, com reforço à transferência fundo a fundo para o elenco descentralizado.</p> <p>Bloco de financiamento para a assistência farmacêutica constituído de três componentes (Básico; Estratégico e Dispensação Excepcional).</p> <p>Financiamento para custeio de serviços e estrutura da assistência farmacêutica com recursos do componente básico, com vistas ao aprimoramento da gestão e do cuidado.</p>
Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica	<p>Análise da situação da política de medicamentos e assistência farmacêutica.</p> <p>Dissenso em relação à proposta de novo modelo de acompanhamento e avaliação da assistência farmacêutica por meio de sistema de informação com ampliação de seu escopo para além da execução financeira do programa.</p>
Qualificação de recursos humanos	Ações de capacitação de recursos humanos dos níveis estaduais e municipais, por parte do governo federal, para fomento à descentralização da assistência farmacêutica básica.

Período: 2007 a 2010

Categoria Temática	Temas Discutidos e/ou Pactuados
Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica	<p>Descentralização da assistência farmacêutica básica, com destaque para a eficiência dos processos de aquisição e distribuição, e para o papel dos governos federal e estadual em relação ao apoio aos municípios.</p> <p>Sucessivas regulamentações da execução e do financiamento do componente básico da assistência farmacêutica.</p> <p>Papel dos Laboratórios Oficiais para a garantia de acesso aos medicamentos básicos.</p>
Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados	Debates sobre a eficiência de processos de compra centralizados e descentralizados e modelos de aquisição para garantia de acesso a medicamentos básicos.

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: Em negrito, os temas relacionados à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos, em sua maioria, protagonizados pelo governo federal. Apenas os destacados em cinza se referem a discussões relacionadas à cooperação entre entes subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

(continua)

Período: 2011 a 2014

Categoria Temática	Temas Discutidos e/ou Pactuados
Política de medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica	Revisão da regulamentação da execução e do financiamento do componente básico da assistência farmacêutica. Acordo para fomento à produção pública de medicamentos prioritários da atenção básica pelos Laboratórios Oficiais.
Qualificação de serviços farmacêuticos	Programa de qualificação da assistência farmacêutica básica nos municípios, com foco no aprimoramento dos serviços farmacêuticos, contemplando desenvolvimento de sistema informatizado de gestão, recursos para estruturação desses serviços e ações de qualificação de recursos humanos. Estratégias de apoio técnico aos estados e municípios para a implementação do programa de qualificação da assistência farmacêutica por parte do Ministério da Saúde.
Qualificação dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos descentralizados	Problemas relativos à aquisição de medicamentos de forma descentralizada por parte dos entes subnacionais, como processos licitatórios desertos, desistência de participação de empresas vencedoras de certames e preços abusivos, por exemplo, com consequente desabastecimento de medicamentos. Estratégias para otimização dos processos de aquisição de medicamentos, iniciando com a constituição de agendas estratégicas intergovernamentais e intersetoriais para tratar do tema das compras públicas. Proposta de apoio do governo federal na produção de acordos para redução de preços de aquisição de medicamentos pelos estados e municípios. Estratégia de articulação do Ministério da Saúde com agências reguladoras de mercado para fomento à regulação de preços de medicamentos para aquisição pelos entes governamentais. Possibilidade de fomento a consórcios públicos entre municípios e/ou estados para aquisição de medicamentos, entretanto sem definição de algum encaminhamento concreto sobre o assunto.
Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica	Revisões da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).
Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica	Informações sobre a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos financiada pelo Ministério da Saúde. Definição de grupo de trabalho para monitoramento da situação de abastecimento de medicamentos básicos nos estados e municípios.
Sistemas de informação e Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica	Regulamentações do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica e da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR).
Qualificação de recursos humanos	Ações de formação e capacitação para profissionais da assistência farmacêutica.

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: Em negrito, os temas relacionados à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos, em sua maioria, protagonizados pelo governo federal. Apenas os destacados em cinza se referem a discussões relacionadas à cooperação entre entes subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

(continua)

Período: 2015 a Agosto/2018

Categoria Temática	Temas Discutidos e/ou Pactuados
Qualificação de serviços farmacêuticos	Ações do programa de qualificação da assistência farmacêutica nos municípios com foco no aprimoramento dos serviços farmacêuticos. Apresentação de resultados de projeto piloto de qualificação do serviço farmacêutico com foco no cuidado.
Padronização de medicamentos essenciais e definição de elencos para a assistência farmacêutica básica	Atualizações da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).
Planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica	Necessidade de aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica, considerando recomendações da Controladora Geral da União e as fragilidades identificadas. Apresentação de resultados iniciais (componente inquérito) da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, financiada pelo Ministério da Saúde.
Sistemas de informação e Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica	Implementação da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR), considerando o uso do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica desenvolvido pelo Ministério da Saúde ou a interoperabilidade com sistemas de informação dos governos estaduais e municipais.
Qualificação de recursos humanos	Ações de formação e capacitação para profissionais da assistência farmacêutica.

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: Em negrito, os temas relacionados à cooperação intergovernamental para aquisição e distribuição de medicamentos básicos, em sua maioria, protagonizados pelo governo federal. Apenas os destacados em cinza se referem a discussões relacionadas à cooperação entre entes subnacional para aquisição e distribuição de medicamentos básicos.

ANEXO B - Relação das pactuações intergovernamentais vigentes analisadas por estado, bem como atributos e variáveis estudadas considerados no estudo.

UF	Pactuações CIB-SUS analisadas	Arranjo Predominante	Gestão Contrapartida Federal	Gestão Contrapartida Estadual	Gestão Contrapartida Municipal	Estratégias de Coordenação e Cooperação Identificadas
Acre	Resolução CIB/AC nº 186, de 13 de dezembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Institucionalização da possibilidade de aquisição conjunta, por meio de consórcio, ou apoiada, por meio de atas de registro de preço estaduais
Alagoas	Resolução CIB/AL nº 102, de 22 de novembro de 2010 Resolução CIB/AL nº 099, de 11 de novembro de 2013	TDM	FMS	FES ou FMS	FMS	Institucionalização de transferência de contrapartida estadual para aquisição consorciada intermunicipal Institucionalização de estratégia de educação permanente de profissionais dos municípios
Amazonas	Resolução CIB/AM nº 058, de 30 de maio de 2014 Resolução CIB/AM nº 042, de 29 de agosto de 2016	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Bahia	Resolução CIB/BA nº 255, 12 de dezembro de 2017 Resolução CIB/BA nº 212, de 27 de agosto de 2018	PDM	FES ou FMS	FES	FMS	Aquisição centralizada no Estado - contrapartida estadual e federal Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF
Ceará	Resolução CIB/CE nº 151, de 23 de agosto de 2013	TCE	FES ou FMS	FES	FES ou FMS	Aquisição centralizada no estado Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF
Espírito Santo	Resolução CIB/ES nº 200, de 02 de setembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Institucionalização de sistema de registro de preços estadual para adesão municipal Ampliação das contrapartidas estadual e municipal Financiamento estadual para estrutura física e equipamentos para AFB
Goiás	Resolução CIB/GO nº 343, de 07 de novembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Ampliação da contrapartida estadual
Maranhão	Resolução CIB/MA nº 96, de 23 de maio de 2014	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Mato Grosso	Resolução CIB/MT nº 06, de 27 de novembro de 2013 Resolução CIB/MT nº 12, de 09 de março de 2017	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Mato Grosso do Sul	Resolução CIB/MS nº 68, de 08 de setembro de 2014 Resolução CIB/MS nº 113, de 25 de novembro de 2015	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Minas Gerais	Deliberação CIB/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016	TDM	FMS	FMS	FMS	Institucionalização de sistema estadual de registro de preços regionalizado para adesão municipal Ampliação da contrapartida estadual com fomento à adesão à estratégia de regionalização Institucionalização de sistema de informação estadual para gestão da assistência farmacêutica Possibilidade de pactuação de arranjos de descentralização diferenciados para transição do modelo
Pará	Resolução CIB/PA nº 182, de 11 de outubro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Institucionalização de indicadores de monitoramento da AFB para municípios acima de 80.000 habitantes
Paraíba	Resolução CIB/PB nº 12, de 09 de fevereiro de 2011	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Paraná	Deliberação CIB/PR nº 033, de 27 de março de 2015	TDM	FES ou FMS	FES ou FMS	FMS	Institucionalização de aquisição conjunta consorciada fomentada pelo governo estadual Ampliação da contrapartida estadual condicionada a adesão ao consórcio intermunicipal Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF

(continua)

UF	Pactuações CIB-SUS analisadas	Arranjo Predominante	Gestão Contrapartida Federal	Gestão Contrapartida Estadual	Gestão Contrapartida Municipal	Estratégias de Coordenação e Cooperação Identificadas
Pernambuco	Resolução CIB/PE nº 2.605, de 25 de junho de 2014 Resolução CIB/PE nº 2.889, de 14 de junho de 2016 Resolução CIB/PE nº 3.046, de 04 de setembro de 2017	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Piauí	Resolução CIB/PI nº 044, de 22 de maio de 2014	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Rio de Janeiro	Deliberação CIB/RJ nº 2.661, de 26 de dezembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Ampliação da contrapartida estadual Institucionalização da utilização de sistema de informação para gestão da assistência farmacêutica
Rio Grande do Norte	Deliberação CIB/RN nº 1.102, de 28 de maio de 2014	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Rio Grande do Sul	Resolução CIB/RS nº 645, de 06 de dezembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Rondônia	Resolução CIB/RO nº 003, de 20 de fevereiro de 2014	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Roraima	Resolução CIB/RR nº 71, de 05 de dezembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Santa Catarina	Deliberação CIB/SC nº 501, de 27 de novembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Institucionalização de registro de preços estadual para aquisição de parte do elenco pelos municípios Ampliação das contrapartidas estaduais e municipais Institucionalização de mecanismo de priorização segundo grau de desenvolvimento social dos municípios
São Paulo	Deliberação CIB/SP nº 47, de 1º de setembro de 2017 Deliberação CIB/SP nº 56, de 21 de setembro de 2017	PDM	FES/FMS ou FMS	FES/FMS ou FMS	FMS	Institucionalização da produção pública de medicamentos como contrapartida estadual Ampliação da contrapartida estadual vinculada à adesão a programa estadual de aquisição centralizada Institucionalização de priorização segundo grau de desenvolvimento social dos municípios Possibilidade de pactuação de arranjos diferenciados para a descentralização do CBAF
Sergipe	Deliberação CIB/SE nº 218, de 26 de setembro de 2013	TDM	FMS	FMS	FMS	Não identificado
Tocantins	Resolução CIB/TO nº 285, de 13 de novembro de 2013 Portaria nº 1.480, de 02 de dezembro de 2014	TDM	FMS	FMS	FMS	Ampliação da contrapartida estadual

Fonte: Elaboração própria.