

REL. TEC. - N. 1/91 - EX. 1



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO  
FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

# RELATÓRIO TÉCNICO



1953 1993

ESCOLA  
NACIONAL  
DE CIÊNCIAS  
ESTATÍSTICAS

31 (047.3)  
R382r  
1/91

A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS  
NO BRASIL

André Cezar Medici (ENCE/IBGE)

Francisco de Oliveira (IPEA)

Kaizō Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)

1191



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS - ENCE

R E L A T Ó R I O S      T É C N I C O S

Nº 01/91

A Política de Medicamentos no Brasil

André Cezar Medici - ENCE/IBGE

Francisco de Oliveira - IPEA

Kaizō Iwakami Beltrão - ENCE/IBGE

FEVEREIRO/91

As matérias publicadas nos RELATÓRIOS TÉCNICOS são preprints, com tiragens limitadas, de trabalhos elaborados por professores da ENCE, em complementação a suas atividades de ensino, com ênfase para as pesquisas realizadas no Laboratório de Estatística da Escola.

•

**A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS  
NO BRASIL**

***André Cezar Medici  
Francisco de Oliveira  
Kaizô I. Beltrão***

**RIO DE JANEIRO  
OUTUBRO DE 1990**

## SUMARIO

I - A POLITICA DE MEDICAMENTOS NUM CONTEXTO DE TRANSIÇÃO.....	1
I.1 - Política de Saúde x Política de Medicamentos.....	1
I.2 - Contradições Internas da Política de Medicamentos no Bojo da Atual Política de Saúde.....	3
I.3 - O Brasil no Contexto Mundial da Produção e do Consumo de Medicamentos.....	6
I.4 - Características do Mercado Brasileiro de Medicamentos..	10
II - A CEME NO CONTEXTO DA POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS..	15
II.1 - A trajetória da CEME: Uma Breve Retrospectiva.....	15
II.2 - Os papéis Institucionais da CEME.....	19
II.3 - A Estrutura Organizacional da CEME.....	25
III - OS GASTOS FEDERAIS COM MEDICAMENTOS.....	28
IV - FINANCIAMENTO E GASTO PUBLICO COM MEDICAMENTOS NO BRASIL: O CASO DA CEME.....	35
IV.1 - Introdução.....	35
IV.2 - As Fontes de Recursos da CEME.....	41
IV.3 - Os Usos dos Recursos da CEME.....	44
IV.4 - Os gastos com Pesquisa e Desenvolvimento.....	49
IV.5 - Os gastos com Controle de Qualidade em Medicamentos..	52
IV.6 - Modernização Administrativa.....	52
IV.7 - Os gastos com aquisição e distribuição de medicamentos.....	54
V - A QUESTAO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS E A POLITICA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS.....	58
V.1 - O Caso da RENAME.....	60
V.2 - A Farmácia Básica da CEME.....	61
V.3 - Perspectivas para o Governo Collor de Mello.....	62
VI - DISTRIBUIÇÃO E CONSUMO DE MEDICAMENTOS: COMO FICA A DESCENTRALIZAÇÃO.....	63
VI.1 - O Consumo de Medicamentos no Brasil: Dados Recentes.....	63
VI.2 - O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde.....	71
VII - O SISTEMA DE COMPRAS E DISTRIBUIÇÃO DA CEME.....	73
VIII - O ORCAMENTO PLURIANUAL DA CEME PARA O PERIODO 1990-95: O QUE MUDOU.....	79
IX - PROPOSTAS.....	84
ANEXO I (PAG 88)	

ANEXO II (PAG 95)

ANEXO III (pag 96)

ANEXO IV (PAG 110)

ANEXO V (PAG 112)

BIBLIOGRAFIA (PAG 114)

## I - A POLITICA DE MEDICAMENTOS NUM CONTEXTO DE TRANSIÇÃO

### I.1 - Política de Saúde x Política de Medicamentos

A política de saúde no Brasil vem passando por profundas transformações ao longo dos anos oitenta. Dentre elas, encontram-se aquelas ligadas aos novos princípios finalísticos e estratégicos de condução das ações de saúde.

Os princípios finalísticos: universalização do acesso, equidade na prestação dos serviços e integralidade das ações traduzem a idéia de que a saúde passa a ser um atributo de qualquer cidadão. Todos os residentes no país teriam direito, não apenas a atenção médica, mas também ao tratamento integral de seus problemas de saúde, através, inclusive, do acesso gratuito e universal aos medicamentos necessários.

Do ponto de vista dos princípios estratégicos, destacam-se a descentralização das ações e serviços de saúde, com comando único em cada esfera de Governo, a integração e hierarquização da rede de serviços de saúde e a participação social na gestão e fiscalização das ações setoriais.

Estes princípios, os quais estão contidos na Nova Constituição Federal de outubro de 1988, foram, em geral, mantidos na recém-promulgada Lei Orgânica do Setor Saúde (1).

Os últimos dois anos tem demonstrado as dificuldades administrativas, operacionais e financeiras para tornar práticas e aplicáveis as novas diretrizes de funcionamento do setor saúde. Mesmo assim, o Sistema Único de Saúde vem sendo implantado progressivamente, a partir de algumas mudanças recém-ocorridas, tais como:

- a) A transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, possibilitando a criação do Comando Único do Setor Saúde ao nível federal;
- b) A transformação (desde 1989) das Superintendências do INAMPS em Escritórios Regionais e a progressiva passagem da rede de estabelecimentos (hospitais e postos de assistência médica) do INAMPS para os Estados;
- c) A transferência da administração dos Convênios do INAMPS com a rede privada de serviços para as Secretarias Estaduais de Saúde;

---

(1) - Publicada no Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990 e promulgada no dia anterior.

- d) A disposição do Governo em estabelecer os mecanismos de repasse dos recursos federais para os Estados e Municípios, a partir de critérios objetivos, minimizando os mecanismos clientelisticos de "balcão".

Embora boa parte das formas de implantação destes princípios esteja ainda sendo estudada, pode-se dizer que eles são decisivos para que sejam cumpridos os objetivos expressos na nova legislação setorial.

No que diz respeito aos medicamentos, observa-se como uma das atribuições do setor saúde a "...assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" (2). Neste particular, compete a União:

- definir e coordenar os sistemas de rede de laboratórios de saúde pública;
- estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano ;
- formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais (3);

Já aos Estados compete:

- em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- formular normas e estabelecer parâmetros, em caráter suplementar, de procedimentos e controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano (4);

---

(2) - Art. 6o., inciso I (execução de ações) alinea d) da Nova Lei Orgânica do Setor Saúde.

(3) - Idem, ibidem, artigo 16, inciso III, alinea b, e incisos VIII E X.

(4) - Idem, ibidem, artigo 17, incisos VIII, X e XII.



Por fim, compete aos Municípios dar execução, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos, bem como gerir os laboratórios públicos de saúde e hemocentros sob sua competência ou jurisdição. (5)

## I.2 - Contradições Internas da Política de Medicamentos no Bojo da Atual Política de Saúde

Quando se observa a política de medicamentos no seio da política de saúde atual, verifica-se que a descentralização da última aparece em relativa desarmonia com o caráter centralizado que ainda permeia a política de medicamentos.

Enquanto as ações de saúde serão quase que totalmente descentralizadas, passando a execução dos serviços federais para os Estados e Municípios (6), as ações no âmbito da produção e distribuição de medicamentos permanecem tendo forte participação federal na execução, como foi visto anteriormente. Tal centralização torna-se ainda mais evidente quando se observa que a participação dos Estados e Municípios em sua execução é encarada como suplementar.

Quais os motivos que levaram a política de medicamentos a permanecer centralizada, quando o sentido geral da política de saúde é o da descentralização ?

O entendimento desta questão nos remonta a origem da política de medicamentos no país, ao nível federal. Esta nasceu muito mais como resposta aos anseios de determinados setores militares e empresariais em garantir a soberania nacional e a independência tecnológica deste setor, do que propriamente às necessidades da política de saúde, ou como resposta às carências da população no campo do consumo de medicamentos.

O discurso nacional desenvolvimentista, nascido no berço dos anos sessenta, misturou ingredientes que mesclavam os interesses nacionalistas de setores governamentais e militares, os interesses corporativos privados da indústria nacional e os interesses anti-imperialistas de alguns segmentos de esquerda associados ao setor.

Tal associação de interesses, como será visto no capítulo 2, se inscreve nas origens da própria Central de Medicamentos (CEME). O processo de construção da nova configuração legal do setor saúde, por sua vez, não procurou

---

(5) - Idem, ibidem, artigo 18, inciso V e VIII.

(6) - De acordo com a Lei Orgânica, somente as Ações da Fundação das Pioneiras Sociais e do Instituto Nacional do Câncer permanecerão sendo supervisionadas pela Direção do Sistema Nacional de Saúde.

pensar organicamente todos os pontos abrangidos pela politica de saúde. A proposta da "reforma sanitária", em que pese a existência de uma base conceitual minima necessária a sua construção enquanto discurso, foi montada a partir da colagem dos interesses dos distintos segmentos corporativos que compõe o Sistema de Saúde.

Neste particular, os interesses do setor cristalizados na politica da CEME integravam basicamente três grandes focos de pressões: os Laboratórios Oficiais de Saúde Pública, a indústria privada nacional de medicamentos e a burocracia governamental da própria CEME.

Foram esses segmentos que, ao longo do Iº Encontro Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizado em Brasília entre 30/08 e 1/09/1988, continuaram a

"Considerar a auto-suficiência nacional em medicamentos essenciais como assunto estratégico, de segurança e de soberania nacional, componente imprescindível da politica nacional de saúde, operacionalizada por intermédio do Sistema Único de Saúde" (7).

Assim, a centralização e o controle federal na produção e distribuição de medicamentos passa a ser um guarda-chuva que abriga muitas propostas, cabendo destacar o discurso da "reserva de mercado do setor público" para os laboratórios oficiais e privados nacionais; o subsídio público as atividades de pesquisa e desenvolvimento nestes laboratórios; a defesa governamental ao não-reconhecimento das patentes internacionais utilizadas por estes laboratórios; o monopólio estatal para a importação de matérias químico-farmacêuticas; a reserva de mercado para os fármacos produzidos no país, e muitas outras.

Tal modelo centralizado de controle da produção e distribuição de medicamentos considera até tolerável a existência de irregularidades no abastecimento e na distribuição de medicamentos aos centros consumidores, desde que sejam priorizados os objetivos acima.

---

(7) - Ver, sobre este ponto, MINISTERIO DA SAUDE/ CEME - "Iº Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos", Relatório Final, Brasília (DF), out. de 1988, p.15.

(8) - Neste mesmo documento pode-se ler como proposta "Manter o não-reconhecimento de patentes nas áreas de processos e produtos na indústria farmo-química, que deve ser assumido como posição governamental, de modo que não se inviabilizem as empresas nacionais, públicas e privadas, e até que sejam alcançados patamares mais amplos de domínio tecnológico, considerando o assunto como de segurança e soberania nacional".

Por todos esses motivos, uma primeira grande contradição da política de medicamentos oficial encontra-se no binômio produção x consumo. A garantia da "soberania nacional e autonomia tecnológica" sobrepuja-se às necessidades da população nesse campo.

Uma segunda contradição está diretamente relacionada a questão da descentralização. Se a execução das ações de saúde é descentralizada, o controle sobre a aquisição e distribuição dos medicamentos também deveria ser. É certo que em determinados Estados, a inexistência de estruturas de produção e a fragilidade do mercado não permitem o acesso da população e das instituições públicas de saúde aos medicamentos necessários. Nessas regiões, instituições como a CEME ainda tem um papel a cumprir. No entanto, elas deveriam fomentar mais a autonomia na produção e/ou aquisição destes medicamentos do que a dependência eterna do nível federal nesse setor.

Uma terceira contradição diz respeito a relação mais ampla do papel do Estado, ou seja: produção/ distribuição x normatização/regulamentação. A hipertrofia do papel da CEME na produção distribuição de medicamentos acabou por enfraquecer sua função mais importante: a de normatizadora das ações e regulamentadora do mercado, das condições de produção e da distribuição. Neste particular muitas entidades (inclusive os próprios Laboratórios Oficiais) são unânimes em dizer que o papel da CEME tem sido deficiente.

Investimentos em controle de qualidade, pesquisa e formação de quadros para atuar na elaboração de normas técnicas ou na fiscalização, parecem mais adequados a um órgão central do que comprar e distribuir medicamentos, especialmente quando o contexto geral do país aponta para a necessidade imperiosa da descentralização como forma de quebrar o clientelismo e os casuismos que impediram, em parte, o uso racional dos recursos envolvidos na aquisição e distribuição de medicamentos, sob a égide de um modelo centralizador.

Uma adequada política normativa pode trazer resultados mais paupáveis na equidade do sistema de produção/distribuição de medicamentos do que uma política de mera execução que busque conhecer "por correspondência" as necessidades regionais.

Nesse sentido, a CEME e sua forma de atuação tem demonstrado mais interesse em atender aos interesses constituídos dos Laboratórios Oficiais e Privados Nacionais, ao criar demanda efetiva para seus produtos, do que em responder as necessidades imediatas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no suprimento de medicamentos essenciais para a saúde da população.

Estas considerações não invalidam o papel destes laboratórios na produção estratégica de medicamentos que, por razões de mercado, não sejam produzidos pelos laboratórios nacionais e estrangeiros nas reais condições, facilidades ou dificuldades encontradas no mercado.

O mercado de medicamentos longe está de ser considerado perfeito ou "normal", nos marcos da teoria micro-econômica convencional. Dentre suas "imperfeições" encontra-se o fato de não existir, por parte dos consumidores, (não médicos) um conhecimento adequado de suas necessidades de consumo. Nesse sentido, a demanda deve ser filtrada pelo "ato médico", através da prescrição de receita.

É verdade que muitos medicamentos, dado não apresentarem efeitos colaterais deletérios a saúde das pessoas, poderiam ter seu consumo liberado. Nos países desenvolvidos, no entanto, as listas de medicamentos são bem mais restritivas do que no Brasil, quanto à necessidade de aviamento de receita para o consumo. É por isto que boa parte do esforço de propaganda e marketing da indústria farmacêutica instalada no Brasil tem sido direcionado para o público em geral, e não somente para os meios médicos.

Da mesma forma, não é vantajoso para o parque industrial brasileiro, produzir medicamentos cujo consumo é restrito, em função do baixo acesso da população aos serviços de saúde, apesar de necessários para os procedimentos terapêuticos adotados para algumas classes de tratamento, especialmente no setor público. Nestes casos, é importante induzir determinados segmentos industriais a produzi-los através de mecanismos governamentais de compra preferencial. Mas na medida em que o consumo vai se difundindo, a manutenção dos mecanismos de compra preferencial consolida privilégios para algumas empresas, sem que sejam postas em cheque suas condições de eficiência e qualidade.

### I.3 - O Brasil no Contexto Mundial da Produção e do Consumo de Medicamentos

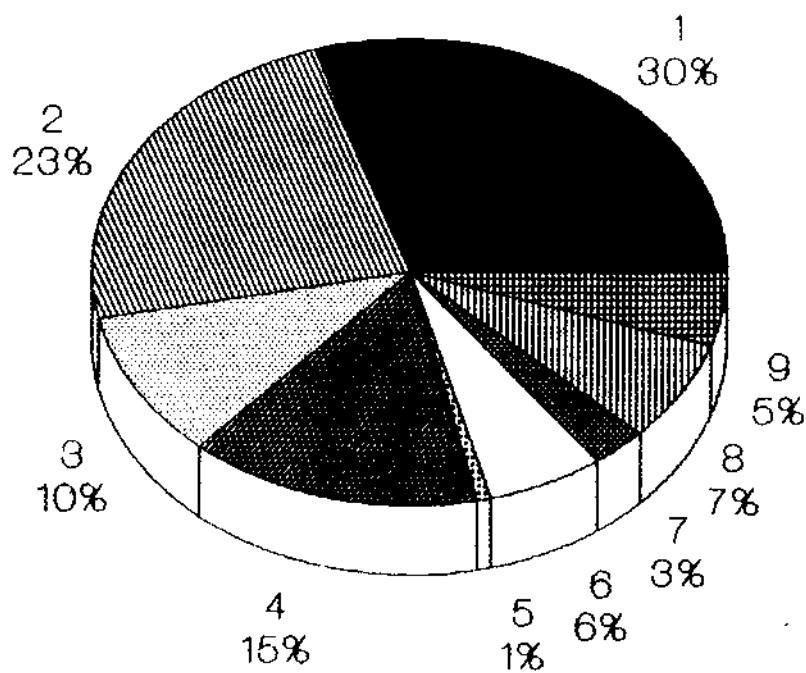
Segundo informações da Organização Mundial da Saúde para o ano de 1985, o mercado mundial de medicamentos montava a cifra de US\$ 94,0 bilhões. Deste total, a América Latina representava US\$ 5,6 bilhões, ou seja, algo em torno de 6% (ver gráfico I).

O crescimento do mercado mundial de medicamentos tem ocorrido de forma bastante acelerada. Entre 1976 e 1985, estima-se que esse crescimento tenha sido de 120,6% em termos brutos. A tabela I.1 mostra, que neste contexto, alguns continentes apresentaram crescimentos acima desta média, destacando-se o Japão (250,0%), a América do Norte (222,9%) a Ásia (127,0%) e a África (125,0%). Na América do Norte e Japão, pode-se dizer que esse crescimento encontra-se associado a uma medicalização excessiva da sociedade, fenômeno já apontado por DEPUY (9) e outros autores.

---

(9) DEPUY, J.P., "A Invasão Farmacêutica", Ed.Graal, Rio de Janeiro, 1979.

# I - CONSUMO DE MEDICAMENTOS NO MUNDO - 1985



- 1 - AMÉRICA DO NORTE
- 2 - EUROPA OCIDENTAL
- 3 - EUROPA ORIENTAL
- 4 - JAPÃO
- 5 - OCEANIA
- 6 - AMÉRICA LATINA
- 7 - ÁSIA

- 8 - ÁFRICA
- 9 - CHINA

TABELA 1.1  
 CONSUMO DE MEDICAMENTOS NO MUNDO  
 EM US\$ BILHOES  
 1976-1985

REGIOES	CONSUMO DE MEDICAMENTOS (EM US\$ BILHOES)		
	1976	1985	CRESC. BRUTO (%)
AMERICA DO NORTE	8,7	28,1	222,9
EUROPA OCIDENTAL	13,1	22,0	67,9
EUROPA ORIENTAL	6,1	9,6	57,3
JAPAO	4,0	14,0	250,0
OCEANIA	0,4	0,7	75,0
AMERICA LATINA	3,6	5,6	55,5
AFRICA	1,2	2,7	125,0
ASIA	2,9	7,0	127,5
CHINA	2,6	4,7	80,7
TOTAL	42,6	94,0	120,6

FONTE: The World Drug Situation, OMS, 1988

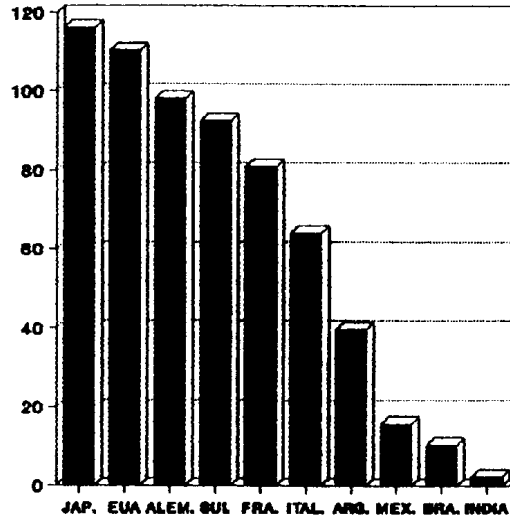
No caso da Asia e da Africa, o crescimento pode estar associado a cobertura de déficits de consumo de produtos farmacêuticos. No contexto mundial, observa-se que a América Latina é o continente que apresentou menor crescimento do consumo de medicamentos ao longo do período.

Várias razões podem ser enumeradas para explicar o baixo crescimento do consumo de medicamentos na América Latina. No entanto, a baixa cobertura dos serviços de saúde, expressa nos reduzidos patamares de gasto com esse setor, constituem os principais elementos que impedem o aumento do consumo de medicamentos no Continente.

A tabela 1.2 e o gráfico 2 mostra a magnitude do gasto em medicamentos total e per-capita para alguns países selecionados. Verifica-se que os gastos per-capita com medicamentos no Brasil são 11 vezes inferiores aos do Japão e Estados Unidos e quase quatro vezes mais baixos que os da Argentina, só para citar alguns exemplos. Até mesmo o México consome, em termos per-capita, mais medicamentos do que o Brasil. Só países de menor grau de desenvolvimento social, como é o caso da Índia, consomem menos medicamentos que o Brasil.

Mesmo assim, vale destacar que o Brasil é o maior mercado de medicamentos da América Latina (como pode ser observado no gráfico 3) representando 1,54 bilhões de dólares (27,6% desse mercado. A Argentina, mesmo com uma população cinco vezes menor, representa um mercado de magnitude quase igual ao

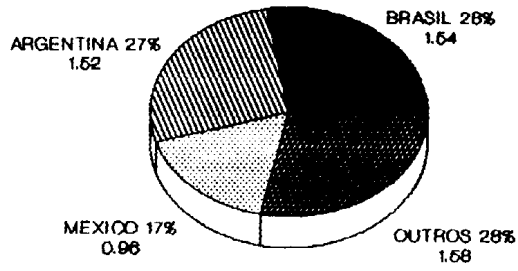
II - GASTOS PER-CAPITA COM MEDICAMENTOS  
PAÍSES SELECIONADOS - 1986



■ PAÍSES SELECIONADOS

EM US\$ ANUAIS

III - CONSUMO DE MEDICAMENTOS NA AMÉRICA LATINA - 1986



EM US\$ MILHOES

do Brasil.

TABELA I.2  
GASTOS ANUAIS COM MEDICAMENTOS (TOTAL E PERCAPITA)  
PAISES SELECIONADOS - 1985

PAISES	GASTO TOTAL (EM US\$ MILHOES)	GASTO PER-CAPITA (EM US\$)
Alemanha	9,9	98,2
EUA	28,0	110,5
Suecia	0,8	54,1
Franca	5,0	80,9
Italia	3,1	64,2
Japao	11,2	116,2
Mexico	1,0	15,7
Brasil	1,5	10,3
Argentina	1,5	39,6

fonte: The World Drug Situation, OMS, 1988

Estes dados mostram a necessidade de pensar politicas que priorizem o acesso a população de medicamentos essenciais. A atuação da CEME, apesar de ter completado mais de uma década em 1985, não conseguiu melhorar a posição internacional do Brasil no consumo per-capita de medicamentos. Em 1976, o Brasil consumia US\$ 10,5 per-capita contra os US\$ 10,3 encontrados no ano de 1985 (Ver ALFOB, 1990). Tais dados parecem sugerir que o crescimento da economia, associado a politicas de distribuição de renda e maior acesso aos serviços de saúde tem um efeito possivelmente maior no consumo de medicamentos do que o apoio governamental através de politicas centralizadas de compras.

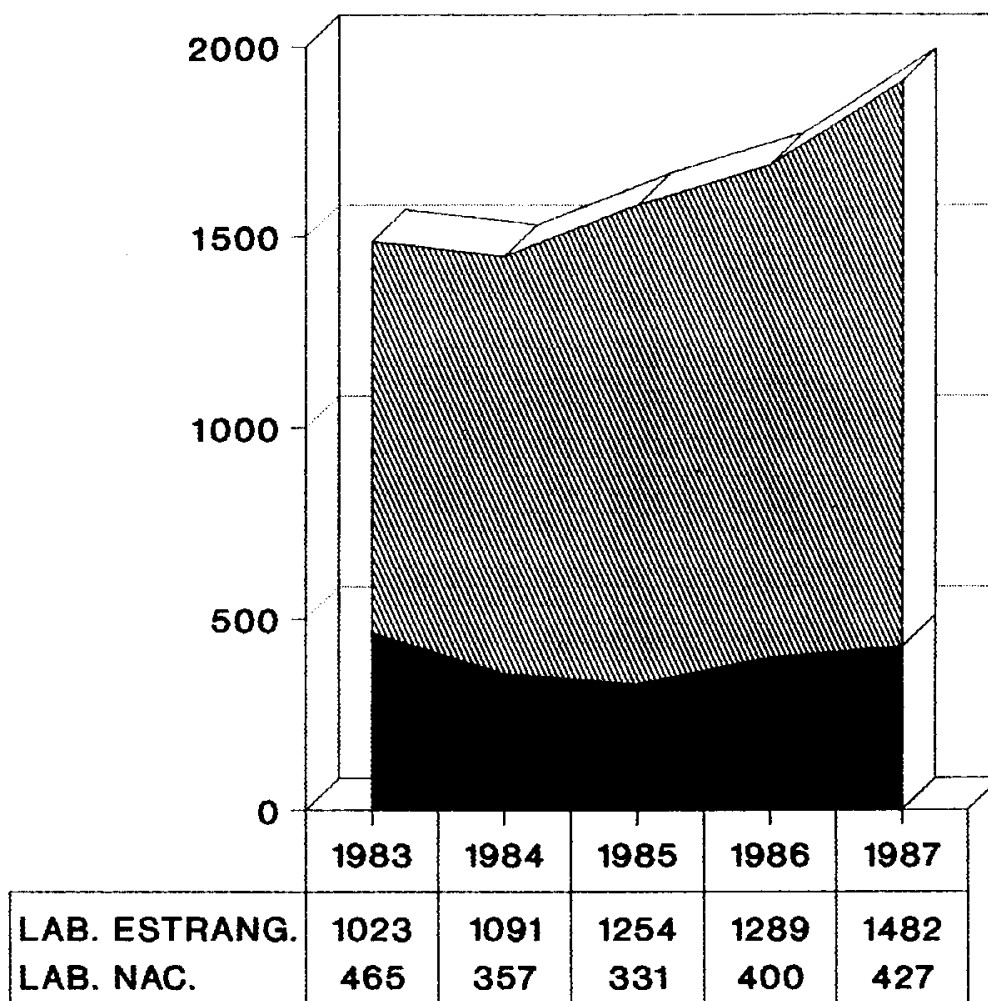
#### I.4 - Características do Mercado Brasileiro de Medicamentos

A produção de medicamentos no Brasil, em que pese seu inicio ainda no final do século XIX, recebeu um grande impulso a partir do pós-guerra, quando o desenvolvimento de novas drogas, a partir de processos de síntese química e fermentativos estimulou várias empresas transnacionais (especialmente americanas) a instalarem filiais no país. Um intenso processo de "take over" inicia-se de forma a absorver antigas empresas nacionais por suas congêneres estrangeiras. Tal processo, associado a ideologia do nacional-desenvolvimentismo dos anos sessenta, tem feito com que a questão farmacêutica passasse a ser encarada sob o prisma da segurança nacional (Rosenfeld, 1989).



**IV - FATURAMENTO DO MERCADO FARMACÊUTICO BRASILEIRO  
PARTICIPACAO DOS LABORATORIOS NACIONAIS E ESTRANGEIROS**

1983 - 1987



■ LAB. NAC.    ▨ LAB. ESTRANG.

EM US\$ MILHÕES

Hoje, o mercado brasileiro de medicamentos apresenta características claramente oligopolistas, sendo dominado por empresas transnacionais, as quais respondem por 75% do faturamento total deste ramo industrial. As 20 maiores empresas dominavam 54% do mercado em 1989 e as 60 maiores quase 90%. Estima-se a existência de 470 a 600 empresas no setor. Entre os cinco maiores laboratórios do país, o único genuinamente nacional - Ache - ocupava, naquele mesmo ano, a 4a. posição e respondia por 4,02% do faturamento e 4,34% das unidades vendidas.

Dados da ABIFARMA mostram que entre 1983 e 1987 a participação das empresas estrangeiras no faturamento global do mercado farmacêutico brasileiro passou de 68,8% para 77,7%, como pode ser visto no gráfico IV. As empresas privadas nacionais respondem por 20% da produção e os laboratórios oficiais por apenas 3,5% do mercado. O anexo 1 contém as 60 maiores empresas brasileiras do setor farmacêutico e a distribuição do faturamento e das vendas (em unidades físicas) para o período 1985-1989.

No entanto, como aponta GIOVANI e SALLES FILHO (1986), a indústria farmacêutica brasileira é aparentemente menos concentrada (tecnicamente) do que a existente em outros ramos de atividade da economia. Enquanto 1,5% dos estabelecimentos da indústria de transformação, em 1980, geravam 45,6% do valor da produção e ocupavam 34,3% do pessoal ocupado, na indústria farmacêutica, 5,7% dos estabelecimentos ocupavam 35% do pessoal ocupado e respondiam por apenas 37,6% do valor da produção naquele mesmo ano.

A dispersão de estabelecimentos da indústria farmacêutica brasileira esconde, no entanto, a existência de "micro-especializações", onde poucos estabelecimentos são responsáveis pela produção de uma dada classe de medicamentos.

Sendo assim, a concentração neste ramo de indústria ocorre, de forma intensa, em determinadas classes de produto, como pode ser visto na tabela I.3. É assim que pode-se entender a facilidade das empresas em estabelecer acordos de preços e outras práticas oligopolistas, em geral nocivas para o bolso da população e para as finanças do setor público, o qual tem que comprar tais medicamentos para atender as necessidades dos serviços de saúde.

Dentre as principais características da indústria farmacêutica no Brasil, destacam-se:

- a alta dependência da importação de fármacos (matérias primas farmacêuticas) a qual chega a

72%, segundo Giovani e Salles Filho (1986). Dos fármacos produzidos no Brasil, somente 14% do valor corresponde ao faturamento das empresas nacionais;

- predominância da estratégia de concorrência pela diversificação dos produtos, ao invés de concorrência de preços;
- isto leva a existência de grande diversidade de produtos: mais de 2 mil genéricos, 15 mil marcas ou nomes de fantasia, 25 mil registros de embalagens, 7 a 10 mil especialidades vendidas (Rosenfeld, 1989);
- taxas de lucro inferiores à média da indústria química (9,9% contra 15,9% em 1981) em função dos gastos excessivos com propaganda;
- baixos requisitos de capital para sua implantação, o que deriva, de um lado, na baixa relação capital/produto e nas reduzidas taxas de investimento no setor e de outro, no fato de não existirem economias de escala apreciáveis (FRENKEL, J., 1978);
- o setor caracteriza-se por ser altamente deficitário no que diz respeito a balança comercial, representando em 1985, 4,5% de todas as importações industriais (10);
- a concentração da produção de algumas classes terapêuticas nas empresas transnacionais, como pode ser visto na tabela I.3.

---

(10) - Segundo Giovani e Sales Filho (1986), "Há pelo menos dois elementos importantes a se considerar nas importações efetuadas pelas empresas farmacêuticas. O primeiro deles é que isto se constitui num importante mecanismo de remessa de divisas das filiais das empresas multinacionais para suas matrizes, através da supervalorização do "transfer price". Frequentemente a estratégia global dessas empresas implica considerar marginal o lucro obtido com a produção e venda de medicamentos no Brasil, e muito mais importante o lucro obtido com a venda de matéria-prima da matriz à filial. Este fato explica, parcialmente, a "empurroterapia praticada por estas empresas, a generosidade na distribuição de amostras grátis, etc."

TABELA I.3  
 CONCENTRAÇÃO DA PRODUÇÃO DE CLASSES TERAPEUTICAS  
 DE MEDICAMENTOS EM ALGUMAS EMPRESAS TRANSNACIONAIS, BRASIL, 1985

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EMPRESAS	PARTICIPACAO NO MERCADO (%)
Vitaminas	Roche; Merck; Bristol; Squibb;	60,3
Diureticos	Biogalenica; Merck Sharpe & Dohme; Merck; Upjohn	85,9
Anti-Reumaticos	Biogalenica; Syntex; Pfizer; Rhodia	51,1
Corticoides	Shering; Merck, Sharpe and Dohme; Merck; Upjohn	82,1
Anti-helminticos	Johnson & Johnson; Searle; BYK,	62,7
Antibioticos	Bristol, Roche, Lilly, Wyeth	38,4

FONTE: ROSENFELD, 1989.

Em algumas classes de medicamentos, o dominio das cinco maiores empresas no mercado ultrapassava os 80%, como é o caso dos diuréticos e Corticoides. Estudos anteriores elaborados por Frankel (1978), relativos ao ano de 1975, mostram que as firmas lideres, em algumas classes de medicamentos dominavam mais de 40% do mercado, como era o caso da vitamina c (42,8%), vitamina b12 (40,2%); antidiabéticos (insulina) (100%), antidiabéticos orais (42,7%); anabolizantes (41,1%); cardioglicosídeos (41,4%), anti-depressivos (54,0%) e sangue e hemo-derivados (96,7%). Os dados de concentração de produtos por classe terapêutica podem ser vistos no Anexo 2.

A maior parcela do mercado brasileiro de medicamentos é abastecida pelo setor privado, o qual responde por mais de 60% da venda de medicamentos no Brasil. No setor público, destaca-se o papel da CEME, do INAMPS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na aquisição e distribuição de medicamentos. O mercado privado é abastecido através da rede de farmácias existentes no país (cerca de 34.000) e da rede de estabelecimentos privados de saúde.

## II - A CEME NO CONTEXTO DA POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

### II.1 - A Trajetória da CEME: Uma Breve Retrospectiva

A Central de Medicamentos (CEME) foi criada em 1971, pouco antes do estabelecimento do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, colocado sob coordenação daquela instituição em 1972. Seus objetivos iniciais eram basicamente assistencialistas. No entanto, existiam interesses governamentais estratégicos, especialmente no campo bélico-militar, associados à sua criação.

No campo assistencialista, o objetivo da CEME era suprir medicamentos às camadas pobres da população. Do ponto de vista estratégico, havia o interesse em tornar os laboratórios militares auto-suficientes tecnologicamente nos campos da química fina e da bio-química.

A supremacia deste segundo papel sobre o primeiro fez com que a CEME fosse posicionada, em sua origem, no Conselho de Segurança Nacional, participando as três armas de sua gestão.

Desde seu início, as atividades da CEME estiveram motivadas pela necessidade de cobrir uma série de deficiências do setor farmacêutico no Brasil, onde, dentre outras, cabe destacar:

- a) A progressiva desnacionalização do setor;
- b) A dependência tecnológica;
- c) A desnecessária proliferação de marcas;
- d) A influência das indústrias nas atividades assistenciais do e na ação do corpo médico do país;

Esses e outros problemas foram levantados no diagnóstico que deu origem ao primeiro plano diretor da CEME o qual foi responsável, de forma explícita, pelo delineamento da primeira política de medicamentos no país.

A Reforma Administrativa do Governo Geisel redefiniu a inserção institucional da CEME, a qual passou a ser uma das entidades do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, a partir de 1976. Ao integrar a estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a CEME teve reduzida parte substantiva de sua missão institucional. Seu papel de instituição fomentadora e difusora de tecnologia no campo da

indústria farmacêutica nacional foi transferido para a Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio. Como este órgão já cuidava de tantas outras atividades de fomento, a questão da autonomia tecnológica nacional no que tange a indústria farmacêutica perdeu "status" com esta transferência.

A nova estrutura organizacional da CEME foi definida pelo Decreto No. 75.985, de 17 de julho de 1975. No entanto, esta estrutura organizacional vem sendo modificada sistematicamente ao longo de muitos anos. Tais mudanças, embora sempre realizadas com o objetivo de agilizar as atividades e modernizar a estrutura do órgão, nem sempre acarretam bons resultados.

No MPAS a CEME passou a funcionar quase que como um órgão de compras do INAMPS. Seu orçamento passou a ser nitidamente dependente das contribuições previdenciárias e a participação do Tesouro no custeio de suas atividades foi se reduzindo substancialmente. O Decreto que aprovou o primeiro Plano Diretor da CEME foi revogado e sua missão institucional foi reduzida a questões de cunho operacional.

Apesar da redução de seu espaço e de sua missão institucional, a CEME teve, ao longo dos anos oitenta o importante papel de fortalecer e modernizar a rede de laboratórios oficiais (1), através do imenso poder de compra de medicamentos que possuía. Ao mesmo tempo, pode-se dizer que a CEME desempenhou um papel estratégico no apoio a indústria nacional de medicamentos e ao desenvolvimento tecnológico neste campo. Embora não fosse uma política oficial dos anos oitenta (2), importantes indústrias como a CIBRAN, que exporta antibióticos, surgiram e se desenvolveram com o apoio da CEME, que garantia uma reserva de mercado para sua produção ainda incipiente.

Pode-se dizer, ainda, que no início dos anos oitenta a CEME teve estreito relacionamento com as Secretarias Estaduais e algumas Municipais de Saúde, embora inexistissem, por questões operacionais e financeiras, programas como a distribuição gratuita de medicamentos.

---

(1) - Os Laboratórios Oficiais são indústrias de medicamentos que pertencem as administrações estaduais. Atualmente existem 16 Laboratórios Oficiais, sendo o maior deles a Fundação do Remédio Popular (FURP) do Estado de São Paulo. Os Laboratórios Oficiais estão congregados na Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil - ALFOB, a qual foi criada em 05/10/84.

(2) - CEME, "Relatório Anual de Atividades de 1988", Versão Preliminar, janeiro de 1989, mimeo.

Dentre os problemas ligados ao funcionamento da CEME oficialmente reconhecidos, destacam-se "as grandes dificuldades operacionais para funcionar como centro de aquisição e distribuição de medicamentos", as quais, segundo a gestão da CEME que tomou posse no início da Nova República, "nunca foram resolvidas no regime passado por falta de vontade política" (3).

Com o advento da Nova República, novos princípios de funcionamento da CEME passaram a ser definidos em diversas instâncias, desde o Io. PND da Nova República, até a 8a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

O Io. PND da Nova República, formulado para o período 1986-1989, define como metas no campo da política de medicamentos:

- redução da dependência externa, inclusive em vacinas e insumos básicos;
- auto-suficiência na produção de imuno-biológicos essenciais;
- universalização da assistência farmacêutica na rede pública;
- revisão sistemática da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- facilitação da identificação de medicamentos pelos usuários;
- difusão dos medicamentos constantes na RENAME.

As metas associadas a criação de um Sistema Nacional de Saúde, onde estava prevista, ao nível federal a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde, acabaram por definir, após uma disputa acirrada, a passagem da CEME para aquele Ministério.

Pode-se dizer que ao longo da Nova República a CEME viveu uma fase de grande instabilidade. No entanto, os recursos do Tesouro, dada a própria passagem para o Ministério da Saúde, voltaram a ser os principais elos de sustentação financeira, ocorrendo uma queda da participação dos recursos do SINPAS.

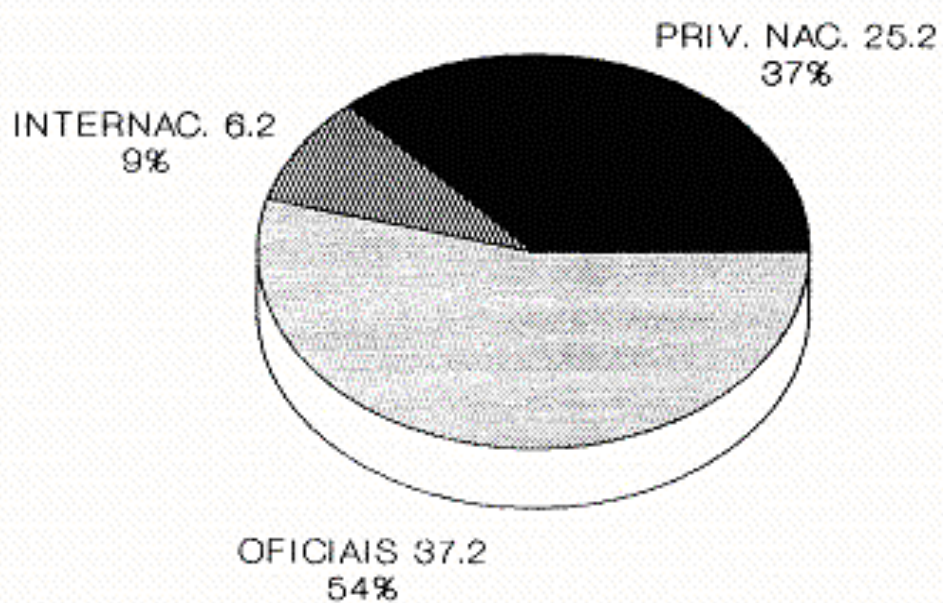
Apesar deste processo de transferência ter ocasionado algumas mudanças temporárias, como a perda de prioridade dos Laboratórios Oficiais na rede de compras da CEME, em finais de 1987 o processo de compra de medicamentos entra novamente em sintonia com a tendência anterior, como demonstra o gráfico 1.

---

(3) - Idem, ibidem., p.02.

# I - COMPRAS DA CEME

## P/ TIPO DE LABORATORIO - 1988



EM US\$ MILHOES



Observa-se que 47% do valor das compras de medicamentos da CEME em 1988, estimadas em US\$ 78,6 milhões, voltaram-se para a rede de laboratórios oficiais, 45% para a rede de indústrias nacionais e somente 8% para as empresas de capital majoritariamente estrangeiro.

## II.2 - Os Papéis Institucionais da CEME

As atividades da CEME hoje respondem por um complexo de ações que envolvem, entre outras funções:

- a) A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS - Ao longo da Nova República fixou-se como meta as necessidades estabelecidas pelo Programa de Prioridades Sociais do Governo. No entanto, as Secretarias Estaduais de Saúde retraíram suas demandas, especialmente a partir de 1988, apesar da continuidade das transferências de recursos do INAMPS aos SUDS. Em 1988, o índice de entregas atingiu a 93% das necessidades programadas;
- b) CRIAÇÃO E MANUTENÇÃO DE LISTAS DE MEDICAMENTOS Além da manutenção da RENAME (4), tem sido criadas outras listas, como é o caso da Relação de Medicamentos Básicos, a Farmácia Básica, etc. Essas listas destinam-se a criar módulos de produtos de uso mais generalizado calculados para cobrir as necessidades básicas de conjuntos populacionais por determinado período de tempo (5);

---

(4) - A RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - foi criada em 1974, conjuntamente com o Plano Diretor da CEME, tendo em vista orientar a política governamental de assistência farmacêutica e o desenvolvimento tecnológico e industrial do setor farmacêutico.

(5) - CEME, Ministério da Saúde, "O Médico e a Farmácia Básica da CEME", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, janeiro de 1987.

- c) NORMATIZACAO, PADRONIZACAO E CONTROLE DE QUALIDADE DOS MEDICAMENTOS - Nos anos mais recentes, segundo informações, a CEME tem elaborado normas técnicas relacionadas a qualidade dos medicamentos, bem como ampliado as inspeções técnicas nos laboratórios (6). Além do mais, a ação da CEME no que diz respeito à orientação dos laboratórios sobre normas de controle de qualidade (7) e inspeção melhorou. Pode-se dizer, ainda, que a CEME tem atuado no sentido de descredenciar as linhas de produção incompatíveis com as boas normas de fabricação.
- d) APOIO A PESQUISA, DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS E DIVULGACAO CIENTIFICA - Neste ponto, a atuação tem sido marcada pelo apoio a projetos no campo da biotecnologia, psicofarmacologia, toxicologia, etc., com um particular desenvolvimento de estudos associados às propriedades de plantas medicinais nos anos mais recentes.

Uma avaliação das atividades da CEME, bem como a discussão de uma agenda futura para a instituição foram discutidos no Iº Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado no Centro de Convenções de Brasília (DF), entre 30 de agosto e 1º de setembro de 1988, reunindo laboratórios oficiais, nacionais e estrangeiros, organizações de classe, sindicatos, universidades instituições governamentais, etc., num total de 854 participantes.

Este encontro, cujas recomendações foram publicadas

- 
- (6) - Na verdade, as atividades da CEME no campo da produção de medicamentos, quando inexistentes, tem sido residuais. No entanto, a CEME compra medicamentos e reveste-os com uma embalagem própria. Em 1980, cerca de 10% dos medicamentos comprados pela CEME eram refugados pelo controle de qualidade. Em 1989 essa taxa caiu para 2,7%. Tais informações são oficiais e carecem de evidências empíricas.
- (7) - Sobre este ponto, ver CEME, "Boas Práticas de Fabricação de Produtos Farmacêuticos", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1989.

pela CEME (8), abordou diversos temas, tais como produção nacional e pesquisa em fármacos (9); viabilidades tecnológicas e desenvolvimento da indústria nacional; patentes; alternativas terapêuticas (fitoterapia e homeopatia); papéis do capital estatal; privado nacional e estrangeiro na produção de medicamentos; embalagens; controle de preços; vigilância sanitária; listas de medicamentos essenciais; planejamento; aquisição e distribuição de medicamentos; modelos de assistência farmacêutica; desenvolvimento de recursos humanos para o setor e outros temas de interesse para o desenvolvimento das estratégias operacionais da CEME.

Grande parte das funções da CEME estão concentradas no chamado "Programa de Assistência Farmacêutica", o qual é constituído pelos sub-programas de Produção/Aquisição, Distribuição e Controle de Qualidade de Medicamentos.

Este programa tinha duas vertentes básicas de atuação, a saber:

- a) distribuição de medicamentos essenciais à população de reduzido poder aquisitivo (estimada em mais de 100 milhões de pessoas);
- b) fortalecimento do segmento nacional das indústrias farmoquímica e farmacêutica;

Entre 1976 e 1985 o programa foi financiado com recursos do INAMPS (suprimento da rede própria), dos Estados e Municípios (redes locais) e do Ministério da Educação (Hospitais Universitários). O atendimento da CEME às necessidades da rede pública das distintas esferas de Governo cobria mais de 800 almoxarifados em todo o Brasil. A maior parte dos medicamentos distribuídos provinha da rede de laboratórios oficiais.

O Programa de Prioridades Sociais instituído pela Nova República em 1986 criou a farmácia básica que contava com 44 especialidades farmacêuticas. Uma nova fonte de financiamento - o FINSOCIAL - passou a ser responsável pelo custeio deste programa em todo o território nacional.

---

(8) - CEME/Ministério da Saúde, "I. Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos", Ed. Ministério da Saúde, Brasília (DF), out. de 1988.

(9) - Segundo informações constantes no artigo de PEDROSA e GEREZ (1986) o mercado nacional supre somente 10% dos fármacos que consome como insumo na produção nacional de medicamentos. Para suprir essas deficiências foi criado em 1983 o Programa de Nacionalização de Fármacos (PNAF)..

A implantação da primeira fase do programa, em 1987, foi responsável pela distribuição de 28 mil farmácias básicas. No entanto, em 1988, os recursos só foram suficientes para cobrir 2,2% das ações programadas para a farmácia básica. Tal fato gerou uma série de inconvenientes, dado que várias encomendas já haviam sido feitas à rede de Laboratórios Oficiais. Ao mesmo tempo, as Secretarias Estaduais e Municipais reduziram suas programações junto a CEME. O Programa só não deixou de ser cumprido em função de convenios prévios com o INAMPS, que conseguiram sustentar parte programação feita.

Em 1989 foi aprimorado o Programa de Modernização do Sistema de Distribuição de Medicamentos (Ministério da Saúde, 1989), o que envolveu o reaparelhamento de 23 Secretarias Estaduais de Saúde, bem como a implantação de 3 Centrais Farmacêuticas de Distribuição - Distrito Federal, Paraná e Goiás sendo a primeira delas a maior do país. Em julho deste ano, retomaram a ser distribuídas as farmácias básicas que haviam sido desativadas em fins de 1988 por falta de recursos.

A Nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, confere ao Estado o papel de suprir com medicamentos gratuitos aqueles cuja renda os impossibilita de adquirir no mercado. Confere ainda ao Sistema Único de Saúde, o papel de "...participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos..." tendo em vista, entre outras coisas "...incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico". Paralelamente, a Nova Carta prescreve o "...tratamento favorecido para as empresas brasileiras de capital nacional e de pequeno porte".

Tomando como base nestes preceitos constitucionais, que o papel da CEME foi redefinido no novo Orçamento Plurianual daquela instituição, para o período 1990-1995 (Ver CEME, 1990). Neste documento são fixados 18 objetivos e diretrizes e 7 instrumentos de ação, que, resumidamente, podem ser assim descritos:

a) Objetivos e Diretrizes:

- Atualização da RENAME;
- Coordenação da produção, aquisição e suprimento de medicamentos essenciais para o SUS;
- Melhoria da eficiência dos Estados no que tange aos programas de assistência farmacêutica;
- Regularização do fluxo de distribuição de medicamentos nas distintas regiões;
- Aquisição e controle de estoques reguladores de medicamentos;

- Estimulo a produção de medicamentos criticos nos Laboratórios Oficiais;
- Estimulo a produção de substâncias quimio-farmacêuticas para o tratamento de doenças endêmicas, com excedentes exportáveis para o terceiro mundo;
- Desenvolvimento de tecnologia para a produção de fármacos;
- Pesquisa e industrialização de medicamentos derivados da flora medicinal;
- Extração de principios ativos de plantas medicianais;
- Desenvolvimento da biotecnologia na produção de fármacos;
- Nacionalização da produção de imunobiológicos através dos Laboratórios Oficiais;
- aumento da participação dos setores estatais e privados nacionais nas compras governamentais de medicamentos;
- aumento da eficiência dos setores nacionais (estatais e privados) na produção de medicamentos, através do aperfeiçoamento tecnológico e do controle de qualidade;
- Aperfeiçoar métodos de aquisição e fixação de preços dos fornecedores de medicamentos;
- Fortalecimento do controle da qualidade dos medicamentos, com reequipamento físico e humano do setor;
- Facilitar a importação de matéria prima aos laboratórios oficiais e privados nacionais;

b) Instrumentos de Ação

- Reorganização e reaparelhamento da CEME como Empresa Pública (10)

---

(10) - A partir de 15 de março de 1990 (medida provisória 151), o Governo Federal autorizou a CEME a funcionar como Empresa Pública;

- Reorientação dos Laboratórios oficiais para a produção de medicamentos essenciais e de pouco interesse pela indústria privada;
- Integração com a FIOCRUZ para a pesquisa de imunobiológicos;
- Regionalização da distribuição;
- Fortalecimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como unidades de distribuição de medicamentos;
- Fortalecimento da CODETEC (11) como centro de geração de tecnologia em síntese química de fármacos e biotecnologia;
- Fortalecimento do papel das Universidades na pesquisa básica e controle de qualidade;

Apesar destes objetivos estarem um pouco mais direcionados para as empresas privadas, enquanto resposta para a produção de medicamentos para a CEME, vale dizer que os papéis institucionais da CEME continuam a ser caracterizados por uma série de distorções, a saber:

1) Protecionismo e criação de instrumentos de reserva de mercado, primeiramente para os Laboratórios Oficiais e, em segunda instância, para os Laboratórios Privados Nacionais. É natural que isso tenha ocorrido no início do funcionamento da CEME. No entanto, a manutenção por tempo indefinido destes sistemas de proteção pode acobertar ineficiências. Portanto, tais laboratórios deveriam trabalhar sem subsídios ou reservas de mercado e enfrentar a concorrência no próprio mercado (12);

2) Deficiências e descontinuidades em seus programas, provocadas por contantes mudanças institucionais e instabilidade dos fluxos de financiamento, o que penaliza as localidades mais pobres que não contam com sistemas alternativos de distribuição de medicamentos;

3) Ênfase na autonomia tecnológica nacional em setores estratégicos como fármacos, imunobiológicos, biotecnologia, sem que haja um estudo sobre as vantagens comparativas que um país como o Brasil poderia ter a médio e longo prazo nestes setores;

---

(11) - A CODETEC - Companhia de Desenvolvimento Tecnológico de Campinas - pertence ao Governo do Estado de São Paulo e funciona no Campus da UNICAMP.

(12) - Ou então voltar-se para a produção de medicamentos cujas características ou a alta relação custo/benefício não estimula o setor privado a produzi-los.

### II.3 - A Estrutura Organizacional da CEME

Em 1989, a CEME contava com 6 coordenadorias ligadas ao gabinete de sua presidência, que cuidavam das funções vitais da instituição, como Administração e Finanças, Planejamento, Distribuição, Controle de Qualidade, Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Comunicação Social.

Além destas atividades, a Presidência da CEME contava com uma Assessoria Jurídica, um Escritório no Rio de Janeiro e duas Centrais de Distribuição: uma em Brasília e outra em Goiás.

A partir de 15 de março de 1990, a CEME deixou de ser autarquia e passou a ser Empresa Pública (medida provisória 151). Seu novo organograma, deve estar sendo definido pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria de Administração Federal da Presidência da República.

A transformação da CEME em Empresa Pública traz um risco inerente à sua missão institucional. Enquanto autarquia, seu objetivo como parte integrante do Sistema Único de Saúde era descentralizar o processo de aquisição e distribuição de medicamentos. A transformação em Empresa Pública pode representar uma nova centralização, bem como a continuidade de toda uma sorte de deseconomias de escala associadas a esse processo.

Em janeiro de 1989 a CEME contava com cerca de 220 funcionários. A reforma administrativa associada ao Plano Collor buscou reduzir o quadro de pessoal, mas não se conhece qual o impacto efetivo desta medida.

As atividades-meio da CEME são basicamente: orçamentação e finanças, processamento de dados, recursos humanos e administração geral. Pode-se dizer que, nos últimos dois anos, a CEME iniciou (de forma um tanto tardia para uma instituição de sua natureza) um processo de informatização associada ao uso de micro-computadores.

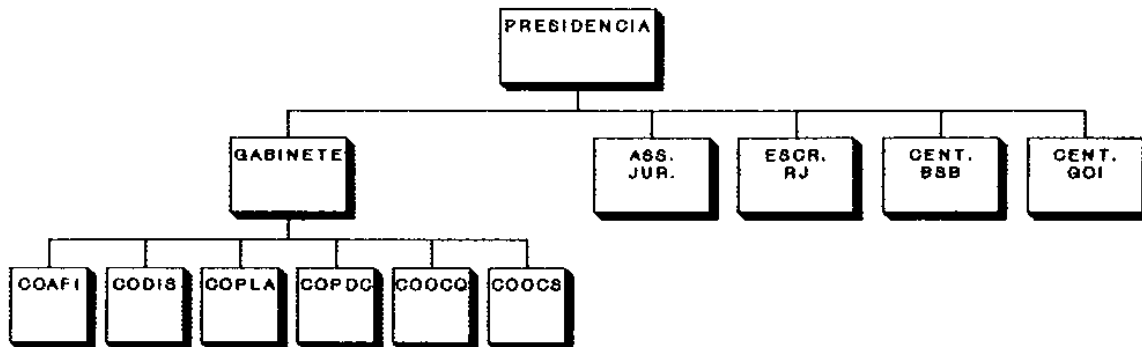
Outra inovação administrativa, foi a implantação do Sistema de Acompanhamento de contratos, tendo em vista agilizar os trabalhos da Assessoria Jurídica do órgão, caracterizados pela excessiva morosidade.

O sistema de administração de material também vem sofrendo modificações, buscando melhorar os processos de estocagem e distribuição, tendo em vista evitar desperdícios e redução não desejada dos estoques.

Muitas outras modificações vem ocorrendo nos campos de organização e métodos, tais como modificações de fichas cadastrais e fluxos de processos administrativos de compras, licitações, etc., como parte do programa de modernização da

# ORGANOGRAMA DA CEME

1989



**COAFI - COORD. DE ADM E FINANÇAS**  
**GODIS - COORD. DE DISTRIBUICAO**  
**COPLA - COORD. DE PLANEJAMENTO**  
**CODCT - COORD. DE DES. CIENT. E TECNOL.**  
**COOCQ - COOR. DE CONTR. DE QUALIDADE**  
**COCOM - COORD. DE COM. SOCIAL**



instituição.

Com o advento do Governo Collor de Mello, a CEME vem passando por uma ampla reforma administrativa, para que seu organograma se adapte ao seu novo desenho de "empresa pública". Para tal, a CEME passará, segundo declarações de seu novo presidente, a cobrar uma taxa de administração equivalente a 5% do seu orçamento, repassando estes valores para os preços dos medicamentos que distribuem para as redes Estaduais, Municipais e para os Hospitais Universitários. No entanto, não se sabe quando tais transformações de estrutura estarão efetivamente prontas.

### III - OS GASTOS FEDERAIS COM MEDICAMENTOS

Mapear os gastos federais com medicamentos no Brasil não é tarefa fácil. A primeira grande dificuldade para tal constitui o nível de dispersão desse gasto. Em geral, as despesas com medicamentos estão dispersas em vários sub-programas de Saúde, tais como Assistência Médico-Sanitária; Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis; Vigilância Sanitária, Produtos Profiláticos e Terapêuticos; Saúde Materno-Infantil e Outros Gastos com Saúde (1)

O sub-programa "Assistência Médico Sanitária", por exemplo, envolve todos os recursos do tesouro desembolsados com programas assistenciais nos Ministérios e hospitais federais. A despesa com medicamentos embutida nestes gastos, a qual nos podemos chamar de gastos indiretos com medicamentos, é praticamente impossível de obter a partir de uma análise agregada das contas públicas.

Portanto, serão considerados neste capítulo, somente os gastos federais diretos com medicamentos, os quais prevêm basicamente de duas fontes:

- gastos do tesouro;
- gastos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS);

Os gastos diretos com medicamentos a partir da fonte Tesouro estão considerados, de forma ampla, no sub-programa "Produtos Profiláticos e Terapêuticos". Este engloba não somente o que se gasta com remédios, mas também com vacinas, soros, etc., não apenas para os programas da CEME, de outros órgãos do Ministério da Saúde (SUCAM, FSESP, Pioneiras Sociais, Hospitais Especializados, FIOCRUZ, etc.), mas também para os programas do próprio INAMPS, o qual também leva em conta, de forma detalhada, os gastos com medicamentos.

Os gastos do FPAS correspondem basicamente aos recursos voltados para o INAMPS, particularmente os relativos à compra centralizada de medicamentos para suas unidades assistenciais. Fica praticamente impossível especificar, a partir destas fontes, o Orçamento da CEME, dado que ele se compõe tanto de fundos do Tesouro como de recursos do FPAS. No entanto, apesar das imperfeições porventura existentes, pode-se tentar comparar a magnitude do orçamento CEME com o gasto federal total com medicamentos, como será feito mais adiante.

---

(1) - Um levantamento sistemático sobre os gastos federais com saúde para os anos oitenta vem sendo feito pela Coordenadoria de Saúde e Previdência do IPEA/IPLAN, sob coordenação dos professores Solon M. Vianna e Sérgio Francisco Piola.

Feitas estas considerações iniciais passaremos a análise dos dados. A tabela III.1 e os gráficos I e II mostram a evolução dos gastos do Tesouro com "Produtos Profiláticos e Terapêuticos", entre 1980 e 1989.

TABELA III.1  
GASTOS FEDERAIS COM O SUB-PROGRAMA "PRODUTOS PROFILÁTICOS E TERAPÊUTICOS", SEGUNDO O MINISTÉRIO RESPONSÁVEL PELA DESPESA  
BRASIL: 1980-1989  
US\$ MILHÕES

ANOS	MINISTÉRIO DA SAÚDE	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	TOTAL DO GASTO FEDERAL
1980	2,2	133,2	135,4
1981	2,3	187,5	189,8
1982	26,6	156,4	182,0
1983	21,4	117,0	138,4
1984	13,0	112,6	125,6
1985	2,4	197,1	199,5
1986	292,0	-	292,0
1987	263,8	-	263,8
1988	249,4	-	249,4
1989	525,2	-	525,2

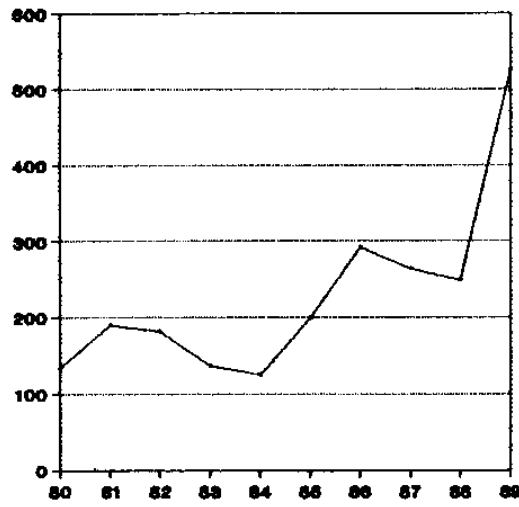
FONTE: CSP/IPLAN/IPEA, Balanços Gerais da União, 1980-1989

Observa-se que depois de uma ligeira queda, representada pelo período 1983 e 1984, os gastos do Tesouro recuperam-se e crescem com forte intensidade até 1989. A partir de 1986, com a passagem da CEME para o Ministério da Saúde, deixam de existir recursos federais transferidos para o Ministério da Previdência e Assistência Social para serem gastos com "produtos profiláticos e terapêuticos". Tal interrupção fica bastante clara no gráfico II, onde se observa que somente os recursos do Ministério da Saúde passam a responder por esse sub-programa.

Deve-se observar, ainda, que os recursos gastos com administração e pagamento de pessoal, tecnologia, pesquisa, etc., envolvidos com a atividade-fim "produção ou distribuição" de produtos profiláticos e terapêuticos devem estar incluídos neste total.

Já no caso do INAMPS, os recursos diretamente gastos com medicamentos aparecem no Programa de Trabalho "Assistência Médico-Sanitária", o qual inclui o sub-programa de trabalho

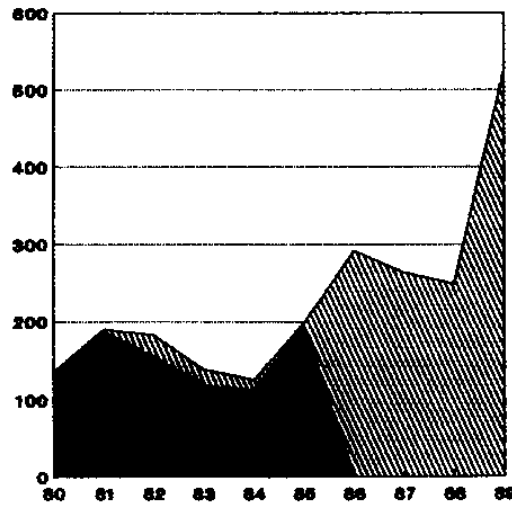
**I - GASTOS DO TESOIRO FEDERAL**  
**SUB-PROGRAMA DE PRODUTOS PROFILÁTICOS E TERAPEUTICOS**  
**BRASIL: 1980-1988**



— GASTOS DO TESOIRO

EM US\$ MILHOES DE 1988

**II - GASTOS DO TESOIRO FEDERAL COM O**  
**SUB-PROGRAMA DE PRODUTOS PROFILÁTICOS E TERAPEUTICOS**  
**POR TIPO DE MINISTERIO RESPONSVEL - BRASIL: 1980-1988**



■ MPAS    ▨ MIN. DA SAUDE

EM US\$ MILHOES

"Manutenção da Rede de Distribuição de Medicamentos". A evolução desses recursos pode ser vista na tabela III.2, que soma os recursos do Tesouro e os recursos do FPAS gastos diretamente com medicamentos.

TABELA III.2  
GASTOS FEDERAIS TOTAIS GASTOS DIRETAMENTE COM PRODUTOS  
PROFILATICOS E TERAPEUTICOS E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
BRASIL: 1981-1989  
(EM US\$ MILHOES)

ANOS	GASTOS DO TESOIRO COM PRODUTOS PROFILATICOS E TERAPEUTICOS	GASTOS DO INAMPS COM MANUTENCAO DA REDE DE DISTRIBUICAO DE MEDICAMENTOS	TOTAL
1981	189,8	133,8	323,6
1982	182,0	126,8	308,8
1983	138,4	90,5	228,9
1984	125,6	89,5	215,1
1985	199,5	120,5	320,0
1986	292,0	73,7	365,7
1987	263,8	151,0	414,8
1988	249,4	133,6	383,0
1989	525,2	287,7	813,2 (*)

FONTE: CSP/IPLAN/IPEA

(\*) - Inclui, além dos gastos no sub-programa "Manutenção da rede de distribuição de medicamentos", o desembolso com um sub-programa recém criado "Manutenção, aquisição e distribuição de medicamentos CEME para o SUDS".

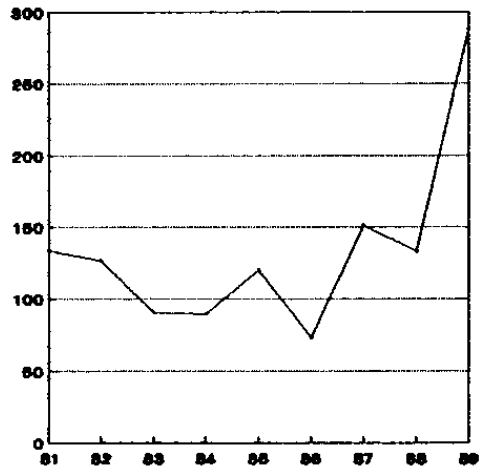
Ao longo dos anos oitenta, os gastos com manutenção da rede de distribuição de medicamentos do INAMPS foram sujeitos a muitas idas e vindas. Foram afetados negativamente pela crise econômica nos anos de 1983 e 1984 e, novamente tiveram quedas em 1986.

A agregação dos componentes "tesouro" e "FPAS" do gasto com medicamentos permite obter uma série de desembolso que tem crescido bastante nos últimos anos, particularmente em 1989, onde o gasto com medicamentos apresentou um crescimento bastante elevado. O gráfico IV mostra o desempenho da série de gastos federais com medicamentos e seus dois componentes.

Vale ainda comentar a participação do gasto com medicamentos no total do gasto com saúde, ao nível do setor público federal. Neste particular, vale dizer que as despesas com produtos profiláticos e terapêuticos sempre representaram importante parcela do gasto do tesouro com saúde, variando entre

III - GASTOS DO INAMPS COM MEDICAMENTOS

BRASIL, 1981-1989

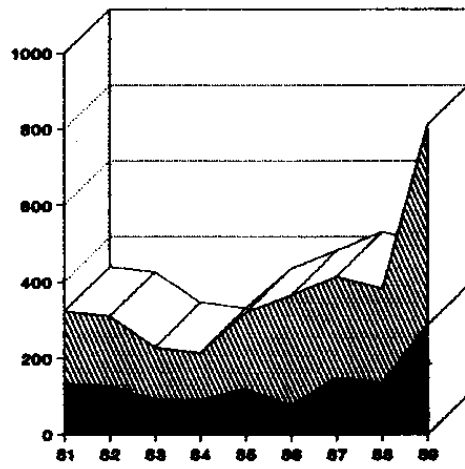


— GASTOS DO INAMPS

EM US\$ MILHOES

IV- GASTOS FEDERAIS TOTAIS C/ MEDICAMENTOS

BRASIL, 1981-1989



■ GASTOS DO INAMPS    ▨ GASTOS DO TESOURO

EM US\$ MILHOES

11% e 19% ao longo do período 1981-1989 (tabela III.3)

Já no que diz respeito aos gastos diretos do INAMPS com a manutenção da rede de distribuição de medicamentos, pode-se dizer que a proporção tem sido historicamente bem menor, variando de 1,2% para 3,3% ao longo da década. O valor mais alto foi atingido recentemente, em 1989.

TABELA III.3  
PARTICIPAÇÃO DO GASTO COM MEDICAMENTOS  
NO GASTO COM SAÚDE: TESOIRO, FPAS E TOTAL - BRASIL: 1980-1989  
(Em percentuais)

ANOS	FONTES DE RECURSOS CONSIDERADAS		
	TESOIRO (1)	FPAS (INAMPS) (2)	TOTAL (3)
1980	14,3	-	-
1981	19,2	2,3	4,7
1982	16,3	2,1	4,3
1983	14,5	1,9	4,0
1984	14,4	1,8	3,6
1985	15,9	2,1	4,7
1986	17,8	1,2	5,0
1987	12,8	1,7	3,9
1988	10,8	1,6	3,8
1989	16,9	3,3	7,2

FONTE: CSP/IPLAN/IPEA

Assim, o gasto com medicamentos como parcela do gasto federal total em saúde tem sido, em média, em torno de 4,6%. Seu ponto mais alto também ocorreu em 1989, quando chegou a 7,2% do gasto federal total com saúde.

Por fim, cabe analisar, em linhas gerais como tem se comportado o gasto com medicamentos da CEME como proporção do gasto federal total com medicamentos. Observa-se que esta participação tem sido crescente, situando-se acima de 50% há pelo menos quatro anos.

Embora os dados relacionados a este capítulo sejam preliminares, eles revelam que a magnitude do orçamento da CEME nos gastos diretos com medicamentos não é tão pequena como tem sido apontado por outros autores.

Resta dizer, no entanto, que mesmo que nos gastos do INAMPS com serviços privados contratados, que chegavam a US\$ 2,1 bilhões em 1989, estão embutidas as despesas pagas com medicamentos utilizados por estes serviços. Assim, acredita-se que o cômputo dos gastos indiretos com medicamentos poderá

TABELA IV  
 PARTICIPAÇÃO DO ORÇAMENTO CEME  
 NOS GASTOS FEDERAIS TOTAIS COM MEDICAMENTOS - BRASIL: 1981-1989  
 (EM US\$ MILHOES)

ANOS	GASTOS FEDERAIS COM MEDICAMENTOS (1)	ORÇAMENTO DA CEME (2)	(2)/(1) (%)
1981	323,6	128,0	39,6
1982	308,8	123,0	39,8
1983	228,9	136,9	59,8
1984	215,1	96,1	44,7
1985	320,0	153,5	48,0
1986	365,7	254,0	69,5
1987	414,8	229,1	55,2
1988	383,0	205,5	53,7
1989	813,2	482,4	59,3

demonstrar que a despesa pública deste setor é muito superior ao efetivamente registrado.



#### IV - FINANCIAMENTO E GASTO PÚBLICO COM MEDICAMENTOS NO BRASIL: O CASO DA CEME

##### IV.1 - Introdução

Os dados relacionados ao mercado farmacêutico no Brasil, mostram que, em 1989, ele representava algo em torno de US\$1,6 bilhões (ALFOB, 1990). Neste mesmo ano, o orçamento da CEME chegou a US\$ 0,48 bilhões. Considerando que deste orçamento, a quase totalidade (cerca de 96%) tem sido destinada a aquisição e distribuição de medicamentos, verifica-se que a CEME foi responsável por menos de 29% do gasto nacional com medicamentos.

No entanto, as informações disponíveis sobre este assunto são muito precárias. Recente levantamento feito pelo Conselho de Desenvolvimento Industrial (CDI), citado por ROSENFELD (1989) mostrava que o sistema governamental era responsável por 36,1% dos medicamentos consumidos no país, enquanto o sistema privado consumia os 63,9% restantes. No interior do sistema governamental, a CEME respondia por 7,2% do consumo, enquanto o INAMPS detinha 25% do mesmo. Tal informação pode conter duplas contagens, dado que o INAMPS tem sido um dos principais consumidores dos produtos distribuídos pela própria CEME em sua rede de serviços.

Dadas essas circunstâncias, trabalharemos com a hipótese de que a CEME, em função do crescimento substancial dos recursos por ela utilizados nos últimos anos, tem sido responsável por mais da metade dos gastos públicos com medicamentos do país. A análise de suas receitas e de suas despesas representa, dessa forma, o conhecimento do principal componente de gasto da política governamental para o setor farmacêutico.

Nos três primeiros anos da década de oitenta, o mercado farmacêutico crescia a taxas bem elevadas (tabela 4.2). Partindo de um faturamento estimado em 1,5 bilhões de dólares em 1980, ele ultrapassa a casa dos US\$ 2,0 bilhões no ano de 1982. Este valor representou o maior faturamento da indústria de medicamentos ao longo de toda a década. O aprofundamento da recessão nos anos de 1983 e 1984 fez com que o mercado de medicamentos no Brasil retornasse aos níveis mais baixos que os vigentes em 1980 (ver tabela 4.2 e gráfico III).

A partir de 1985 e até 1987, a recuperação econômica que caracterizou os primeiros anos da Nova República representou uma retomada do crescimento desse mercado, o qual voltou a se contrair a partir de 1988, quando a inflação volta a crescer a níveis assustadores e o crescimento econômico volta a dar fortes sinais de esgotamento.

A tabela 4.1 e os gráficos I e II mostram o movimento

do faturamento e do consumo de medicamentos no Brasil, no período 1985-1989.

TABELA 4.1  
MERCADO FARMACEUTICO NO BRASIL  
FATURAMENTO E NUMERO DE UNIDADES VENDIDAS  
1985-1989

ANO	FATURAMENTO BRUTO (EM US\$ MILHOES)	NUMERO DE UNIDADES VENDIDAS (EM MILHOES)
1985	1.585,6	1.021,2
1986	1.689,7	1.144,5
1987	1.909,7	1.648,0
1988	1.608,6	1.450,3
1989	1.588,7	1.380,2

FONTE: ALFOB, 1990

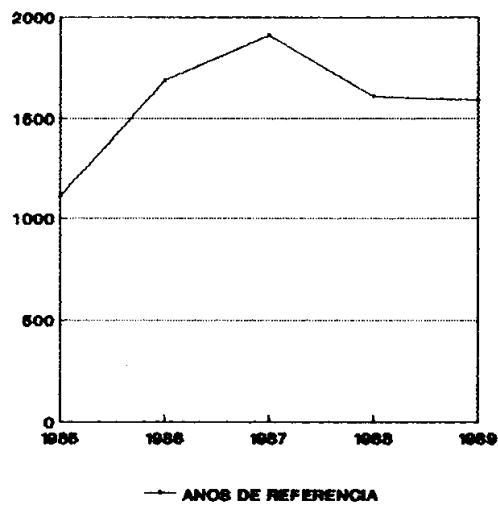
Ao longo dos anos oitenta, a CEME vem aumentando progressivamente sua participação no mercado nacional de medicamentos, como pode ser visto na tabela 4.2. Observa-se que o mercado CEME, que representava apenas 5,6% dos recursos gastos em medicamentos no país em 1980, passou em 1989 a englobar mais de 30% destes recursos. Tal participação se expande mais rapidamente a partir de 1986, apesar das constantes oscilações nos recursos provocadas pela instabilidade das fontes de financiamento.

TABELA 4.2  
PARTICIPACAO DA CEME NO MERCADO BRASILEIRO DE MEDICAMENTOS  
1980-1989

ANOS	MERCADO BRASILEIRO (EM US\$ MILHOES) (1)	MERCADO CEME (EM US\$ MILHOES) (2)	(2)/(1) (%)
1980	1529,3	85,5	5,6
1981	1846,4	128,0	6,9
1982	2006,8	123,0	6,1
1983	1488,0	136,9	9,2
1984	1448,8	96,1	6,4
1985	1585,6	153,5	9,7
1986	1689,7	254,0	15,0
1987	1909,7	229,1	11,9
1988	1608,5	205,5	12,7
1989	1588,7	482,4	30,3

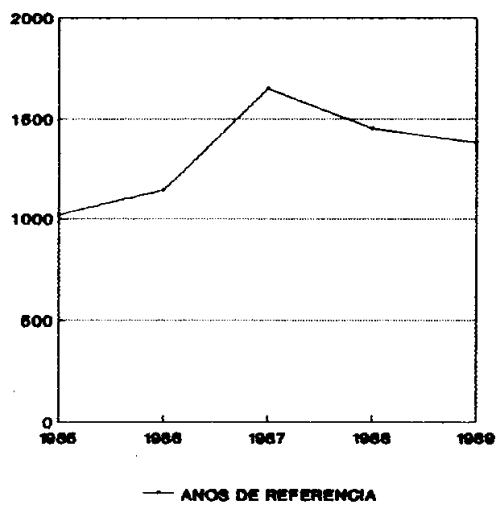
FONTE: ALFOB, 1990.

**I - MERCADO FARMACÊUTICO  
BRASIL: 1985-1989**



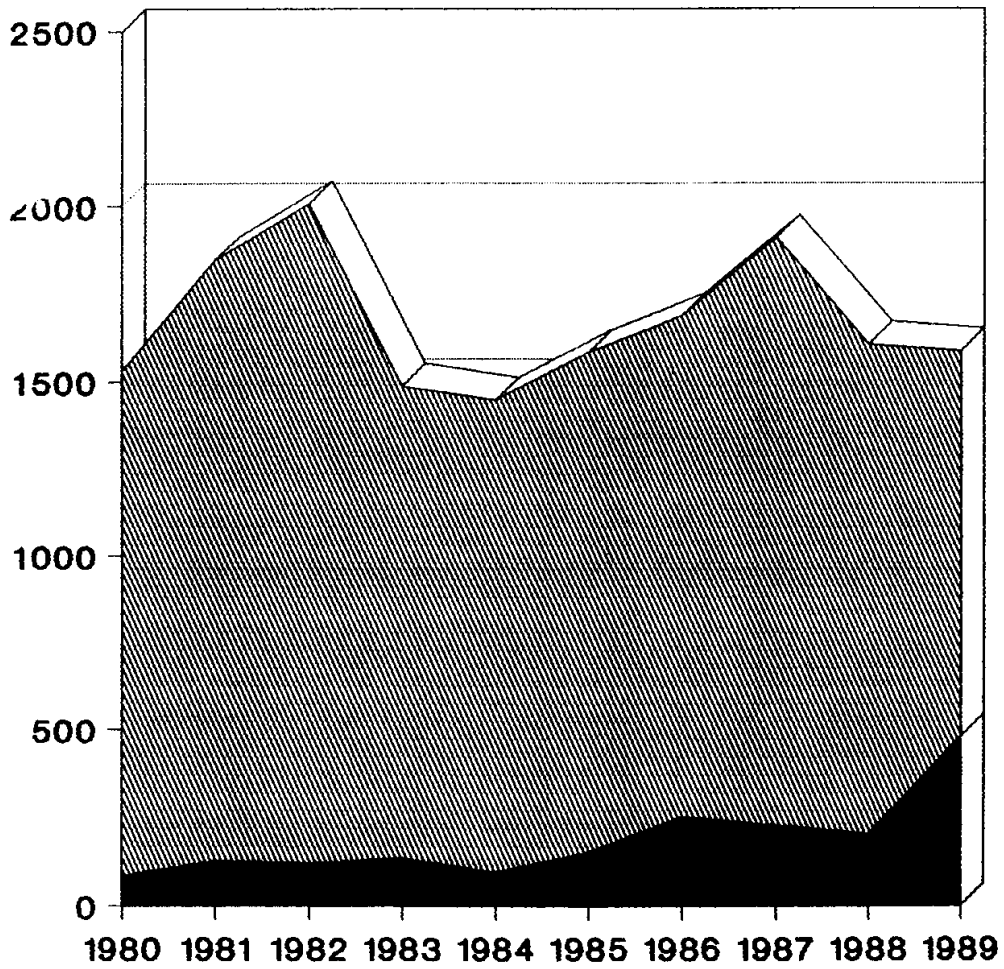
FATURAMENTO EM US\$ MILHÕES

**II - MEDICAMENTOS VENDIDOS  
BRASIL: 1985-1989**



EM MILHÕES DE UNIDADES

**III - MERCADO FARMACÊUTICO BRASILEIRO  
E PARTICIPAÇÃO DA CEME NESTE MERCADO  
BRASIL: 1980-1989**



■ MERCADO CEME    ▨ MERCADO BRASILEIRO

EM US\$ MILHÕES

Em que pese tal instabilidade no que diz respeito ao financiamento, os recursos postos a disposição da CEME crescem de forma bastante rápida desde sua criação. Basta dizer que os gastos da CEME em 1989 são mais de 42 vezes superiores aos registrados em 1972, ano em que a referida instituição começou a operar.

Em 1989 a CEME gastou US\$ 482,4 milhões no desempenho de seus programas. A tabela 4.3 e o gráfico IV mostram que em vários momentos ocorreu uma redução real dos recursos desembolsados a título dos programas da CEME.

TABELA 4.3  
EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO GLOBAL DA CEME  
BRASIL: 1972-1989

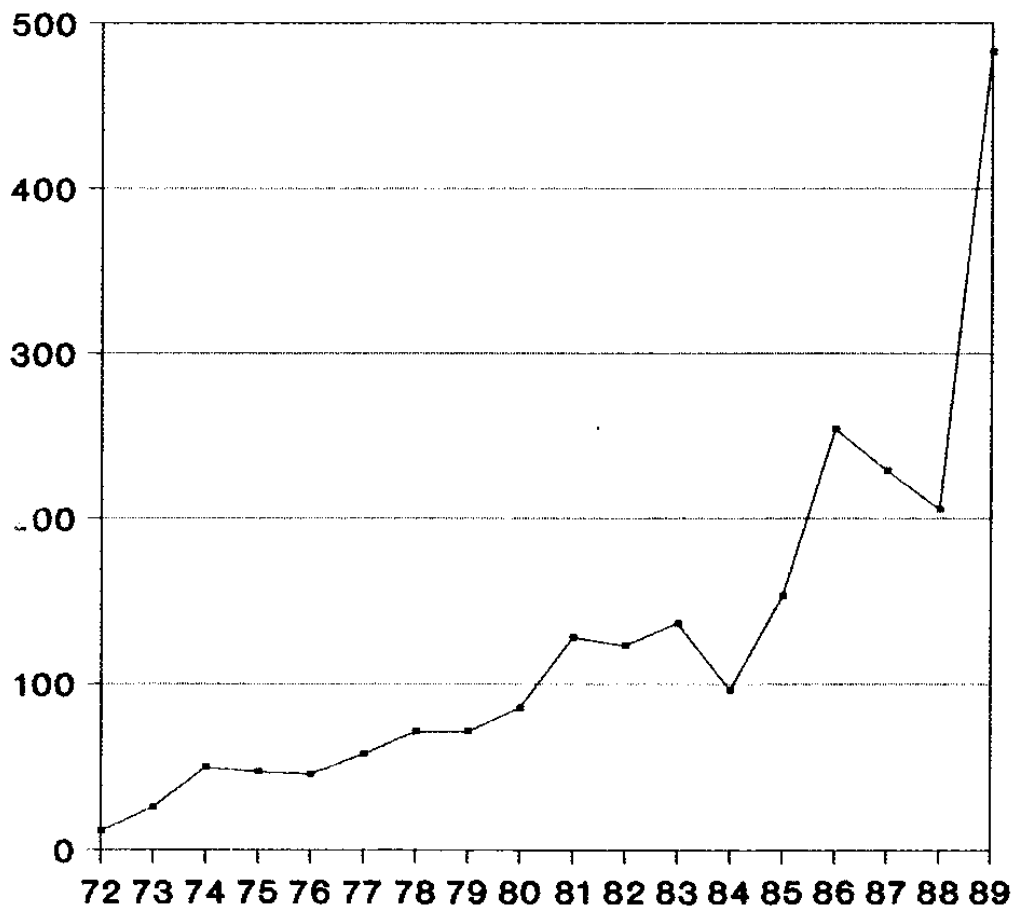
ANOS	VALORES (EM US\$ MILHOES)	ANOS	VALORES (EM US\$ MILHOES)
1972	11,0	1981	128,0
1973	25,7	1982	123,0
1974	49,5	1983	136,9
1975	46,8	1984	96,1
1976	45,3	1985	153,5
1977	57,6	1986	254,0
1978	70,9	1987	229,1
1979	70,9	1988	205,5
1980	85,5	1989	482,4

FONTE: ALFOB, 1990

A queda dos recursos do período 1974-1976 está associada a uma indefinição dos rumos da CEME antes de sua entrada do Ministério da Previdência e Assistência Social quando seus recursos voltam a crescer em função da necessidade de suprir a demanda por medicamentos do INAMPS.

Uma nova redução dos recursos volta a ocorrer entre 1981 e 1982, e posteriormente em 1984, desta vez associada ao período recessivo da economia naquele momento. Entre 1985 e 1986 os recursos da CEME crescem fortemente como decorrência da recuperação da economia nos primeiros anos da Nova República. Sua redução em 1987 e 1988 está associada, certamente, as indefinições administrativas que tem caracterizado a gestão deste órgão nos anos mais recentes.

# IV-CEME: ORÇAMENTO EVOLUÇÃO 1972-1989



—●— ORÇAMENTO DA CEME

EM US\$ MILHÕES

#### IV.2 - As Fontes de Recursos da CEME

A instabilidade do desempenho financeiro da CEME, pode ser vista mais claramente a partir das suas fontes de recursos. A tabela 4.4 e o gráfico V, evidenciam que os dois principais sustentáculos das receitas da CEME, os recursos da União e da previdência social apresentaram grandes oscilações entre 1972 e 1989.

Entre 1972 e 1975, o maior financiador da CEME foi o Orçamento da União. Nos anos de 1972 e 1973, as chamadas "outras receitas", dentre as quais os recursos provenientes dos Ministérios Militares, foram importantes fontes de recursos para o setor. A partir de 1974, crescem em importância os recursos provenientes das fontes previdenciárias, o que se cristaliza mais fortemente em 1976, quando a CEME passou a integrar a estrutura do MPAS.

Entre 1976 e 1984, período no qual a CEME foi um dos órgãos integrantes do SINPAS, os recursos previdenciários foram a maior fonte de sustentação financeira daquele órgão. Mas a partir de 1985, quando a CEME passou para a estrutura do Ministério da Saúde, esta situação se inverte novamente. Entre 1985 e 1988 os recursos do tesouro da União voltaram a ser a principal fonte para alimentar os programas da CEME.

Com o advento da Nova Constituição, em 1988, os fundos da previdência aumentam substancialmente como fonte de recursos da CEME, passando a representar quase 80% do orçamento daquela instituição.

Ao longo desses quase vinte anos vale destacar o papel esporádico de algumas fontes de financiamento. Os recursos orçamentários do Ministério da Saúde foram importantes no final dos anos setenta e em alguns momentos dos anos oitenta, embora tal participação fosse totalmente instável e oscilante. Com a passagem da CEME para o Ministério da Saúde, esses recursos automaticamente passam a financiar as ações desse órgão.

A participaçãoPHo de outros órgãos federais foi sempre residual, embora os hospitais universitários tenham, em alguns momentos, demandado medicamentos distribuídos pela CEME.

Vale destacar, ainda, a participação dos Estados no financiamento das ações da CEME, a qual aumenta no início dos anos oitenta, especialmente a partir dos convênios feitos entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais a título do programa de Ações Integradas de Saúde. No ano de 1984, tal participação chegou a 22%, representando, naquele ano de crise, a segunda principal fonte de sustentação financeira da CEME.

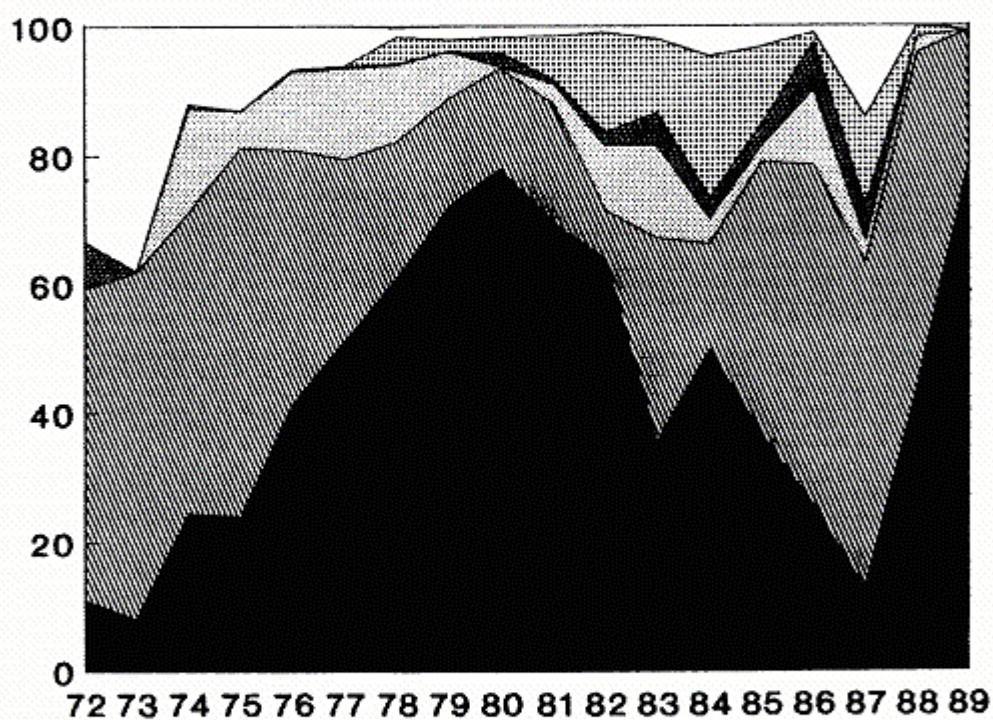
TABELA 4.4  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA RECEITA DA CEME  
SEGUNDO A ORIGEM DA RECEITA: 1972-1989

ANO	RECURSOS DA UNIAO	RECURSOS DA PREV. SOCIAL	RECURSOS DO MIN. SAUDE	OUTROS OR- Gaos FED.	CONVENIOS C/ ESTADOS	OUTRAS RE- CEITAS
1972	46,5	11,0	-	7,2	-	35,3
1973	53,9	8,0	-	0,2	-	37,9
1974	46,8	24,5	16,0	0,1	0,5	12,1
1975	57,2	24,0	5,6	0,1	-	13,1
1976	39,3	41,5	12,1	0,4	0,1	6,6
1977	28,2	51,3	14,0	0,2	0,1	6,2
1978	21,1	61,3	11,8	0,2	4,2	1,4
1979	16,0	72,0	7,2	0,1	1,7	2,2
1980	15,7	77,8	0,2	2,2	2,4	1,7
1981	18,4	69,5	3,1	0,8	6,4	1,6
1982	7,6	63,9	10,0	2,0	15,5	1,0
1983	31,7	35,5	14,3	5,0	11,5	2,0
1984	16,5	49,7	3,9	3,2	22,0	4,7
1985	42,4	36,5	2,5	3,2	12,1	3,3
1986	52,7	25,7	11,6	7,4	1,5	1,1
1987	59,8	12,4	3,5	5,2	13,9	14,2
1988	52,0	42,4	2,3	-	1,8	-
1989	20,9	76,3	-	-	-	0,8

FONTE: ALFDES, 1989



# V-RECEITA DA CEME 1972-1989



PREVIDÊNCIA
  UNIÃO
  M. SAÚDE

OUT. FED.
  ESTADOS
  OUT. RECEITAS

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO A ORIGEM

O Orçamento da Seguridade Social, criado com a nova Constituição Federal, em 1988, poderá representar a grande fonte de sustentação financeira da CEME (1).

Pode-se dizer, ainda, que a perspectiva de descentralização federal dos recursos e das ações de saúde deverá estar associada (pelo menos em tese) a uma maior participação das esferas locais (Estados e Municípios) na execução dos programas de saúde. Nesse sentido, deveriam aumentar os recursos destas esferas no conjunto das fontes de financiamento da CEME.

#### IV.3 - Os Usos dos Recursos da CEME

No que diz respeito as despesas, vale comentar que a CEME nunca destinou aos programas de aquisição e distribuição de medicamentos uma participação inferior a 83% do total de seus recursos aplicados, conforme pode ser visto na tabela 4.5

TABELA 4.5  
PARTICIPAÇÃO DA DESPESA COM AQUISIÇÃO E  
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO TOTAL DAS DESPESAS DA CEME  
BRASIL: 1972-1989

ANOS	PARTICIPACAO (EM PERCENTUAIS)	ANOS	PARTICIPACAO (EM PERCENTUAIS)
1972	83,4	1981	97,9
1973	94,9	1982	97,1
1974	87,7	1983	93,8
1975	86,3	1984	94,9
1976	88,7	1985	93,7
1977	96,0	1986	92,4
1978	93,9	1987	94,0
1979	96,0	1988	91,2
1980	96,3	1989	95,6

FONTE: ALFOB, 1990

(1) - O orçamento da seguridade social é composto por recursos das contribuições compulsórias da Previdência (folha de salários, contribuições individuais e lucro das empresas), bem como recursos das contribuições sociais sobre o faturamento das empresas (FINSOCIAL, PIS/PASEP) e recursos do orçamento do Tesouro.

Verifica-se, no entanto, pela análise dos resíduos da tabela 4.5, que o período no qual a CEME esteve atrelada ao SINPAS, foi onde a despesa com aquisição e distribuição de medicamentos atingiu seus níveis mais elevados, dado que este órgão funcionou quase como um Departamento privilegiado de compras de medicamentos para as atividades executadas a cargo do INAMPS.

A evolução e a distribuição das demais despesas pode ser visualizada na tabela 4.6 e nos gráficos 6 e 7. Observa-se que o crescimento destas despesas, especialmente a partir de 1985, está associado mais ao crescimento dos recursos postos a disposição da CEME do que a qualquer decisão de modificar a distribuição interna dos recursos da instituição.

Assim, na partilha dos recursos, as despesas com distribuição e aquisição de medicamentos aparecem como um patamar bem alto e quase fixo. As demais despesas passam de US\$ 1,8 para US\$ 21,2 milhões entre 1972 e 1989, como mostra o gráfico 6.

A distribuição interna dos recursos com as demais despesas pode ser sub-dividida em quatro itens, a saber:

- Pesquisa e Desenvolvimento;
- Controle de Qualidade;
- Modernização Administrativa;
- Coordenação e Manutenção.

Passaremos a chamar esses gastos de "despesas com outras atividades". Embora elas não estejam voltadas para a distribuição e compra de medicamentos, elas representam em muitos casos, importantes atividades no conjunto do papel da CEME, tais como "pesquisa e desenvolvimento" e "controle de qualidade". Atividades dessa natureza permitem tomar decisões estratégicas para o setor.

Os gastos com Coordenação e Manutenção representaram as mais altas despesas da CEME, descontados os com aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, eles tem oscilado muito ao longo do tempo. Depois de chegarem ao patamar de 60%, nos anos 1978-1980, eles caem progressivamente para o patamar de 20% a 25% (entre 1985-1987). Nos anos mais recentes eles se elevaram para o patamar de 35%. Esses gastos compreendem os programas de administração, custeio e pagamento de pessoal da CEME.

Seguem-se em importância os gastos com Pesquisa e Desenvolvimento que, excluindo-se o ano de 1987 (quando chegaram a 65%), nunca ultrapassaram os 39% do total das despesas com outras atividades. Nos anos mais recentes eles tem representado menos de 30% do orçamento da CEME.

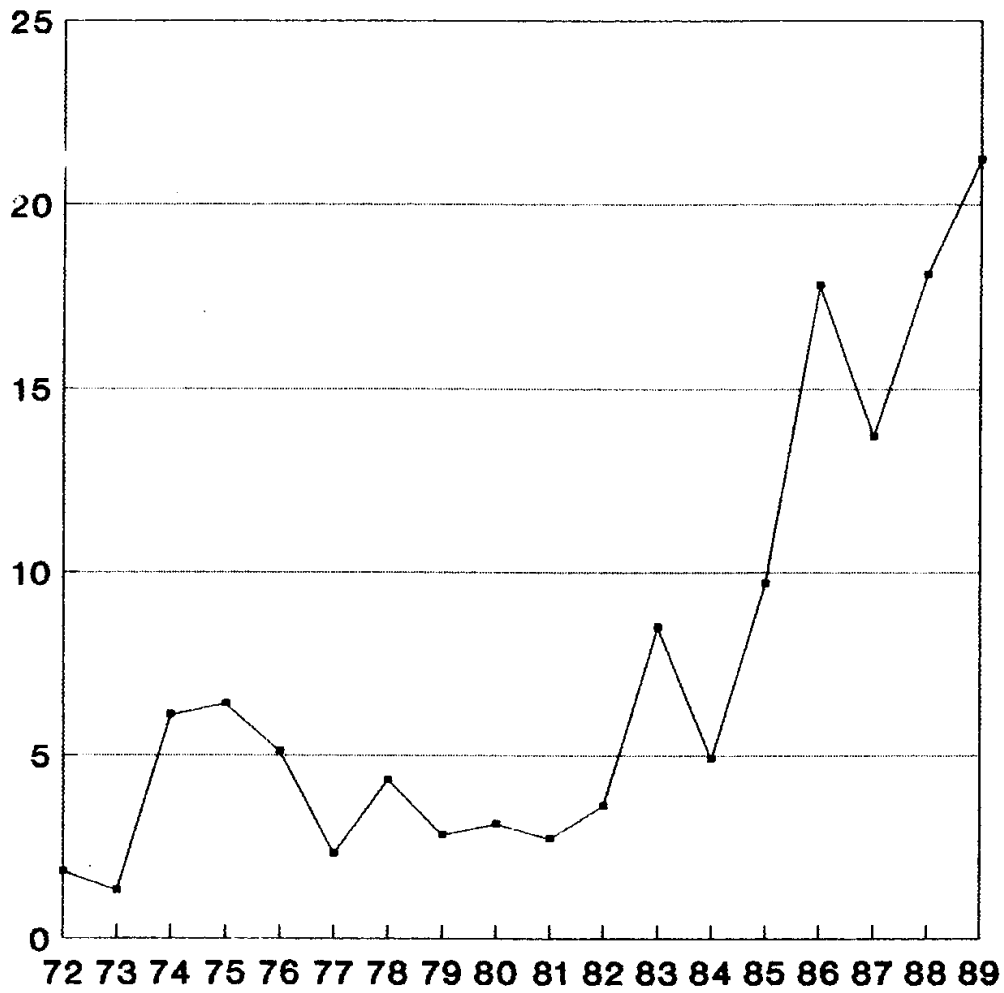
Os gastos com controle de qualidade tem sido sempre residuais. Representam em média, menos de 5% das despesas com outras atividades. Nos anos recentes sua participação tem sido mais elevada.

TABELA 4.6  
 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DA CEME (EXCLUSIVE AQUISIÇÃO  
 E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS)  
 BRASIL: 1972-1986

ANOS	VALOR DAS DESPESAS (EM US\$ MILHÕES) (100%)	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FUNÇÃO			
		PESQUISA E. DESENVOLVIM.	CONTROLE DE QUALIDADE	MODERNIZ. ADMINIST.	COORDEN. E MANUTENÇÃO
1972	1,8	34,9	4,2	20,5	40,4
1973	1,3	35,3	9,8	23,5	31,4
1974	6,1	41,5	3,3	22,8	32,4
1975	6,4	39,7	1,5	27,0	32,8
1976	5,1	32,5	0,9	34,5	32,1
1977	2,3	37,5	2,5	55,0	5,0
1978	4,3	23,0	1,6	16,4	59,0
1979	2,8	30,0	2,5	10,0	57,5
1980	3,2	18,9	2,7	16,2	62,2
1981	2,7	33,3	4,8	14,3	47,6
1982	3,6	31,0	6,9	17,2	44,9
1983	8,5	29,0	1,6	32,3	37,1
1984	4,9	15,7	2,0	37,3	45,0
1985	9,7	30,2	1,6	47,6	20,6
1986	17,8	36,8	3,9	36,8	22,5
1987	13,7	65,0	3,3	8,3	23,4
1988	18,1	21,6	4,5	38,6	35,3
1989	21,2	28,3	2,3	36,4	33,0

FONTE: Relatórios de Atividade CEME

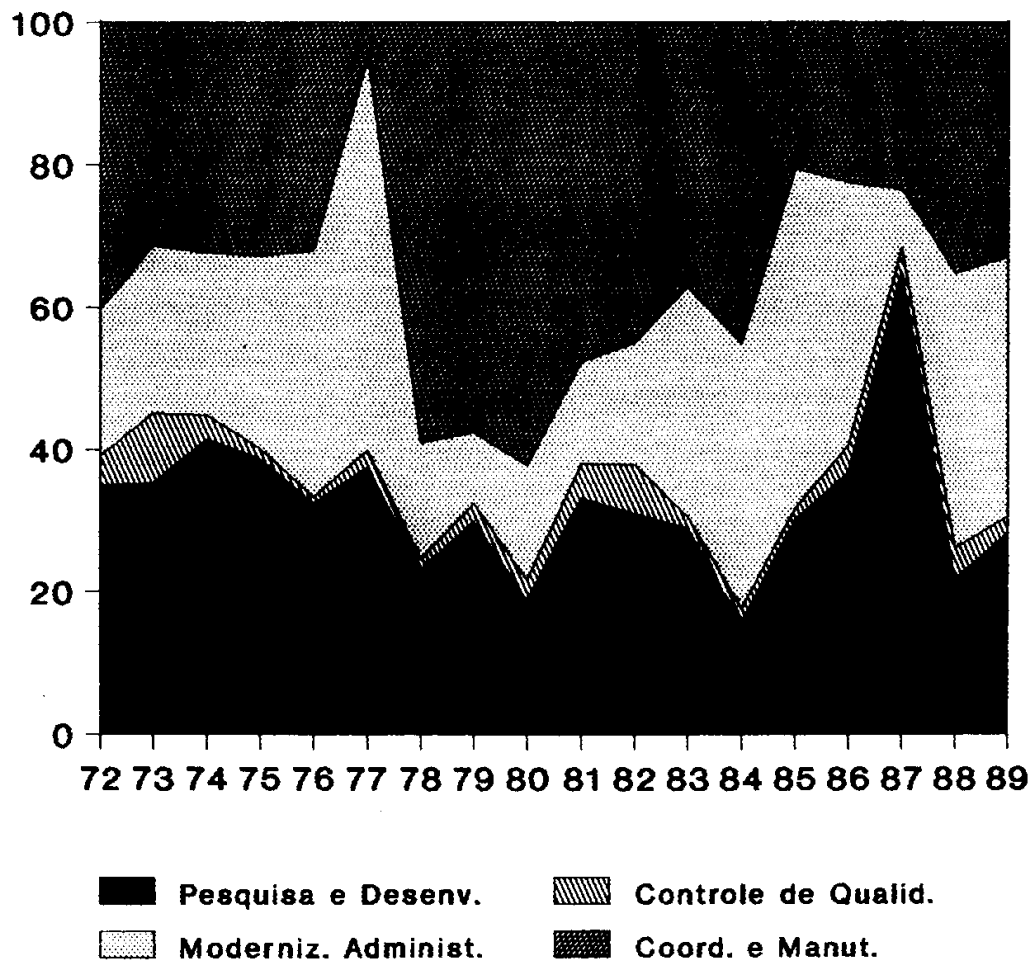
**VI. - EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DA CEME  
(EXCLUSIVE COM AQUISICAO E DISTRIBUICAO DE MEDICAMENTOS)  
BRASIL: 1972-1989**



**ANOS DE REFERÊNCIA**

**EM MILHÕES DE DOLARES CORRENTES**

VII - EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DA CEME (EXCLUSIVE AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS) POR TIPO DE DESPESA: BRASIL 1972-1989



DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

Já os gastos com modernização administrativa, apesar de sua oscilação, tem variado de 10% a 55% das despesas com outras atividades desde a criação da CEME. Estes gastos destinam-se, na maior parte, a modernização das unidades de distribuição de medicamentos da própria CEME ou da rede externa de distribuição, do setor público estadual e municipal, como almoxarifados, farmácias, dispensários, etc.

A distribuição média das receitas e despesas da CEME, ao longo do período 1972-1989 pode ser visualizada nos gráficos VIII e IX. No que diz respeito as receitas, os recursos da Previdência Social representaram 44%. Já no que tange aos gastos, as despesas com outras atividades não absorveram, em média, mais do que 7% dos recursos da CEME neste mesmo período.

#### IV.4 - Os Gastos com Pesquisa e Desenvolvimento

O apoio ao desenvolvimento tecnológico é um dos objetivos primordiais da CEME. Consta de seu Plano Diretor desde 1971, quando foi criada a instituição. Entre 1972 e 1989, os gastos da CEME com o apoio ao desenvolvimento tecnológico na área de medicamentos aumentam mais de 10 vezes, chegando a mais de 6 milhões de dólares naquele último ano (ver gráfico 10).

Apesar do expantoso crescimento, a cifra apresentada tem sido considerada medíocre pela maior parte dos especialistas no assunto. A ALFOB (2), instituição porta-voz do posicionamento da rede de Laboratórios Oficiais do Brasil, considera esta cifra muito modesta, frente aos efetuados por Governos de países como o México que, mesmo tendo metade da população brasileira, investiu, entre 1972 e 1985 US\$ 39,3 milhões contra os US\$ 16,5 milhões desembolsados pela CEME no mesmo período. No entanto, entre 1986 e 1989, o gasto acumulado da CEME com pesquisa e desenvolvimento chegou a US\$ 26,5 milhões, ou seja, 60% a mais do que o desembolsado cumulativamente nos 13 anos anteriores

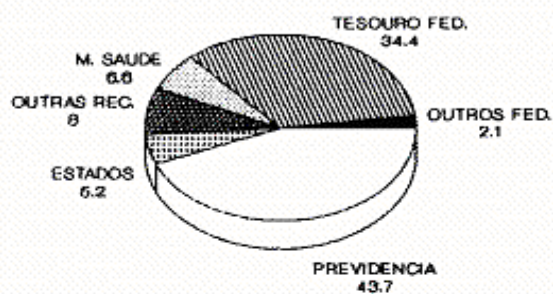
Boa parte dos recursos aplicados pela CEME em Desenvolvimento Científico e Tecnológico tem sido canalizados para a CODETEC ou para as pesquisas a cargo dos Laboratórios Privados Nacionais. Os recursos tem sido voltados para Pesquisa em Fármacos ou em Plantas Medicinais. O primeiro destes campos representa uma grande lacuna na indústria nacional (3), enquanto o segundo apresenta grande potencialidade, dada a diversidade e riqueza da flora medicinal brasileira.

---

(2) - ALFOB - Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil.

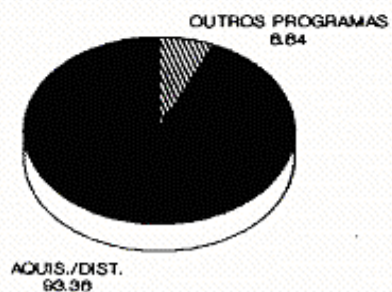
(3) - A produção nacional de fármacos não chega a representar 10% do mercado brasileiro destes produtos, segundo as estimativas vigentes.

VIII  
**RECEITA DA CEME**  
MÉDIA 72/89



DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FONTE

IX  
**DESPESAS DA CEME**  
MÉDIA 72/89

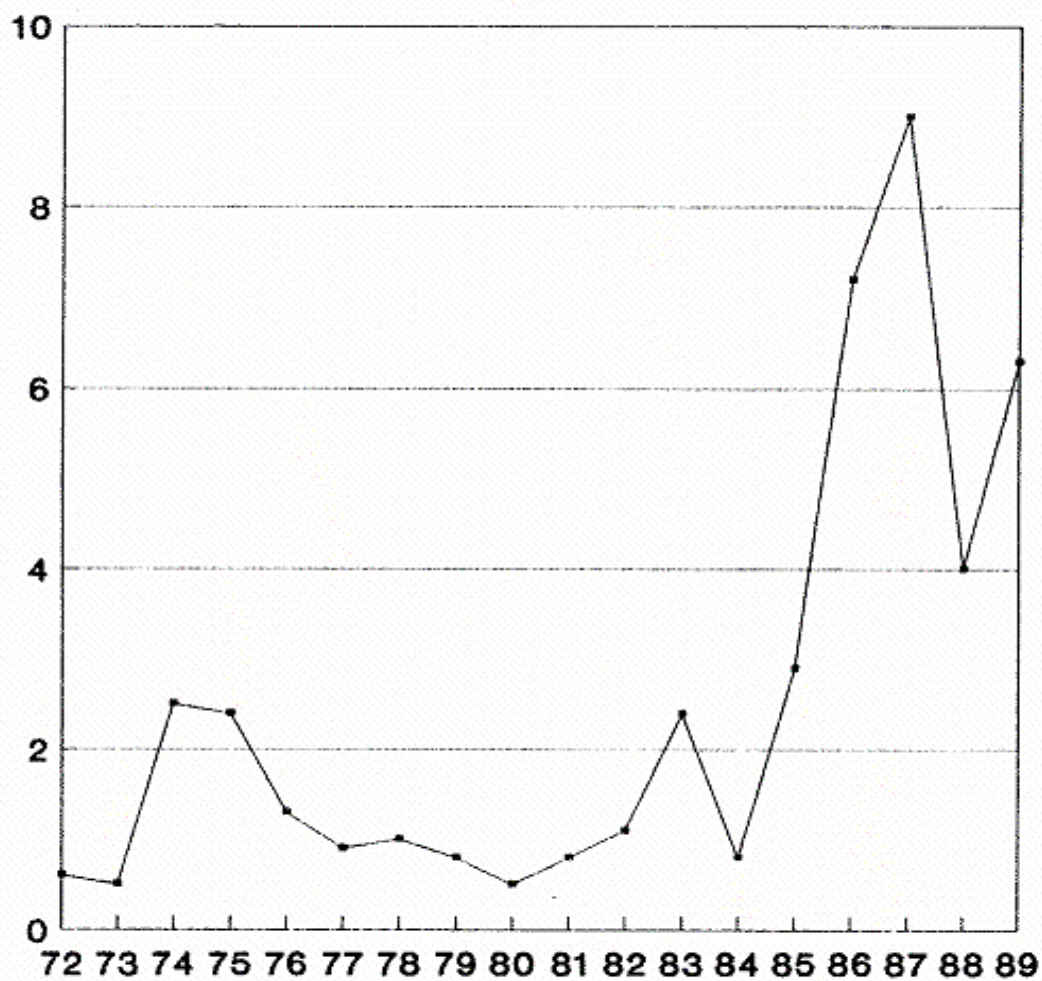


EM PORCENTUAGEM



**X - EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM PESQUISA E DESENVOLVIMENTO**

**CEME: 1972-1989**



—■— Gastos

**EM US\$ MILHÕES**

A formação de quadros de pesquisa no campo dos medicamentos tem sido também apontada como insuficiente para garantir a utilização de recursos maiores do que os efetivamente aplicados pela CEME.

Além dessas deficiências, a crise institucional do setor público no Brasil tem impedido que órgãos como a FINEP, no campo do financiamento a pesquisa, ou como a FIOCRUZ, no campo da pesquisa aplicada, não tenham recursos para desenvolver projetos adequados neste campo, que possam ser úteis no sentido de transferir tecnologia a indústria farmacêutica nacional.

#### 5 - Os Gastos com Controle de Qualidade em Medicamentos

Este programa tem se desenvolvido basicamente através de convênios entre as faculdades de farmácia e a CEME, tendo possibilitado, ao longo do tempo, reaparelhar algumas dessas faculdades para tal atividade.

Os gastos com controle de qualidade de medicamentos da CEME tem sido apontados como insuficientes para que tal programa seja eficaz. Os recursos acumulados desembolsados pelo Programa, entre 1972 e 1989 não chegam a compor US\$ 4 milhões. A distribuição desses recursos pode ser observada no gráfico XI.

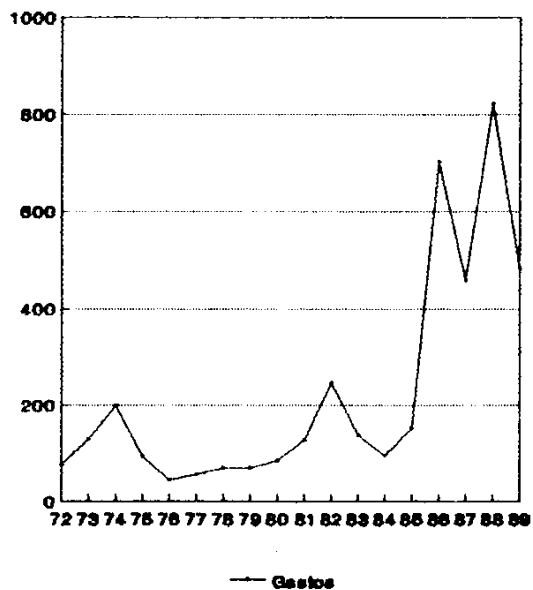
Assim, apesar da importância destas atividades, especialmente no que se refere a padronização de técnicas, garantia da qualidade dos produtos e aperfeiçoamento de pessoal, a forma de operação da CEME tem feito com que alguns setores a considerem insuficiente. O aumento da taxa de aprovação dos lotes inspecionados, nos últimos anos, pode estar representando um envelhecimento das rotinas e procedimentos utilizados para controle de qualidade, os quais há muito tempo não são revistos.

#### IV.6 - Modernização Administrativa

Por modernização administrativa entende-se basicamente a modernização das unidades operacionais, as quais compreendem as seguintes unidades:

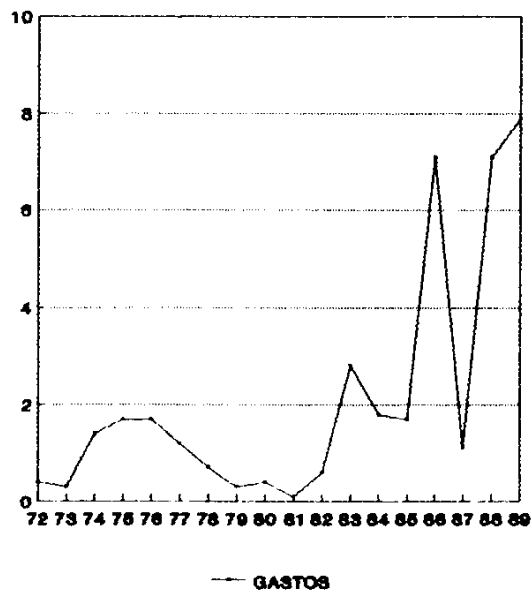
- unidades de distribuição (almoxarifados);
- unidades de produção (laboratórios oficiais);
- laboratórios de controle de qualidade no sistema de referência;
- informática.

XI - EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM CONTROLE DE QUALIDADE  
 CEME: 1972-1988



EM US\$ MIL

XII - EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM MODERNIZAÇÃO  
 CEME: 1972-1988



EM US\$ MILHÕES

Os recursos aplicados neste programa, os quais sempre foram relativamente pequenos até 1985, crescem fortemente a partir de 1986 (apesar de 1987) alcançando quase US\$ 8 milhões em 1989 (ver gráfico XII).

As principais queixas quanto ao destino destes recursos ligam-se, primeiramente, ao fato de serem insuficientes. Em segundo lugar, à forma clientelista de sua distribuição, na medida em que não existe nenhuma política traçada que procure criar normas e procedimentos para tal.

Ao mesmo tempo, a CEME não tem elaborado critérios para a modernização destas atividades, o que faz com que grande parte dos recursos sejam aplicados em projetos de reforma sem atender as especificações mínimas necessárias às suas finalidades.

#### IV.7 - Os Gastos com Aquisição e Distribuição de Medicamentos

Como foi visto anteriormente, mais de 93% dos recursos do orçamento da CEME são absorvidos por este programa. Esses recursos são destinados à compra de medicamentos, os quais provêm de quatro fontes básicas:

- Laboratórios Oficiais Estatais;
- Laboratórios Privados Nacionais;
- Laboratórios Privados Multi-nacionais;
- Importação.

Uma média desta distribuição ao longo de todo o período, mostra que os Laboratórios Oficiais tem sido os principais fornecedores de medicamentos da CEME, na medida em que remetem 61,8% das compras daquele órgão. Em segundo lugar, aparecem os laboratórios multinacionais (20,8%), seguidos dos laboratórios privados nacionais (15,4%) e das importações (2,8%).

Desde 1985 tem ocorrido algumas alterações neste quadro. Os Laboratórios Oficiais e os multi-nacionais tem reduzido sua participação, enquanto que os privados nacionais aumentam sua fatia no bolo. Ao mesmo tempo, vale mencionar que desde 1983 que a CEME não importa medicamentos, utilizando somente a produção realizada no território nacional.

Um exemplo destas transformações pode ser visto no ano de 1988, quando as compras CEME foram assim distribuídas: 45,5% laboratórios oficiais; 46,7% laboratórios privados nacionais e 7,8% laboratórios multinacionais.

TABELA 4.7  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PRODUÇÃO DA CEME  
SEGUNDO A ORIGEM DOS MEDICAMENTOS: 1972-1988

ANOS	ORIGEM DOS MEDICAMENTOS			
	LABORATORIOS OFICIAIS	LABORATORIOS PRIV. NAC.	LABORATORIOS MULTI-NAC.	IMPORTACAO
1972	73,6	7,9	18,5	-
1973	74,9	7,8	10,9	6,4
1974	48,0	16,5	25,0	10,5
1975	64,1	7,9	11,8	16,2
1976	77,0	7,5	12,8	2,7
1977	55,5	6,2	36,4	1,9
1978	56,8	11,7	29,8	1,7
1979	70,6	7,3	21,3	0,8
1980	60,9	8,5	28,3	2,3
1981	55,8	9,0	32,4	2,8
1982	62,4	9,8	24,8	3,0
1983	63,9	14,6	21,5	-
1984	62,6	13,8	23,6	-
1985	66,3	13,3	20,4	-
1986	53,8	36,1	10,1	-
1987	44,6	37,2	18,2	-
1988	45,5	46,7	7,8	-

FONTE: Relatórios de Atividade da CEME.

Os dados mais recentes mostram que no ano de 1989 a participação dos laboratórios oficiais deve ter se reduzido ainda mais, ou seja, para um patamar de 25% (ALFOB, 1989). Grande parte desta redução deve-se fato de que os Laboratórios Oficiais não atendem a demanda governamental em tempo hábil para a distribuição. Os Laboratórios Oficiais, por sua vez, dizem que a CEME atraza a divulgação do plano de distribuição, o que dificulta a produção em tempo hábil.

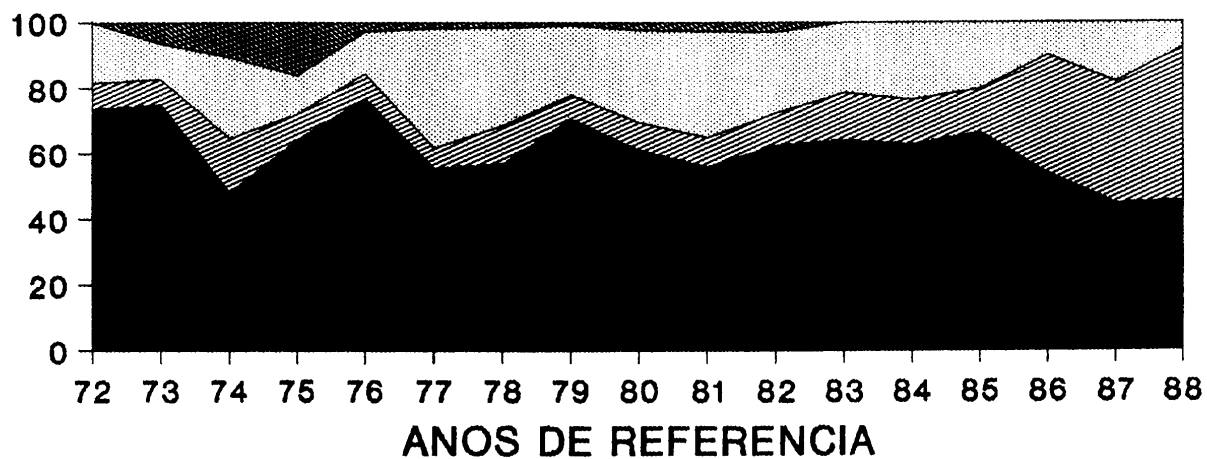
No que diz respeito a distribuição de medicamentos, pode-se dizer que boa parte dos medicamentos adquiridos (especialmente os da rede de laboratórios oficiais) é distribuída diretamente para as áreas consumidoras sem passar pelos depósitos e almoxarifados da CEME.

No entanto, a partir de 1988/1989 foram colocados em operação três almoxarifados "reguladores" por parte da CEME: o de Curitiba, o de Goiás e o do Distrito Federal.

Esses almoxarifados tem sido duramente criticados pois, além de dificultarem uma política de descentralização da distribuição, tem sido utilizados para distribuir medicamentos segundo critérios políticos e não de acordo com as necessidades

# XIII - COMPRAS DA CEME 1972-1988

## DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL



■ LAB OFICIAIS  
□ LAB. ESTRANG.

▨ LAB. PRIV. NAC.  
▩ IMPORTAÇÕES

## DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL NO TEMPO

de cada região.

Admimite-se, neste caso, que a relação custo benefício destes almoxarifados é muito alta, dado que, mesmo funcionando em condições normais, o custo de manutenção dos mesmos é extremamente elevado.

## V - A QUESTÃO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS E A POLÍTICA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS

Boa parte das normas sobre controle de medicamentos existentes nos países da América Latina tem como referência recomendações da Organização Panamericana da Saúde, elaboradas na década de setenta. No início desta década, os gastos governamentais totais com o controle de medicamentos nos 22 países latino-americanos e no Caribe não ultrapassavam 3,4 milhões de dólares, ou seja, US\$ 1,7 por cada US\$ 1000,00 de medicamentos consumidos na Região.

Um diagnóstico elaborado pela OPS nesta mesma época sobre a atividade de controle de medicamentos naquela Região, chegou a conclusões pessimistas sobre o desempenho desta atividade:

- carência de pessoal especializado para tais atividades;
- discrepância quanto aos prazos de validade dos distintos medicamentos utilizados;
- em geral são analisadas as amostras entregues pela própria indústria farmacêutica, e não aquelas retiradas do conjunto de medicamentos disponíveis nas redes de distribuição;
- as instalações utilizadas para controle de qualidade são precárias e pouco equipadas para dar resultados seguros sobre as análises feitas;
- a legislação sobre o assunto é em geral extensa, pouco clara e em alguns casos contraditória e o esforço de fiscalização é praticamente inexistente em alguns países.

Foi com base nestas deficiências que a OPS realizou em Maracay, Venezuela entre 15 a 20 de novembro de 1970 o primeiro Seminário sobre Controle de Drogas, de onde foram estabelecidas uma série de recomendações.

No Brasil, a CEME, tendo sido criada em 1971, ou seja, um ano após este seminário, teve grande influência das recomendações que dali surgiram. No entanto, como muitos outros países capitalistas de menor desenvolvimento, a comercialização de medicamentos no Brasil atravessou os anos sessenta e setenta, sendo marcada mais pelas leis de mercado do que pelo poder regulador do Estado.

Segundo ROSENFELD (1989), o órgão central encarregado do registro e fiscalização da produção e venda de medicamentos, nos anos sessenta, denominava-se "Serviço Nacional de



Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMM), a qual elaborou uma série de regulamentações e normas isoladas sobre o assunto.

A partir dos os anos setenta, o Ministério da Saúde estabeleceu alguns critérios para a regulamentação da venda de medicamentos, tais como as tarjas vermelha e preta, utilizadas nas embalagens, que simbolizam as respectivas exigências de receituário. Foi nesta década que foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, tal como se encontra estruturada nos dias de hoje.

Em 1978 foi criada a Câmara Técnica de Medicamentos, que tinha por objetivo investigar os agravos a saúde causados pelo uso inadequado destes, bem como os efeitos nocivos não conhecidos propiciado pelo uso de drogas habitualmente consumidas.

Sendo assim, a legislação brasileira sobre o consumo de medicamentos, nos anos oitenta, pode ser enquadrada no modelo de tipo I, que contempla:

- a existência de uma agência central com estrutura apropriada para assumir as responsabilidades sobre o registro e controle da fabricação, importação, exportação, distribuição, rotulagem, informação e promoção de fármacos;
- a existência de um serviço de inspeção de empresas, coleta de amostras, para exames em institutos de controle de qualidade, comissões técnicas;
- a possibilidade de aplicar penalidades e demais procedimentos legais estabelecidos para o caso de infrações e irregularidades;
- a atribuição conferida a autoridade apropriada de baixar atos referentes aos vários assuntos contemplados nas leis fundamentais" (ROSENFELD, 1989).

A atual legislação de medicamentos ainda contempla elementos de países social e economicamente mais avançados, como é o caso da elaboração de **listas padronizadas de medicamentos essenciais** e a possibilidade de retirar de circulação medicamentos comprovadamente nocivos à saúde. A legislação brasileira prevê a revisão quinquenal dos registros de medicamentos, dado que eles só são, em tese, válidos por cinco anos, tendo que ser revisados quinquenalmente (dec. 79.094/77).

O que distingue a legislação brasileira da existente em muitos países desenvolvidos é justamente a sua pouca aplicação em situações concretas. Na maior parte das nações, a legislação surge a partir do costume ou da consciência de amplos segmentos

sociais da necessidade da sua aplicação.

No Brasil, a lei antecede o costume e, com isso, dificulta a prática. As leis relacionadas com a vigilância sanitária exigem um mínimo de aparelhamento dos órgãos centrais e regionais de fiscalização, o que efetivamente não ocorre no caso do Brasil.

#### V.1 - O Caso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

A RENAME existe no Brasil desde 1974, quando foi formulado o Plano Diretor da Central de Medicamentos (CEME), tendo em vista orientar a política do Governo para a assistência farmacêutica. Ela deveria servir para indicar o arsenal terapêutico adequado e suficiente para o tratamento e prevenção das doenças prevalentes na população brasileira.

A RENAME conta hoje com uma lista de 378 substâncias ativas, embora acredita-se que um número menor fosse necessário para suprir as carências do quadro nosológico da população. Dentre os principais problemas relacionados a RENAME, podem ser destacados:

a) **Sua escassa influência no consumo e na produção de medicamentos.** No consumo, pode-se dizer que somente 63% da classe médica, em pesquisa realizada pela CEME em 1986, sabiam da sua existência. Desses a maior parte não conhecia os itens que a compunham. No caso da produção, destaca-se que a existência da RENAME nunca foi incentivo para orientar a política industrial do setor farmacêutico brasileiro.

Dos projetos apoiados pelo Governo no campo da produção de medicamentos, uma boa parte não constava da RENAME. No próprio mercado governamental de medicamentos existente em 1986, 57% correspondia a utilização de medicamentos fora da padronização representada pela RENAME. Estes medicamentos eram adquiridos diretamente pelas diferentes instituições contratadas pelo INAMPS para a prestação de assistência médica a sua clientela (1). Tal fato desmoraliza a própria lista no interior das instâncias de produção e distribuição.

b) **A Desarticulação entre os Diversos componentes do Sistema Unificado de Saúde,** que não se integram no sentido de aperfeiçoar e adequar a RENAME ao seu uso cotidiano;

---

(1) - Esses dados contam da publicação "Medicamentos Essenciais: Os Caminhos da Autonomia". Documento proposta elaborado pela CEME e publicado pela mesma em janeiro de 1987.

c) A precária infra-estrutura de armazenamento e dispensação, agravada pela escassez de recursos humanos qualificados (o farmacêutico) no interior das unidades de saúde. Isto traz constantes desperdícios e perdas de medicamentos em função do controle inadequado dos prazos de validade e das condições de acondicionamento dos produtos;

d) A inadequação da programação das necessidades locais de medicamentos, tanto por parte da CEME como por parte das Secretarias de Saúde, que não se empenham em planejar tais necessidades sem observar os parâmetros de morbidade e o quadro nosológico da Região;

e) Ausência de preocupação governamental em atualizar a RENAME, o que dificulta ainda mais a sua credibilidade junto aos distintos órgãos produtores e distribuidores de medicamentos, tanto no setor público, como no privado.

Assim, conforme tem apontado a ALFOB, "o que se verifica na prática é a existência de uma RENAME desmoralizada junto à classe médica e a outros profissionais de saúde, em função principalmente da pouca divulgação, da ausência física dos medicamentos nas unidades de saúde e também em função do atraso na revisão da listagem em questão" (ALFOB, 1990).

## V.2 - A Farmácia Básica da CEME

Uma das tentativas da CEME em corrigir estas distorções existentes na RENAME, especialmente ao nível do consumo de medicamentos voltados para o atendimento simplificado nas classes de mais baixa renda, foi a criação da "Farmácia Básica", a qual busca, dentro da precariedade das condições necessárias ao conhecimento das reais demandas por medicamentos, racionalizar o atendimento primário.

A Farmácia Básica é um módulo-padrão de suprimento, composto por produtos selecionados da RENAME que permitem o tratamento mais comum das doenças da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o atendimento ambulatorial. Ela foi elaborada a partir de estimativas de morbidade e de esquemas padronizados de tratamento ambulatorial para distintas regiões do país. Na elaboração da "Farmácia Básica", entidades como as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) foram consultadas. O resultado final de todo este processo foi a elaboração de módulos que constavam de 48 tipos de medicamentos em 63 apresentações, acondicionados em quantidade suficiente para atender uma população de 3.000 habitantes durante 6 meses.

Em 1986, ano em que se iniciou o programa, apenas 3.370 dos 4.600 municípios brasileiros foram contemplados com as

farmácias básicas. As descontinuidades nos anos posteriores impediram que esse programa tivesse um desempenho mais satisfatório. Em 1989 o programa beneficiou 50 milhões de pessoas.

### V.3 - Perspectivas para o Governo Collor de Mello

Um dos objetivos da atual gestão da CEME é "atualizar dinamicamente e promover a RENAME" (MINISTERIO DA SAUDE/CEME, 1990). Certamente que este não é um objetivo a ser alcançado isoladamente.

A transformação da RENAME num efetivo instrumento de política normativa de medicamentos requer a criação de mecanismos de aquisição e suprimento de medicamentos essenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS) num contexto que quebre a centralização da coordenação federal da produção, aquisição e distribuição destes medicamentos, a qual tem se tornado ineficaz nestes últimos anos.

Para tal, é necessário que o Governo Federal apoie os Estados na reestruturação de suas redes físicas de assistência farmacêutica, bem como desenvolva, em conjunto com estas instâncias, programas de capacitação de recursos humanos voltados para reduzir as perdas e aumentar a eficácia da distribuição.

Esses objetivos estão, portanto, associados a uma estratégia de descentralização do papel executivo da CEME, e ao aumento de seu papel normativo e de fomento das ações que busquem maior racionalidade e eficácia da distribuição de medicamentos.

Dentre essas ações, destacam-se aquelas voltadas a tornar a RENAME de uso obrigatório na rede Governamental de Saúde e de serviços privados contratados em todos os níveis de Governo. Deve-se buscar, também divulgá-la mais intensamente junto aos profissionais de saúde.

Os cursos de nível superior e médio no setor saúde deveriam orientar os formandos a utilizar a RENAME em suas práticas futuras, tendo em vista serem estimulados a revisala e aperfeiçoá-la sempre quando necessário.

Tal processo de revisão e aperfeiçoamento da RENAME deveria estar, também no programa de todas as instituições de saúde do país para os próximos anos.

## VI - DISTRIBUIÇÃO E CONSUMO DE MEDICAMENTOS: COMO FICA A DESCENTRALIZAÇÃO

### VI.1 - O Consumo de Medicamentos no Brasil: Dados Recentes

Embora existam dados detalhados sobre a oferta de medicamentos no Brasil, pouco se sabe sobre o perfil da demanda. Tentando desvendar algumas informações sobre este tema, o IBGE, através de suplemento especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1988, coletou algumas informações de grande interesse sobre a realidade do acesso da população aos medicamentos.

A investigação foi feita de forma a tentar captar o consumo de medicamentos nos últimos 30 dias anteriores ao mês de referência da pesquisa: outubro de 1988, tomando como base somente o consumo de chefes de domicílio e cônjuges.

A tabela VI.1 mostra que no Brasil, 50,6% dos chefes de domicílio e cônjuges com mais de 18 anos de idade utilizaram medicamentos naquele mês. Tal taxa de utilização foi mais elevada nas regiões mais ricas do país (Sul e Sudeste) e menores nas regiões mais pobres (nordeste e centro-oeste). As taxas de utilização mais baixas foram encontradas no Nordeste e as mais altas na Região Sul (1)

Esta tabela, conjugada com o gráfico 1, pode mostrar ainda que, em Regiões pobres como o Nordeste, o menor consumo de medicamentos está associado ao nível de instrução (e provavelmente ao nível de renda). Assim, o consumo de medicamentos no Nordeste parte de um patamar baixo (38%), mas é ascendente com quando aumenta o nível de instrução.

Já nas Regiões mais ricas, ou com mais acesso à distribuição gratuita de medicamentos pela rede pública, o consumo de medicamentos dos grupos de menor instrução é maior do que o consumo dos níveis de instrução intermediária. Mas volta a crescer nos níveis de maior instrução. A pouca disponibilidade de dados sobre esse tema nos dificulta tecer maiores hipóteses explicativas.

---

(1) - Como o perfil etário da população do Sul e do Sudeste é mais envelhecido que o do Nordeste e do Centro-Oeste, é possível que o fator "idade" possa influenciar taxas mais altas de utilização de medicamentos. No entanto, os dados disponíveis não nos permitiram testar essa hipótese.

TABELA VI.1  
 TAXAS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
 DE CHEFES DE FAMÍLIA E CONJUGES POR ANOS DE ESTUDO  
 BRASIL E REGIÕES: 1988

(Em percentuais)

ANOS DE ESTUDO :	REGIÕES				
	BRASIL	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C. OESTE
TOTAL	50,6	42,1	53,4	58,1	47,1
S/INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO	47,2	37,9	56,3	60,4	48,0
1 A 4 ANOS	51,5	43,1	54,1	56,3	47,3
5 A 8 ANOS	51,4	47,6	50,9	59,0	44,7
9 A 11 ANOS	51,9	47,8	52,9	56,6	48,1
12 E MAIS	53,1	50,5	51,8	62,4	47,8

OBS1: Foi considerado o uso de medicamentos nos últimos 30 dias;

OBS2: Excluiu-se a Região Norte por conter somente informações das áreas urbanas.

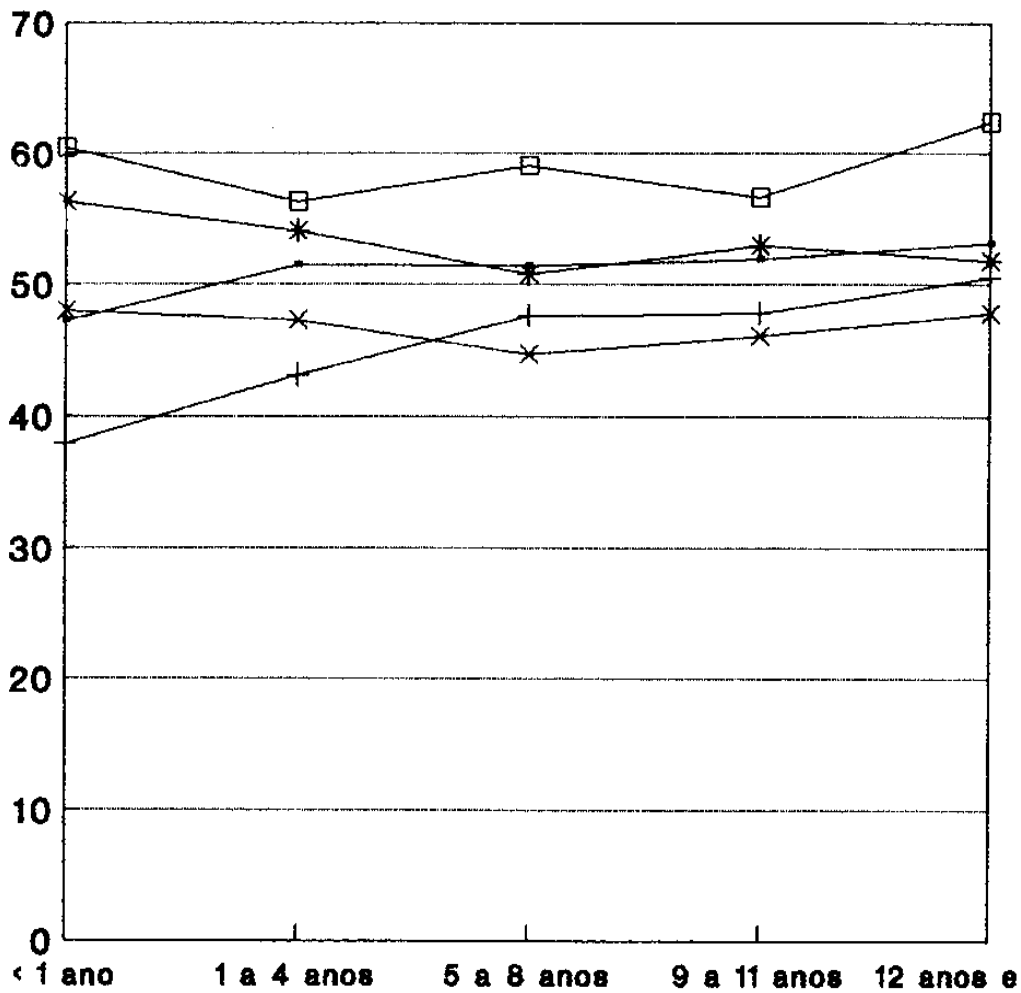
TABELA VI.2  
 DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS (CHEFES E CONJUGES)  
 QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS POR FONTE DE RECOMENDAÇÃO DO ÚLTIMO  
 MEDICAMENTO UTILIZADO: BRASIL E REGIÕES, 1988

FONTE DE RECOMENDAÇÃO :	REGIÕES				
	BRA	NE	SE	SUL	CO
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDICO	62,7	64,1	63,8	60,3	59,5
BALCÃO DE FARMÁCIA	5,9	7,4	5,4	4,9	7,9
CURANBEIRO	0,4	0,4	0,3	0,6	0,6
AMIGOS OU PARENTES	1,8	2,6	1,3	1,8	1,8
AUTO-MEDICAÇÃO	28,7	24,0	29,1	31,9	29,2
OUTRA FORMA E SEM DEC.	0,5	1,5	0,1	0,5	1,0

FONTE: PNAD, 1988

OBS: Foi excluída a Região Norte por pesquisar apenas as áreas urbanas.

**I - TAXAS DE UTILIZACAO DE MEDICAMENTOS  
POR NIVEL DE INSTRUCAO: BRASIL E REGIOES, 1988**



—●— BRASIL      —+— NORDESTE      —\*— SUDESTE  
 —□— SUL            —x— C. OESTE

**FONTE: PNAD 1988, SUPLEMENTO ESPECIAL**

A tabela VI.2 mostra a distribuição das pessoas que utilizaram medicamentos nos últimos 30 dias segundo a fonte de recomendação do medicamento. Verifica-se que as duas fontes principais são "médico" (62,7%) e auto-medicação (28,7%). Apesar da primeira ser sempre hegemônica, o peso das duas varia conforme a Região. Assim, o médico como fonte de recomendação é mais forte no Nordeste (64,1%) e menor no Centro-Oeste (59,5%). Quanto a "auto-medicação" ela atinge maior peso no Sul (31,9%) e menor no Nordeste (24%).

A utilização de balcão de farmácia como fonte de recomendação também é frequente, atingindo maiores proporções no Nordeste e no Centro-Oeste. As demais fontes são claramente residuais.

Quando se observa a fonte de recomendação de medicamentos por classes de renda, verifica-se que:

a) A fonte "médico" é crescente até 1 salário mínimo, decrescente entre 1 e 5 salários mínimos e novamente crescente entre 5 e 10 salários mínimos;

b) A auto-medicação é crescente de acordo com o nível de renda. Pessoas com renda inferior a 1/2 salário mínimo tem na automedicação 24,3% das fontes de recomendação, enquanto para aquelas com renda superior a 10 salários mínimos a auto-medicação representa 32,3% dos casos;

c) O uso do "balcão de farmácia como fonte de recomendação é mais comum nas classes de mais baixo rendimento, podendo-se dizer o mesmo com relação a fonte "curandeiro", apesar de sua pequena expressão.

A idade também pode ser considerada como outro fator que influencia o consumo de medicamentos segundo a fonte de recomendação. O médico, embora sempre seja a fonte hegemônica, é mais importante como fonte nas faixas etárias mais jovens (18-24 anos) e mais velhas (mais de 45 anos). Nos grupos intermediários de idade, diminui um pouco a influência do médico como fonte de recomendação e aumenta a "auto-medicação". Já o balcão de farmácia é claramente decrescente com a idade. A tabela VI.4 e o gráfico 2 evidenciam este movimento.

A análise das fontes de recomendação por sexo permite revelar que, entre os homens, a automedicação e o uso do balcão de farmácia são mais frequentes do que entre as mulheres. Entre estas a recomendação médica é bem mais elevada do que entre os homens, no que diz respeito ao uso de medicamentos.

Por fim, analisando-se a fonte de recomendação por nível de instrução do usuário de medicamentos, pode-se verificar que os diferenciais por escolaridade são menores do que os encontrados por sexo, idade ou renda. Mesmo assim observa-se que o uso da recomendação médica é mais importante para os grupos de maior e menor escolaridade e menos para os de menor



TABELA VI.3  
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS (CHEFES E CONJUGES)  
QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS POR FONTE DE RECOMENDAÇÃO  
DO ÚLTIMO MEDICAMENTO E RENDA: BRASIL, 1988

FONTE DE RECOMENDAÇÃO	CLASSES DE RENDA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)								
	TOTAL	ATE 1/2	1/2 A 1	1 A 2	2 A 3	3 A 5	5 A 10	+ DE 10	S/REND
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MEDICO	62,7	63,9	65,6	59,6	59,5	58,3	60,7	62,2	65,4
BALCAO DE FARMACIA	5,9	7,2	6,3	7,1	6,3	6,6	5,0	3,3	5,4
CURANDEIRO	0,4	0,7	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4
AMIGOS OU PARENTES	1,8	2,9	2,0	2,1	2,1	1,6	1,2	1,3	1,5
AUTO-MEDICACAO	28,7	24,3	25,1	30,2	31,3	32,8	32,4	32,3	26,8
OUTRA E SEM DECLARACAO	0,5	1,0	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,9	0,6

FONTE: PNAD, 1988

TABELA VI.4  
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS (CHEFES E CONJUGES)  
QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS, POR FONTE DE RECOMENDAÇÃO DO  
ÚLTIMO MEDICAMENTO E IDADE: BRASIL, 1988

FONTE DE RECOMENDAÇÃO	GRUPOS DE IDADE					
	TOTAL	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 59	60 - +
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MEDICO	62,7	61,0	56,8	57,6	65,4	74,1
BALCAO DE FARMACIA	5,9	6,9	6,3	6,0	5,7	5,1
CURANDEIRO	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
AMIGOS E PARENTES	1,8	2,2	1,7	1,7	1,8	1,7
AUTO-MEDICACAO	28,7	28,9	34,2	33,7	26,1	18,1
OUTRA E SEM DECLARACAO	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6

FONTE: PNAD, 1988

TABELA VI.5  
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS (CHEFES E CONJUGES)  
QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS, POR FONTE DE RECOMENDAÇÃO  
ULTIMO MEDICAMENTO E SEXO: BRASIL, 1988

FONTE DE RECOMENDACAO	SEXO		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	100,0	100,0	100,0
MEDICO	62,7	56,5	66,8
BALCAO DE FARMACIA	5,9	7,6	4,9
CURANDEIRO	0,4	0,4	0,4
AMIGO OU PARENTE	1,8	2,3	1,4
AUTO-MEDICACAO	28,7	32,6	26,1
OUTRA E S/DECLARACAO	0,5	0,6	0,4

FONTE: PNAD, 1988

TABELA VI.6  
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS (CHEFES E CONJUGES)  
QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS, POR FONTE DE RECOMENDAÇÃO E  
ULTIMO MEDICAMENTO E ANOS DE ESTUDO: BRASIL, 1988

FONTES DE RECOMENDACAO	TOTAL	ANOS DE ESTUDO		
		< 1	1 A 4	5 A 8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
MEDICO	62,7	63,4	62,7	61,4
BALCAO DE FARMACIA	5,9	8,1	6,8	4,8
CURANDEIRO	0,4	0,6	0,4	0,3
AMIGOS OU PARENTES	1,8	2,4	1,6	1,8
AUTO-MEDICACAO	28,7	24,6	28,2	31,3
OUTRA E SEM DECLARACAO	0,5	0,9	0,5	0,4

FONTE: PNAD 1988

escolaridade. Destaca-se, porém que a automedicação aumenta de forma diretamente proporcional ao nível de estudo.

Um outro suplemento especial - o da PNAD 1986 avaliou, em grandes linhas, a distribuição gratuita de remédios no país. Dos 14,8 milhões de pessoas que utilizaram serviços de saúde no ano de 1986, 11,8 milhões tiveram prescrição de medicamentos na base das receitas médicas. Destes 1,7 milhões receberam todos os medicamentos gratuitamente, 1,3 milhões recebeu parte dos medicamentos gratuitamente e 8,7 milhões não receberam nenhum medicamento. A tabela VI.7 mostra estes dados ao nível das distintas regiões brasileiras.

TABELA VI.7  
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
PARA AS PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE  
BRASIL E REGIÕES, 1986

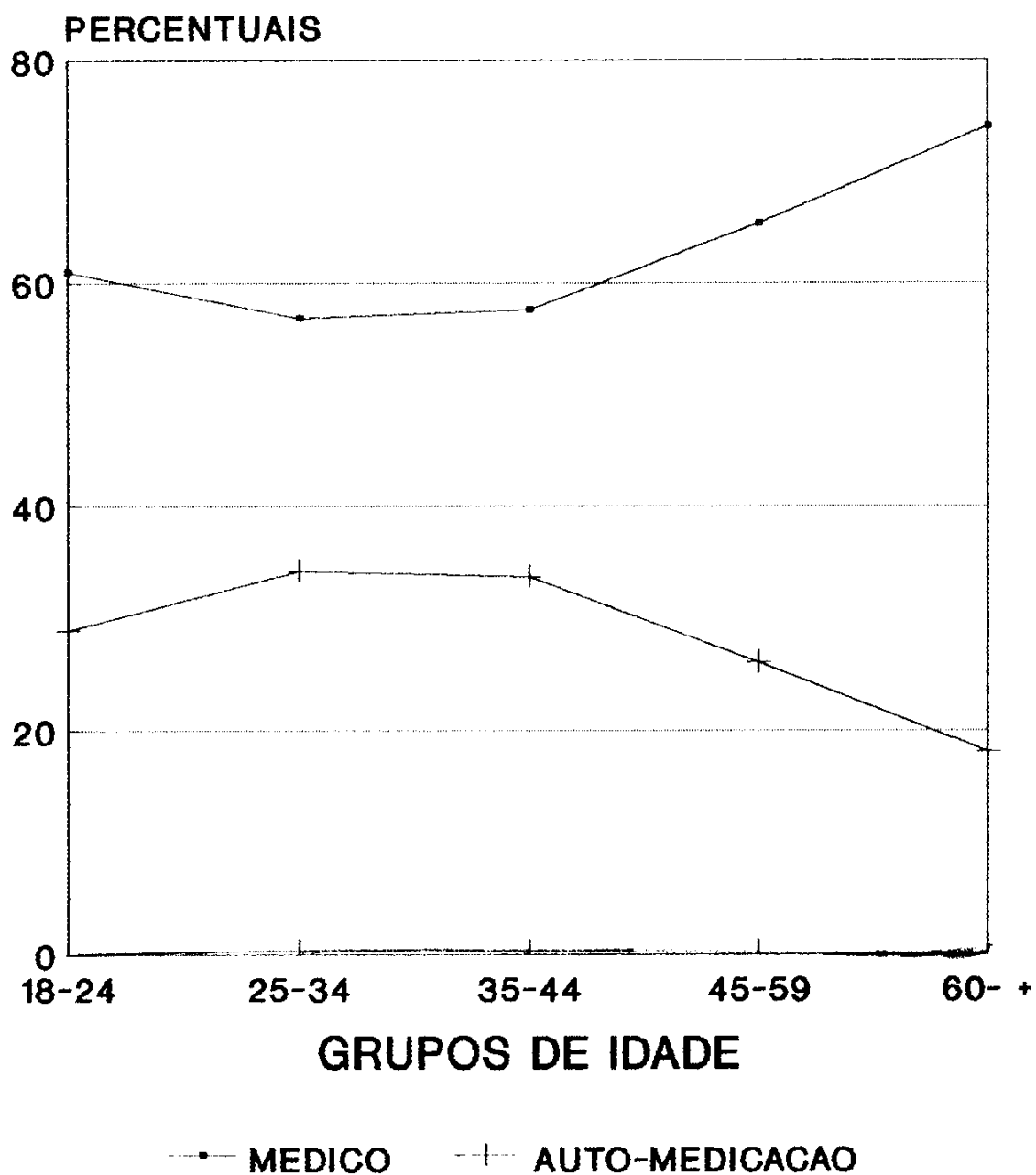
REGIÕES	PESSOAS SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RECEBIMENTO DE REMÉDIOS			
	TOTAL	TODOS (%) GRATUITAMENTE	PARTE (%) GRATUITAMENTE	NENHUM (%)
BRASIL	11.779.824	14,6	11,3	74,1
NORTE	349.935	11,6	16,6	71,7
NORDESTE	3.027.597	19,5	13,8	66,7
SUDESTE	5.770.617	12,3	9,4	78,3
SUL	1.756.796	14,3	11,2	74,5
C. OESTE	874.889	11,9	10,9	77,2

FONTE: PNAD, 1986

Esta tabela evidencia que a distribuição gratuita de medicamentos atende ainda uma parcela muito pequena da população. Quase 3/4 das pessoas que utilizaram serviços de saúde e tiveram prescrição de receita médica em 1986 não receberam medicamentos gratuitamente. Como o setor público responde por quase 60% dos serviços ambulatoriais do país, pode-se dizer que boa parte do setor público não se encontra coberta pela rede de distribuição gratuita de medicamentos.

A tabela VI.7 mostra que as Regiões Norte e Nordeste são as que, proporcionalmente, tem maior cobertura de distribuição gratuita de medicamentos por serviço de saúde utilizado. Isto evidencia que, mesmo insuficiente, a ação de distribuição gratuita de medicamentos tem-se pautado por um certo distributivismo. Estes dados ficam mais fáceis de se analisar quando se observa a distribuição dos medicamentos comparada com a distribuição de serviços de saúde que demandaram prescrição de medicamentos. Em 1986, 40,2% dos recursos da CEME para

**II - PERCENTAGEM DAS PESSOAS QUE UTILIZARAM MEDICAMENTOS  
POR FONTE DE RECOMENDACAO PARA O USO, BRASIL - 1988**



**FONTE: PNAD, 1988**

distribuição gratuita de medicamentos foram alocados no Nordeste. Considerando-se que esta Região representou 25,7% das consultas com prescrição médica do país, verifica-se o caráter redistributivo da ação da CEME, dado que a Região Nordeste é a mais carentes do país. Analogamente, o Sudeste recebeu 29% dos recursos da CEME e concentrou quase 50% das prescrições de receita no mesmo ano.

## VI.2 - O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde

As Secretarias Estaduais de Saúde tem tido papéis muito diversificados no sistema de distribuição de medicamentos. Algumas Secretarias, como a de São Paulo, tem atuado de maneira mais organizada. Desde 1987 vem sendo reorganizada a Coordenadoria de Medicamentos Básicos (CMB), cujo objetivo tem sido assegurar a participação de todas as unidades que integram o sistema de saúde do Estado - INAMPS, Prefeituras, Universidades, Hospitais Filantrópicos, etc., - no sistema de distribuição gratuita de medicamentos do Estado.

Na Região Metropolitana de São Paulo, a distribuição tem sido feita diretamente aos Centros de Saúde, Ambulatórios e Hospitais, enquanto que no interior os medicamentos são enviados à rede SUDS regional e aos hospitais.

A CMB se encarrega de fazer uma previsão trimestral de consumo de medicamentos, tendo em vista programar seus mecanismos de aquisição. A CMB trabalha não apenas com medicamentos da rede CEME, mas também da Fundação para o Remédio Popular (FURP). Desde 1986 o diretor da CMB é também o superintendente da FURP, tendo em vista propiciar uma maior cooperação e coordenação entre estes dois órgãos. A FURP é o maior Laboratório Oficial do país e detém autonomia na produção de uma série de elementos que constam da RENAME.

Sua distribuição vai além dos órgãos públicos, distribuindo medicamentos para as Santas Casas de todo o Brasil, asilos e sindicatos de trabalhadores, num total de 2 000 clientes cadastrados em todo o país.

A FURP foi criada em 1969, implantada em 1973 e desde 1984 funciona em sua sede própria no Município de Guarulhos. Todos os 130 medicamentos fabricados pela FURP constam da lista de 350 existente na RENAME. Eles não exibem rótulo comercial e detém simplesmente a denominação do princípio ativo. Isto evita o uso dos mesmos a partir da auto-medicação. Dentre os principais medicamentos fabricados pela FURP, destacam-se antiverminóticos, anti-bióticos, medicamentos para a saúde mental, vitaminas e sais de reidratação oral.

A FURP tem cerca de 900 empregados em regime de CLT e funciona 24 horas por dia. É considerado um dos 3 laboratórios mais bem equipados do país e se sua produção fosse comercializada, estaria entre um dos cinco maiores laboratórios do país (inclusive os multinacionais).

Em geral, a regra que funciona nas Secretarias de Saúde é que os Estados com mais recursos (os quais em geral detêm seus próprios laboratórios) costumam utilizar mais recursos próprios nos programas de aquisição de medicamentos. No entanto, não existem regras definidas sobre o assunto. A maior parte dos Estados encontra-se reformulando suas redes de distribuição de medicamentos, na medida em que consideram tal tarefa indispensável para o sucesso do processo de descentralização.

### VI.3 A descentralização dos recursos CEME nos anos recentes

Como foi visto anteriormente, um dos grandes problemas da distribuição regional de medicamentos constitui a instabilidade das fontes de financiamento, que acabam acarretando grande instabilidade no abastecimento e funcionamento do sistema.

Tomando como base o ano de 1988, verifica-se que dos recursos orçados para distribuição nas Secretarias Estaduais de Saúde, apenas 32,6% foram efetivamente repassados. O anexo V mostra a distribuição destes recursos.

## VII- O SISTEMA DE COMPRAS E DISTRIBUIÇÃO DA CEME

O Sistema de compras da CEME, como já foi visto, é feito a partir de tres conjuntos básicos de agentes fornecedores: os laboratórios privados nacionais, os laboratórios estrangeiros e os laboratórios oficiais. Estes últimos, como foi observado, congregam a maior parcela dos recursos gastos pela instituição: algo em torno de 54% das mesmas no ano de 1989 (ver gráfico I do capítulo II).

Reunidos na Associação dos Laboratórios Oficiais de Saúde Pública - ALFOB - desde 1984, existem cerca de 16 laboratórios oficiais espalhados por diversos Estados do país. Os quadros a seguir mostram a distribuição do valor das compras da CEME contratadas com esses laboratórios no ano de 1988.

Essas compras referem-se basicamente a dois tipos de convênio: os convênios FUNCEME, destinados a aquisição de medicamentos para as atividades cotidianas da CEME, os quais são financiados com recursos diretos do orçamento da CEME (TABELA VII.1), e os convênios destinados a farmácia básica, os quais são pagos com recursos do FINSOCIAL (TABELA VII.2).

Segundo informações obtidas junto a rede de laboratórios oficiais, a distribuição destes recursos tem sido feita de forma bastante irregular entre os distintos laboratórios. Em geral, não existem regras que permitam programar antecipadamente o volume de compras dos laboratórios e a distribuição dos recursos entre eles esta pautada em mecanismos casuistas ou clientelistas.

Ultimamente, a politica dos Laboratórios Oficiais é diversificar suas vendas. Assim, embora não existam informações disponiveis, pode-se dizer que, nos últimos anos os Laboratórios Oficiais estão se tornando progressivamente menos dependentes da CEME. A maior parte dos laboratórios oficiais - caracterizados como sem fins lucrativos - não produz medicamentos para a venda direta no mercado. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde passam progressivamente a serem importantes clientes para os produtos produzidos pelos Laboratórios Oficiais.

No entanto a LAFEPE, de Pernambuco já tem produzido medicamentos que estão sendo comercializados na rede de farmácias daquele Estado.

Quanto a distribuição de medicamentos, pode-se dizer que 16,3% dos medicamentos da CEME são distribuidos gratuitamente, sendo o restante indenizável pelas demais instituições.

Dos medicamentos indenizáveis (ressarcíveis) o INAMPS representa a maior parcela (62%). O restante tem sido distribuido por uma série de instituições como Estados e Municípios,

## TABELA VII.1

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS CONVÊNIO E TERMOS ADITIVOS  
ASSINADOS EM 1968 COM A REDE DE LABORATÓRIOS OFICIAIS

FUNCEME (INDENIZÁVEL)

Posição em 13/10/68

LABORATÓRIOS	CONVÊNIO	TERMO ADITIVO	TOTAL
CENEFAP	36.368.143,43	----	36.368.143,43
BAHIAFARMA	1.379.987.258,40	359.538.463,12	1.739.525.721,52
IQUEGO	749.371.700,00	147.369.307,62	896.741.007,62
IVB	633.569.359,04	68.072.542,63	722.641.901,67
FIOCRUZ	796.101.825,00	244.038.030,00	1.040.139.855,00
FUNED	1.106.650.450,00	274.595.220,00	1.381.245.670,00
FUMAM	92.200.500,00	20.299.686,72	112.500.186,72
FURP	746.752.110,00	341.225.537,36	1.087.977.647,36
HEMOFE	166.620.000,00	----	166.620.000,00
LAFERDS	172.406.505,72	22.090.500,00	194.497.005,72
LIFAL	411.371.625,00	90.150.927,32	501.522.552,32
LAFEPF	661.074.194,84	360.493.856,97	1.021.568.051,81
LFNA	246.033.050,00	36.505.408,66	282.538.458,66
LOFEX	336.446.000,00	150.749.100,00	487.195.100,00
LOFAE	211.437.974,60	31.111.361,28	242.549.335,88
TEOPAR	46.234.141,90	----	46.234.141,90
			10.161.248.777,82



TABELA VII.2

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS CONVÊNIO E TERMOS ADITIVOS  
ASSINADOS EM 1988 COM A REDE DE LABORATÓRIOS OFICIAIS

FINSOCIAL (FARMÁCIA BÁSICA)

Posição em 13/10/88

LABORATÓRIOS	CONVÊNIO	TERMO ADITIVO	TOTAL
CEKEPAR	-----	-----	-----
BAHIAFARMA	613.953.915,00	520.753.506,00	1.194.707.421,00
IQUEGO	455.705.575,00	559.571.400,00	1.015.276.975,00
IVB	114.421.327,66	171.162.390,00	285.583.717,66
FICCRUZ	316.340.400,00	290.755.395,00	607.095.795,00
FUNED	155.624.275,00	120.892.020,00	276.516.295,00
FUNAM	34.074.500,00	28.753.659,00	62.828.159,00
FURP	.-.	.-.	.-.
HENOPE	.-.	.-.	.-.
LAFERGS	.-.	.-.	.-.
LIFAL	198.800.300,00	479.152.200,00	677.952.500,00
LAFEPE	196.100.500,00	171.736.464,32	367.836.964,32
LFMA	36.647.500,00	108.950.000,00	145.597.500,00
LQFEX	.-.	.-.	.-.
LQFAE	23.670.050,00	24.506.440,00	48.176.490,00
TECPAR	.-.	.-.	.-.
			4.731.111.997,98

Hospitais especializados do Ministério da Saúde ou programas especiais daquele Ministério (saúde da mulher e da criança, cancer, dermatologia sanitária, tuberculose, saúde mental, meningite, endemias rurais, etc.). A tabela VII.3 mostra estas informações.

TABELA VII.3

VALOR TOTAL DOS CONVÊNIOS PARA FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS POR CATEGORIA DE CLIENTES

E POR FONTE  
EXERCÍCIO DE 1988 (EM CZ\$)

F U N C I O E	V A L O R
INDENIZÁVEL	8.189.007.926,25
PROGRAMAÇÃO EXTRA	729.447,45
INDENIZÁVEL EXTRA	367.687,49
INAMPS	14.150.588.179,17
INAMPS/TUBERCULOSE	1.124.725.893,94
INAMPS/AQUISIÇÕES EXCEP.	15.385.387,29
MS/PROG. DE CONT. MENINGITE	5.594.874,00
MS/HOSPITAIS	45.745.487,05
MS/SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	221.799.938,50
MS/DERMATOLOGIA SANITÁRIA	451.141.329,93
MS/SAÚDE MENTAL	43.952.871,51
MS/CÂNCER	5.964.982,58
MS/ENDEMIAS RURAIS	392.951.050,35
LBA	7.823.565,34
PICHEIRAS SOCIAIS	9.986.738,10
T O T A L	24.865.785.367,26

(CONT)

G R A T U I T O S	V A L O R
ATENDIMENTO EXCEPCIONAL	509.437.773,69
INAMPS	4.785.340,00
PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	409.122,40
MS/ENDEMIAS RURAIS	132.300.000,00
FINSOCIAL	49.067.284,08
PROGR. EXTRA	269.354.720,51
EMERGENCIAL CALAMIDADES	8.394.337,88
HOSP. UNIVERSITÁRIOS	53.254.359,92
PREFEITURAS MUNICIPAIS	133.762.099,97
ESTOQUE ALM. CEME	3.619.533.416,49
F U N C E M E	24.865.785.367,26
G R A T U I T O S	4.779.298.454,94
T O T A L - G E R A L	29.445.083.822,20

## VIII - O ORÇAMENTO PLURIANUAL DA CEME PARA O PERÍODO 1990-1995: O QUE MUDOU ?

Com o advento do Governo Collor de Mello, a CEME passou a ser empresa pública. Embora nova sua estrutura organizacional ainda não esteja definida, sua missão institucional e seu orçamento para o período 1990-1995 foram elaborados pelo Governo.

As metas físicas, ao nível regional, podem ser definidas em dois únicos programas:

- Programa de Aquisição e Distribuição de Medicamentos, que pretende expandir a demanda atendida em cada Região de 20% para 29%;
- Programa de modernização do sistema de distribuição de medicamentos que, a partir de 1991, pretende reduzir as perdas de medicamentos progressivamente, em até 80% nas regiões Sudeste, Sul e no Distrito Federal e para 70% nas demais regiões do país.

Além destes dois programas, a CEME pretende, ao nível regional, divulgar a RENAME entre os profissionais de saúde. Para tal, o Governo parte do pressuposto de que somente 30% ou 40% dos médicos, a depender da Região, conhece esta Relação de Medicamentos. Observação similar pode ser feita com relação ao programa de modernização e a magnitude da demanda por medicamentos atendida em cada Região que partem do pressuposto que a situação em cada Estado é a mesma.

Da maneira como foram formuladas, estas metas são no mínimo irrealistas, pois mesmo que a CEME conhecesse a real dimensão da demanda por medicamentos atendida em cada região, esta, em termos relativos, seria bastante heterogênea e não homogênea como aparece nos quadros demonstrativos do Anexo III.

Além das metas regionais, a CEME formulou uma série de metas de alcance nacional, que aparecem no Anexo III, cabendo destacar:

a) Quanto a produção e a distribuição;

- Manutenção de estoques reguladores de medicamentos de difícil obtenção: (de 20% para 80% entre 1990 e 1995);
- Produção de medicamentos críticos nos laboratórios oficiais (de 10% para 80% entre 1991 e 1995);

- Produção de imunobiológicos nos Laboratórios Oficiais (aumentar a produção nacional de 20% para 80% do consumo interno);
- Substituir importações de matérias-primas de difícil obtenção para abastecer os laboratórios privados nacionais (aumentar o grau de autonomia de 20% para 90% entre 1991 e 1995);
- produzir medicamentos para doenças endêmicas nos laboratórios privados (de 10% a 30% dos medicamentos necessários entre 1993 e 1995);
- reduzir custo de aquisição de medicamentos (de 10% a 30% de redução entre 1991 e 1995);

b) Quanto a pesquisa, desenvolvimento e controle de qualidade:

- pesquisar fármacos necessários ao tratamento de doenças endêmicas (chegar a 100% dos fármacos pesquisados em 1993);
- domínio de tecnologia de processo para os fármacos integrantes da RENAME (chegar a 100% em 1995);
- pesquisas sobre plantas medicinais brasileiras (aumentar de 7 para 22 o número de espécies com pesquisas concluídas);
- pesquisas com plantas medicinais brasileiras (aumentar de 4 para 15 o número de espécies com produção industrial);
- pesquisas em biotecnologia para a produção de fármacos (aumentar de 8 para 28 o número de fármacos viáveis de serem produzidos por processos biotecnológicos);
- aperfeiçoar os processos e práticas de produção, tendo em vista reduzir o nível de rejeição pelo controle de qualidade;
- pesquisar imunobiológicos importados, tendo em vista nacionalizar sua produção em até 80% no ano 1995;
- aumentar a capacidade de análise da rede de laboratórios de controle de qualidade de referência em até 100% para 1991 em diante;

O orçamento plurianual da CEME para o período 1990-1995 foi montado de forma a não apresentar nenhum aumento ou redução de gastos a cada ano. Assim, os valores encontrados para 1990 repetem-se monotonamente a cada ano, tanto para o Brasil, como para cada uma de suas regiões. Portanto, a distribuição regional média anual dos recursos é igual a distribuição dos recursos em cada ano.

TABELA VIII.1  
DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS RECURSOS ORÇADOS PELA CEME  
MÉDIA 1990-1995  
(EM CR\$ MILHOES)\*1

REGIOES	RECURSOS ORÇADOS PELA CEME	
	VALORES ABSOLUTOS	PERCENTUAIS
NORTE	3.413,6	6,12
NORDESTE	14.792,6	26,51
SUDESTE	22.112,5	39,63
SUL	7.483,9	13,41
CENTRO-OESTE	2.494,6	4,47
DIST. FEDERAL	1.562,8	2,80
NAO DISP. REG	3.944,1	7,06
TOTAL	55.804,1	100,0

FONTE: Orçamento Plurianual da CEME

\*1 - os valores não foram convertidos em dólares porque não há informação sobre sua data de referência.

Pela tabela VIII.1, observa-se que a maior parcela dos recursos tem sido destinada a Região Sudeste, seguindo-se a Nordeste e a Sul. Pressupõe-se, dessa forma, que algum critério de repartição per-capita foi utilizado para distribuir os recursos. Verifica-se, da mesma forma, que uma percentagem equivalente a mais de 7% dos recursos não é programada para ser distribuída regionalmente.

O orçamento plurianual da CEME foi dividido, pelo lado da despesa, em três categorias econômicas: despesas de capital, despesas correntes e despesas de duração continuada. Estas últimas correspondem aos gastos com aquisição e distribuição de medicamentos.

A tabela VIII.2 mostra que a proposta da CEME é reduzir progressivamente até 1995 as despesas de duração continuada e aumentar as despesas correntes e de capital. Este movimento, no entanto, não é suficiente para reverter o peso da aquisição e distribuição de medicamentos como o maior programa da CEME.

TABELA VIII.2  
DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DO ORÇAMENTO DA CEME  
POR CATEGORIA ECONOMICA DA DESPESA: 1990-1995

ANOS	CATEGORIA ECONOMICA DA DESPESA		
	DESP. DE CAPITAL	DESPESAS CORRENTES	DESP. DE DURACAO CONTINUADA
1990	3,83	1,30	94,87
1991	3,94	2,20	93,86
1992	4,60	2,48	92,92
1993	5,25	2,75	92,00
1994	6,55	3,31	90,14
1995	7,86	3,87	88,27

Observa-se que mesmo em 1995, as despesas de duração continuada representarão quase 90% dos recursos da CEME, o que evidencia que o atual governo não pretende descentralizar a política de aquisição e distribuição de medicamentos.

Uma outra forma de visualizar o comprometimento futuro dos recursos orçados pela CEME consiste em analisar os gastos orçados segundo sub-programas, como mostra a tabela VIII.3.

TABELA VIII.3  
DISTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO DA CEME POR SUB-PROGRAMA  
MEDIA 1990-1995

SUB-PROGRAMAS	DISTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1 - ADMINISTRACAO GERAL	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74
2 - CONTR. DE QUALIDADE	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
3 - PESQ. E DESENVOLV.	2,09	2,09	2,09	2,09	2,09	2,09
4 - ASS. MEDICA E SANIT.	2,72	3,64	4,66	5,60	7,46	9,33
5 - PROD. PROF. E TERAP.	93,25	92,24	91,31	90,38	88,51	86,64
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Os únicos programas que alteram seus dispêndios relativos são os de "Assistência Médico-Sanitária" e o de "Produtos Profiláticos e Terapêuticos". O primeiro aumenta seus recursos relativos no período, ocorrendo o contrário com o



outro programa. No entanto, o sub-programa "produtos profiláticos e terapêuticos" continua a representar mais de 85% dos recursos ao final do período, mostrando mais uma vez a intensão da CEME em continuar a ser o órgão centralizador da política de compras e distribuição de medicamentos ao nível do setor público.

Cabe ainda analisar quais as receitas que estão programadas pela CEME para fazer face a estas despesas. As receitas, as quais se igualam as despesas, seriam compostas em todos os anos por recursos do Tesouro (87,52%) e Outras Receitas (12,48%). Destas últimas, 65% provêm de convênios com instituições estaduais e municipais para efeitos de compra de medicamentos.

## IX - PROPOSTAS

Pelo que foi exposto neste trabalho, a política nacional de medicamentos encontra-se "na contra-mão" da política de saúde. Esta, no entanto, não é uma constatação fácil. Somente observando o discurso e os orçamentos do órgão encarregado de seu provimento - a CEME - é que podemos verificar as nuances desse processo.

### 1) Descentralização dos Recursos de Aquisição e Distribuição de Medicamentos, colocando-os sob gestão direta das Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Municipais

A primeira evidência é dada pelo fato de que os recursos federais alocados nos programas públicos de aquisição e distribuição de medicamentos continuam a ser geridos pela CEME e, pela proposta orçamentária 1990-1995 (por mais irrealista que ela seja) serão mantidos sob o comando desse órgão. Isto significa que os Estados e Municípios deverão permanecer na dependência da CEME para manter abastecidas suas redes de saúde.

Como a própria CEME reconhece, é elevado o percentual de perdas de medicamentos distribuídos por este órgão, seja em função do vencimento dos prazos de validade, seja por condições deficientes de estocagem. Mas a construção de almoxarifados e a melhor escolha dos pontos de distribuição, como sugere a CEME parece ser uma solução cara e inadequada para o problema.

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os próprios Laboratórios Oficiais, almejam uma maior descentralização do processo de distribuição de medicamentos. Para tal, defendem que o ideal seria o repasse dos recursos destinados a aquisição/distribuição de remédios do nível central para as esferas locais. Estas, ao estarem em contacto direto com suas necessidades, poderiam tornar mais eficiente o processo de compra (sempre privilegiando os laboratórios oficiais ou os privados nacionais, no que diz respeito a produtos com baixo grau de mercantilização, os quais são difíceis de serem produzidos em condições concorrenciais).

Tal mudança só poderia ocorrer imediatamente para alguns Estados - aqueles que detenham condições técnicas, pessoal especializado e meios físicos para o desempenho de tais tarefas. Os demais Estados passariam por um processo de transição, sendo orientados pela CEME, até que alcançassem autonomia de gestão no processo de compra e distribuição de medicamentos. No entanto, por fatores políticos, processos de descentralização "lentos e graduais" não costumam redundar numa real autonomia local. No

maioria dos casos, permanece um sistema de "tutela disfarçada". Assim, embora correndo o risco de algumas inevitáveis rupturas com o esquema atualmente estabelecido, recomenda-se a extinção do papel de aquisição e distribuição de medicamentos pela CEME,

Vale destacar que os Estados que não possuem redes próprias de aquisição e distribuição de medicamentos, como laboratórios oficiais, privados nacionais ou até mesmo estrangeiros, poderão realizar acordos com outros Estados que possuam tais recursos, procurando adquirir a tecnologia de para executar eficientemente essas operações e suprir tais deficiências.

A descentralização para os Municípios é conveniente, mas deve se ater aos municípios de maior porte, ou seja, àqueles que tenham autonomia de gestão para tal. Em muitos casos, as Secretarias Estaduais de Saúde poderão indicar as condições para a municipalização desse processo. Certamente, a maior parte dos municípios do país não tem, atualmente, condições para gerir processos de aquisição e distribuição de medicamentos.

No entanto, é possível estabelecer tais condições, através de um processo ordenado de planejamento sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. A distribuição de material instrutivo como a RENAME e a farmácia básica, bem como a exigência da programação anual das necessidades, ao nível de município e até mesmo de unidade (posto de saúde, hospital, creches, ambulatórios, etc.) compatibilizada com a fixação de critérios (população e oferta de serviços de saúde, por exemplo) para alocação orçamentária dos recursos, permitiria uma adequada estratégia de cobertura da assistência farmacêutica, sem a ineficiência e os desperdícios que hoje caracterizam o sistema centralizado pela CEME.

Em suma, acredita-se que o estabelecimento de um processo ascendente de caracterização da demanda, conjugada a plena autonomia local, desde que respeitados os tetos orçamentários elevaria a eficácia direcional do sistema, a qual deve estar voltada para os segmentos mais desprovidos da população. Este processo deveria estar associado a existência de um formulário que registre os medicamentos consumidos ou distribuídos nas unidades públicas de saúde, o que deve estar associado ao serviço prestado, seja internação, seja atendimento ambulatorial. Sugere-se, nesse caso, que se utilize a AIH pública ou o SICAPS para implantação de tais controles (1).

2) Estruturação, no âmbito do Ministério da Saúde, de um órgão normativo e de controle da política nacional de produção e distribuição de medicamentos

Tanto a DIMED quanto a CEME (2) tem tido uma atuação ineficaz nesse campo. A primeira, apesar de responsável pelo estabelecimento de normas, padrões e registros de medicamentos e empresas produtoras, tem adotado procedimentos puramente formais (em alguns casos cartoriais). A CEME, por outro lado, apesar de melhor dotada de recursos financeiros, materiais e humanos, não tem tido uma atuação condizente com sua missão institucional neste campo. Para exemplificar cita-se o fato de que a quase vinte anos ela vem "investindo" em controle de qualidade sem que os resultados apareçam.

Assim, sugere-se que seja criada uma estrutura mínima que:

a) Atue como instância normativa, mantendo sempre atualizadas as normas e procedimentos para produção e aquisição, bem como as listas de medicamentos essenciais, segundo as recomendações internacionais e as características nacionais;

b) Promova e coordene os esforços de pesquisa e normatização em controle de qualidade de medicamentos, insumos, fármacos, hemoderivados, alimentos e outras substâncias, através do repasse de recursos a outras instituições governamentais ou não capacitadas para o desempenho de tais funções (universidades, centros de pesquisa, etc.);

c) Mantenha uma instância para defesa do consumidor no âmbito da política governamental destinada ao tema;

d) Mantenha mecanismos de intercâmbio com agências congêneres nos demais países;

e) Defina, a partir da consolidação das demandas locais/regionais e da análise dos parâmetros técnicos de consumo de medicamentos, o teto orçamentário federal a ser gasto com consumo e investimento em medicamentos. Estes serão distribuídos automaticamente aos Estados e Municípios segundo critérios a serem estabelecidos;

f) Articule-se com os órgãos responsáveis pela condução da política industrial e de comércio exterior de modo a compatibilizar as diretrizes no que se refere a política de medicamentos com as normas e critérios gerais.

3) Liberalizar a importação de fármacos, reduzindo a zero a tarifa alfandegária incidente sobre estes insumos

Um dos argumentos utilizados para aumentar a produção nacional de fármacos tem sido o grau de dependência nacional quanto a esses produtos, caracterizando um ponto de estrangulamento para o desenvolvimento nacional. A CEME desde sua criação tem investido recursos na pesquisa e desenvolvimento de fármacos, a partir de instituições nacionais de pesquisa, sem reconhecer as enormes economias de escala existentes na utilização de tecnologia desenvolvida nos países centrais. Com exceção de um conjunto muito reduzido de fármacos, destinados à produção de medicamentos de consumo exclusivamente local, nos quais vale o investimento, não se justifica tentar reproduzir nacionalmente processos de produção já se acham amortizados por vendas em escala mundial, apesar de certo grau de monopólio propiciado pelo sistema internacional de marcas e patentes.

Maiores benefícios sociais poderiam ser obtidos via redução de preços, se fosse facultada a indústria nacional a aquisição de fármacos ao preço do mercado internacional. Este preço seria menor na importação direta do que no custo embutido dos produtos fabricados nacionalmente pelas empresas estrangeiras, as quais praticam o "over price" na importação de insumos das matrizes.

Por outro lado, os avanços tecnológicos na área de produção de fármacos tem sido tão rápidos, que uma política de "reserva de mercado", além de incompatível com as disponibilidades de investimento das nações em desenvolvimento, induz ao atraso tecnológico e a perda de competitividade da própria indústria nacional de medicamentos.

ANEXO 1  
PARTICIPACAO DAS MAIORES EMPRESAS  
NO MERCADO FARMACEUTICO BRASILEIRO

TABELA 1  
MERCADO FARMACEUTICO - BRASIL  
DISTRIBUIÇÃO DE VENDAS  
PARTICIPAÇÃO E VALORES (US\$)

LABORATÓRIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
Roche	5.34	5.43	4.25	4.25	4.96
Biogalenica	3.53	3.56	4.11	4.31	4.80
Merrell/Lepetit	4.28	4.30	4.81	3.98	4.05
Ache	3.68	4.78	4.14	4.77	4.02
Johnson&Johnson	3.23	3.39	3.70	3.06	3.24
Bristol	2.56	2.67	2.70	2.81	2.75
Frodome	2.44	3.07	2.00	2.71	2.63
Byk	2.16	2.19	2.30	2.64	2.55
Shering	2.76	2.61	2.46	2.83	2.45
Sandoz	2.55	2.22	2.35	2.76	2.43
Fontoura Wyeth	2.95	2.77	2.15	2.31	2.31
Lilly	1.67	1.72	1.82	2.11	2.16
Hoechst	2.48	2.24	1.92	2.03	2.15
Merck S/A	2.58	2.40	2.53	2.15	2.13
Bayer	2.42	2.12	1.97	2.30	2.07
Biolab/Searle	2.07	2.64	2.52	2.13	2.04
Angeli	2.16	2.19	2.17	2.08	2.03
Squibb	1.85	1.77	1.72	1.85	1.93
Boehringer	2.18	1.95	1.66	1.95	1.82
Knoli	1.09	1.01	1.28	1.56	1.72
Abbott	1.56	1.44	1.57	1.73	1.64
Rhodia	2.17	2.13	1.59	2.03	1.62
Sanofi	1.61	1.48	1.48	1.59	1.61

TABELA 1 ( Continuação )

LABORATORIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
Upjohn	1.73	1.61	1.30	1.57	1.59
Degussa/Labofarma	1.59	1.46	1.36	1.52	1.54
Pfizer	1.50	1.69	1.68	1.53	1.40
Sarsa	1.34	1.30	1.19	1.43	1.44
Glaxo	1.21	1.17	1.13	1.40	1.41
Smith Kline	1.54	1.56	1.55	1.42	1.40
Winthrop	1.40	1.35	1.24	1.28	1.19
Sintofarma	1.19	1.35	1.28	1.24	1.18
Berlimed	1.11	1.21	1.11	1.02	1.17
Merck Sharp Dohme	0.38	0.44	0.70	0.94	1.13
Organon	1.06	0.99	0.81	0.99	1.04
Beecham-Villela	0.74	0.84	0.86	1.06	0.98
Syntex	0.89	0.87	0.96	1.02	0.98
Alcon	0.67	0.81	0.89	0.88	0.97
Farmasa	1.09	1.11	1.11	0.97	0.92
Wellcome	0.70	0.83	0.88	1.05	0.90
ICI-Farma	0.41	0.43	0.57	0.86	0.88
Frumtost	1.02	1.05	0.84	0.94	0.85
Whitemall	0.62	0.62	0.56	0.80	0.80
Dorsay	0.69	1.06	1.57	1.20	0.75
Farmitalia C-Erba	0.66	0.63	0.66	0.66	0.69
Zambon	0.60	0.54	0.57	0.59	0.62
Inst. Med. Fontoura	0.68	0.63	0.54	0.65	0.59
Farmalab	0.24	0.33	0.52	0.55	0.56
Sydney Ross	0.76	0.73	0.72	0.70	0.52



TABELA 1 ( Continuação )

LABORATORIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
Biosintética	0.37	0.40	0.55	0.56	0.52
Virtus	0.12	0.35	0.48	0.45	0.51
União Química	0.17	0.39	0.50	0.30	0.49
Nestle	0.15	0.14	0.37	0.35	0.47
Campinas	0.52	0.45	0.52	0.54	0.46
Libbs	0.51	0.52	0.46	0.48	0.44
SMS	0.27	0.36	0.67	0.27	0.44
Millet-Roux	0.41	0.40	0.44	0.42	0.41
Biobras	0.29	0.33	0.24	0.31	0.38
CIF	0.09	0.10	0.12	0.10	0.37
Luitpold	0.31	0.32	0.31	0.35	0.34
Allergan-Lok	0.37	0.34	0.49	0.39	0.33
Outros	12.48	11.23	13.03	9.23	10.17
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

TABELA 2  
MERCADO FARMACEUTICO  
DISTRIBUICAO DAS VENDAS  
PARTICIPACAO EM UNIDADES - BRASIL: 1985-1989

LABORATORIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
MERREL/ LEPETIT	8,49	6,45	3,50	5,89	5,90
ROCHE	4,47	4,83	4,30	4,43	5,11
ACHE	3,47	4,34	4,08	4,88	4,34
JOHNSON & JOHNSON	3,73	4,00	4,38	3,68	4,08
BIOGALENICA	3,01	2,91	3,31	3,21	3,55
FONTOURA WYETH	3,08	2,95	2,37	2,56	2,85
HOECHST	2,54	2,47	2,54	2,60	2,75
BIOLAB / SEARLE	3,26	3,33	2,88	2,75	2,69
SCHERING	2,60	2,53	2,46	2,74	2,63
BRISTOL	2,08	2,30	2,41	2,48	2,58
BYK	2,54	2,49	2,32	2,56	2,41
RHODIA	2,75	2,57	2,11	2,74	2,35
ANGELI	2,03	1,98	2,15	1,96	1,90
SQUIBB	1,62	1,65	1,77	1,77	1,90
BOEHRINGER	2,02	1,88	1,89	1,91	1,83
DEGUSSA / LABOFARMA	1,61	1,52	1,58	1,80	1,80
SAFONI	1,70	1,67	1,67	1,69	1,68
PRODOME	2,16	2,10	1,67	1,68	1,67
ABBOTT	1,64	1,49	1,64	1,67	1,59
GLAXO	1,11	1,21	1,13	1,49	1,53
SANDOZ	1,64	1,50	1,71	1,54	1,46
MERCK S/A	1,98	1,81	1,95	1,46	1,43
UPJOHN	1,61	1,60	1,53	1,57	1,32

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)

LABORATORIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
SMITH KLINE	0,97	1,01	1,03	1,10	1,30
FRUMTOST	1,41	1,35	1,11	1,23	1,26
FARMASA	1,07	1,09	1,22	1,17	1,24
LILLY	1,37	1,32	1,09	1,29	1,24
BAYER	1,35	1,22	1,22	1,21	1,21
KNOLL	0,93	0,88	1,00	1,14	1,19
SARSA	1,22	1,25	1,25	1,27	1,16
ALCON	0,71	0,78	0,35	1,01	1,03
SINTOFARMA	0,82	0,89	0,84	1,01	1,03
SYNTEX	0,82	0,75	0,88	0,89	0,97
BERLIMED	0,97	1,00	0,88	0,89	0,97
PFIZER	0,74	0,85	0,90	0,88	0,89
WELLCOME	0,88	0,87	0,94	0,84	0,82
ORGANON	0,72	0,70	0,64	0,66	0,78
BEECHMAN-VILLELA	0,55	0,61	0,65	0,80	0,77
DORSAY	0,61	1,00	1,51	0,93	0,76
SIDNEY ROSS	0,82	0,64	0,71	0,80	0,73
INST. DE MED. FONTOURA	0,73	0,76	0,71	0,69	0,73
WINTHROP	0,76	0,72	0,70	0,71	0,70
WHITEHALL	0,63	0,70	0,63	0,66	0,70
CATARINENSE	0,62	0,62	0,65	0,84	0,69
VIRTUS	0,14	0,40	0,51	0,53	0,69
EMS	0,56	0,58	0,77	0,59	0,67
UNIAO QUIMICA	0,29	0,34	0,40	0,48	0,55

TABELA 2 (CONTINUAÇÃO)

LABORATORIO	1985 %	1986 %	1987 %	1988 %	1989 %
DARROW	0,57	0,62	0,71	0,56	0,54
CAMPINAS	0,65	0,69	0,77	0,76	0,50
ALLERGAN-LOK	0,47	0,42	0,47	0,46	0,49
GROSS	0,47	0,49	0,51	0,47	0,49
FARMITALIA C. ERBA	0,55	0,54	0,58	0,55	0,48
NESTLE	0,36	0,42	0,40	0,28	0,44
BEECHAM	0,39	0,42	0,42	0,47	0,42
VALDA	0,41	0,41	0,50	0,53	0,42
GRANADO	0,34	0,31	0,38	0,37	0,40
ICI FARMA	0,30	0,34	0,38	0,44	0,39
ZAMBOM	0,44	0,40	0,50	0,41	0,37
NOVAQUIMICA	0,40	0,35	0,29	0,32	0,37
LIBBS	0,34	0,39	0,38	0,36	0,37
Outros	12,48	16,52	15,09	14,60	13,91
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ABIFARMA

ANEXO 2  
 CONCENTRAÇÃO DOS MERCADOS FARMACÊUTICOS POR CLASSE TERAPÊUTICA  
 BRASIL - 1975

CLASSES TERAPÊUTICAS	PARTICIPAÇÃO DA FIRMA LI- BER NA CLAS- SE (%)	PARTICIPAÇÃO DAS QUATRO MAIORES FIR- MAS NA CLAS- SE (%)	NÚMERO DE FIRMAS NA CLASSE (%)
ANTIBIÓTICOS	11,9	55,4	103
VITAMINAS	19,6	42,5	342
VITAMINA C	42,9	61,3	27
VITAMINA B 12	40,2	87,6	29
ANALGÉSICOS	27,6	58,8	93
SUPLEMENTOS MINERAIS	33,3	69,0	72
ANTIRREUMÁTICOS	28,9	46,1	76
ATARÁXICOS	22,4	58,1	58
PSICOSTIMULANTES	26,8	64,0	50
ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS	33,9	65,6	17
VASODILADORES PERIFÉRICOS	22,6	70,7	37
CORTICÓSTERÓIDES SISTÊMICOS	27,8	70,2	37
ANTIÂNEMICOS	23,6	50,6	166
ANTIÁCIDOS E ANTIFISÉTICOS	25,4	69,4	61
ANTI-HELMINTÍCOS	33,9	72,1	95
ANOREXÍCOS	28,5	58,1	36
OREXIGÊNCOS	28,5	59,3	43
HIPOTENSORES	37,1	77,4	49
DIURÉTICOS	37,3	73,3	34
BRONCODILADORES	18,3	53,0	60
ANTIÚLCEROSOS	30,4	75,9	21
HEMOTÓLOGICOS	33,7	68,6	12
RELAXANTES MUSCULARES	31,9	95,4	11
ANTI-DIABÉTICOS (INSULINA)	100,0	100,0	1
ANTI-DIABÉTICOS (ORAIS)	42,7	50,0	18
ANTI-HISTAMÍNICOS	28,6	68,0	30
ANTI-HEMORRÁGICOS	28,8	73,5	15
ESCRÁBICOS	39,3	94,0	7
ESTOMATOLÓGICOS	27,2	65,6	26
ANABOLIZANTES	41,1	81,9	18
CARDIOGLICÓSÍDEOS	41,4	81,9	13
ANTIDEPRESSIVOS	54,0	88,3	10
HEMÓDERIVADOS	96,7	100,0	2

FONTES: FRENKEL, J., 1978

ANEXO 3  
ORÇAMENTO PLURIANUAL DA CEME PARA O PERÍODO 1990-1995  
TABELAS SELECIONADAS

METAS FISICAS POR REGIAO BRASILEIRA

REG.	DISCRIMINACAO	UNIDADE	A N O S					
			1992	1991	1990	1989	1988	1987
NORTE	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 36 %	28 % 66 %	22 % 68 %	25 % 68 %	27 % 66 %	29 % 68 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	28 %	35 %	58 %	78 %
NE	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 38 %	28 % 65 %	22 % 65 %	25 % 65 %	27 % 65 %	29 % 65 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	28 %	35 %	58 %	78 %
SE	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 48 %	28 % 95 %	22 % 95 %	25 % 95 %	27 % 95 %	29 % 95 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	25 %	48 %	68 %	88 %
SUL	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 48 %	28 % 95 %	22 % 95 %	25 % 95 %	27 % 95 %	29 % 95 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	25 %	48 %	68 %	88 %
CO	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 38 %	28 % 85 %	22 % 85 %	25 % 85 %	27 % 85 %	29 % 85 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	28 %	35 %	58 %	78 %
DF	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos. * Divulgacao da RENAME entre os profissionais de saude.	- Percentagem da demanda atendida. * Percentagem dos profissionais de saude atingidos.	28 % 48 %	28 % 95 %	22 % 95 %	25 % 95 %	27 % 95 %	29 % 95 %
	- Programa de modernizacao do sistema de distribuicao. * Reducao das perdas de medicamentos.	* Percentagem de reducao nas perdas.	----	18 %	25 %	48 %	68 %	88 %

*Diut*

METAS FISICAS NAO REGIONALIZAVEIS

REG.	DISCRIMINACAO	UNIDADE	A N O S							
			1990	1991	1992	1993	1994	1995		
	- Programa de Aquisicao e Distribuicao de Medicamentos.									
	* Manutencao de estoques reguladores de med. de dificil obtencao, especificos e de atendimento excepcional.	* Porcentagem de demanda / semestre.	20 %	40 %	60 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
	* Producao de medicamentos criticos nos lab. oficiais.	* Porcentagem no. de medicamentos produzidos / total. (60)	---	10 %	25 %	40 %	60 %	60 %	60 %	60 %
	* Producao de imunobiologicos (imp.) pelos lab. oficiais.	* Porcentagem de substituicao de importacoes.	---	20 %	30 %	40 %	60 %	60 %	60 %	60 %
	* Suprimento de materias-primas importadas de dificil obtencao aos laboratorios privados nacionais.	* Porcentagem em relacao ao total.	---	20 %	30 %	50 %	60 %	60 %	60 %	60 %
	* Producao de medicamentos p/ doencas endemicas nos laboratorios privados.	* Porcentagem dos medicamentos produzidos / pesquisados	---	---	---	10 %	20 %	20 %	30 %	30 %
	* Reducao dos custos de aquisicao de medicamentos	* Porcentagem de reducao dos custos de aquisicao.	---	10 %	20 %	25 %	27 %	27 %	30 %	30 %
	- Programa de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnologico.									
	* Pesquisa de farmacos p/ doencas endemicas.	* Porcentagem no. farmacos pesquisados/total. (23)	20 %	50 %	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	* Tecnologia de processo p/ farmacos integrantes REMANE	* Porcentagem no. farmacos pesquisados/total. (215)	40 %	50 %	60 %	70 %	90 %	100 %	100 %	100 %
	* Pesquisa de plantas medicinais brasileiras.	* Especies com pesquisas concluidas (numero).	07	10	13	16	19	22	22	22
	* Pesquisa de plantas medicinais brasileiras.	* Especies com producao industrial (numero).	---	04	07	10	12	15	15	15
	* Desenv. biotecnologia p/ producao de farmacos.	* Numero de farmacos desenvolvidos e viaveis.	---	00	13	18	23	28	28	28
	* Aperfeiçoamento de processos e praticas de producao.	* Niveis de rejeicao no controle de qualidade.	2,5 %	1,5 %	1,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
	* Pesquisa em imunobiologicos importados.	* Porcentagem do no. de pesquisas concluidas sobre o no. de imunobiologicos importados.	---	---	20 %	40 %	60 %	60 %	60 %	60 %
	- Programa de Controle de Qualidade.									
	* Aumento da capacidade de analise da rede de laboratorios de controle de qualidade de referencia.	* Porcentagem de aumento da capacidade de analise.	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



QUADRO II - DISPENDIO PROGRAMADOS POR REGIAO

(Cr\$ MILHOES)

		ANOS					
*REGIOES	DISCRIMINACAO	1990	1991	1992	1993	1994	1995
* NORTE	DESPESAS DE CAPITAL	54,3	145,7	182,1	218,6	291,4	364,3
*	DESPESAS DECORRENTES	3,1	62,4	78,1	93,7	124,9	156,1
*	DESP. DURACAO CONT.	3.376,2	3.205,5	3.153,4	3.101,3	2.997,3	2.893,2
*	TOTAL	3.413,6	3.413,6	3.413,6	3.413,6	3.413,6	3.413,6
* NORDESTE	DESPESAS DE CAPITAL	591,5	437,1	546,4	655,7	874,5	1.092,8
*	DESPESAS DECORRENTES	52,6	187,3	234,2	281,0	374,7	468,4
*	DESP. DURACAO CONT.	14.148,5	14.168,2	14.012,0	13.855,9	13.543,6	13.231,4
*	TOTAL	14.792,6	14.792,6	14.792,6	14.792,6	14.792,6	14.792,6
* SUDESTE	DESPESAS DE CAPITAL	557,9	495,4	623,3	754,0	1.005,4	1.256,7
*	DESPESAS DECORRENTES	49,5	212,3	269,3	323,2	430,9	538,6
*	DESP. DURACAO CONT.	21.505,7	21.404,8	21.214,9	21.035,3	20.676,2	20.317,2
*	TOTAL	22.112,5	22.112,5	22.112,5	22.112,5	22.112,5	22.112,5
* SUL	DESPESAS DE CAPITAL	209,3	218,6	273,2	327,8	437,1	546,4
*	DESPESAS DECORRENTES	18,5	93,7	117,1	140,5	167,3	234,2
*	DESP. DURACAO CONT.	7.256,1	7.171,6	7.093,6	7.015,6	6.859,4	6.703,3
*	TOTAL	7.483,9	7.483,9	7.483,9	7.483,9	7.483,9	7.483,9
* CENTRO OESTE	DESPESA DE CAPITAL	0,0	145,7	182,1	218,6	291,4	364,3
*	DESPESAS DECORRENTES	0,0	62,4	78,1	93,7	124,9	156,1
*	DESP. DURACAO CONT.	2.494,6	2.286,5	2.234,4	2.182,3	2.078,3	1.974,2
*	TOTAL	2.494,6	2.494,6	2.494,6	2.494,6	2.494,6	2.494,6
* FEDERAL	DESPESAS DE CAPITAL	0,0	7,3	9,1	10,9	14,6	18,2
* DIST.	DESPESAS DECORRENTES	0,0	3,1	3,9	4,7	6,2	7,8
*	DESP. DURACAO CONT.	1.562,8	1.562,4	1.549,8	1.547,2	1.542,0	1.536,8
*	TOTAL	1.562,8	1.562,8	1.562,8	1.562,8	1.562,8	1.562,8
* DISP. REGION.	DESPESAS DE CAPITAL	743,0	750,3	743,0	743,0	743,0	743,0
* NAO	DESPESAS DECORRENTES	600,6	603,7	600,6	600,6	600,6	600,6
*	DESP. DURACAO CONT.	2.600,5	2.590,1	2.600,5	2.600,5	2.600,5	2.600,5
*	TOTAL	3.944,1	3.944,1	3.944,1	3.944,1	3.944,1	3.944,1
* TOTAL	DESPESAS DE CAPITAL	2.135,4	2.200,1	2.564,2	2.928,6	3.637,2	4.385,7
*	DESPESAS DECORRENTES	724,3	1.224,9	1.381,3	1.537,4	1.849,5	2.161,8
*	DESP. DURACAO CONT.	52.944,4	52.379,1	51.858,6	51.338,1	50.297,4	49.256,6
*	TOTAL	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1

*fruct*

QUADRO III - FONTES E RECURSOS

(C-5 MILHOES)

		ANOS					
DISCRIMINACAO		1970	1991	1992	1993	1994	1995
	TESOURO	291,6	291,6	291,6	291,6	291,6	291,6
	RECURSOS PROPRIOS	682,0	682,0	682,0	682,0	682,0	682,0
0	OPERACOES INTERNAS						
U	IDE						
T	CREDITOS EXTERNAS						
R							
A	AUMENTO DE CAPITAL						
S							
	TESTADOS						
F	CONVENIO MUNICIPAIS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
O	OUTROS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N							
T	OUTRAS						
E							
S							
	TOTAL	973,6	973,6	973,6	973,6	973,6	973,6

MINISTERIO DA SAUDE - MS  
 CENTRAL DE MEDICAMENTOS - CEME  
 SUBPROGRAMA: TESTES E ANALISE DE QUALIDADE

QUADRO III - FONTES E RECURSOS

(CR\$ MILHOES)

		ANOS					
DESCRIGAO		1990	1991	1992	1993	1994	1995
	TESOURO	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3
	RECURSOS PROPRIOS	90,5	90,5	90,5	90,5	90,5	90,5
	OPERACOES INTERNAS						
	IDE						
	CREDITOS EXTERNAS						
	AUMENTO DE CAPITAL						
	ESTADOS						
	CONVENIO MUNICIPIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OUTROS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OUTRAS						
	TOTAL	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8

QUADRO III - FONTES E RECURSOS

(C-RS MILHOES)

DISCRIMINACAO	ANOS					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
TESOURO	451,0	451,0	451,0	451,0	451,0	451,0
RECURSOS PROPRIOS	714,4	714,4	714,4	714,4	714,4	714,4
OPERACOES INTERNAS						
- DE						
- CREDITOS EXTERNAS						
- AUMENTO DE CAPITAL						
- RESTADOS						
- CONVENIO MUNICIPIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- OUTROS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- OUTRAS						
TOTAL	1.165,4	1.165,4	1.165,4	1.165,4	1.165,4	1.165,4

QUADRO III - FONTES E RECURSOS

(CR\$ MILHOES)

		ANOS					
DISCRIMINACAO		1990	1991	1992	1993	1994	1995
TESOURO		564,6	1.129,9	1.656,2	2.170,6	3.211,4	4.252,2
RECURSOS PROPRIOS		951,7	951,7	951,7	951,7	951,7	951,7
OPERACOES INTERNAS							
IDE							
CREDITOS EXTERNAS							
AUMENTO DE CAPITAL							
ESTADOS							
CONVENIO MUNICIPIOS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OUTROS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OUTRAS							
TOTAL		1.516,3	2.081,6	2.607,9	3.122,3	4.163,1	5.203,9

MINISTERIO DA SAUDE - MS  
 CENTRAL DE MEDICAMENTOS - CEME  
 SUBPROGRAMA: PRODUTOS PROFILATICOS E TERAPEUTICOS

QUADRO III - FONTES E RECURSOS

(CR\$ MILHOES)

DISCRIMINACAO	ANOS					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
TESOURO	47.515,0	46.949,7	46.429,4	45.909,0	44.868,2	43.827,4
RECURSOS PROPRIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OPERACOES INTERNAS						
DE						
CREDITOS EXTERNOS						
ADICIONAMENTO DE CAPITAL						
ESTADOS						
CONVENIOS MUNICIPIOS	3.619,2	3.619,2	3.619,2	3.619,2	3.619,2	3.619,2
OUTROS	904,8	904,8	904,8	904,8	904,8	904,8
OUTRAS						
TOTAL	52.039,0	51.473,7	50.953,4	50.433,0	49.392,2	48.351,4

QUADRO IV - USOS E FONTES DOS RECURSOS

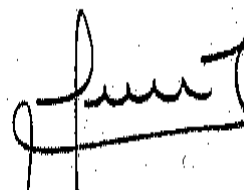
(CR\$ MILHOES)

DISCRIMINACAO	ANOS					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
DESPEGAS DE CAPITAL	2.135,4	2.200,1	2.564,2	2.928,6	3.657,2	4.385,7
DESPEGAS DECORRENTES	724,3	1.224,9	1.381,3	1.537,4	1.849,5	2.161,8
USOS IDESP. DURA. CONTINUADA	52.944,4	52.379,1	51.859,6	51.338,1	50.297,4	49.256,6
TOTAL	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1
RESERVA	48.841,5	48.841,5	48.841,5	48.841,5	48.841,5	48.841,5
FONTES OUTRAS	6.962,6	6.962,6	6.962,6	6.962,6	6.962,6	6.962,6
TOTAL	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1	55.804,1

QUADRO V - SINTESE DOS GASTOS POR REGIAO

(C.R\$ MILHOES)

* DISCRIMINACAO	* ANOS					
	* 1990	* 1991	* 1992	* 1993	* 1994	* 1995
* REGIAO NORTE	* 3.413,6	* 3.413,6	* 3.413,6	* 3.413,6	* 3.413,6	* 3.413,6
* REGIAO NORDESTE	* 14.792,6	* 14.792,6	* 14.792,6	* 14.792,6	* 14.792,6	* 14.792,6
* REGIAO SUDESTE	* 22.112,5	* 22.112,5	* 22.112,5	* 22.112,5	* 22.112,5	* 22.112,5
* REGIAO SUL	* 7.483,9	* 7.483,9	* 7.483,9	* 7.483,9	* 7.483,9	* 7.483,9
* REGIAO CENTRO OESTE	* 2.494,6	* 2.494,6	* 2.494,6	* 2.494,6	* 2.494,6	* 2.494,6
* DISTRITO FEDERAL	* 1.562,8	* 1.562,8	* 1.562,8	* 1.562,8	* 1.562,8	* 1.562,8
* PROGRAMAS NACIONAIS	* 3.944,1	* 3.944,1	* 3.944,1	* 3.944,1	* 3.944,1	* 3.944,1
* TOTAL GERAL	* 55.804,1	* 55.804,1	* 55.804,1	* 55.804,1	* 55.804,1	* 55.804,1





CENTRAL DE MEDICAMENTOS

MINISTERIO DA SAUDE

Tabela C1 - Despesas da CEME por tipo de despesa, 1990 / 1995

(Cr\$ MILHOES)

ANO	TIPOS DE DESPESAS	DESPESAS DE CAPITAL				DESPESAS DECORRENTES DAS DE CAPITAL						DESPESAS DE PROGRAMAS DE DURACAO CONTINUADA						TOTAL			
		CAPITAL				CORRENTES						CAPITAL			DECORRENTES						
		INVESTIMENTOS	AMORTIZACOES	SUBSIDIOS	TOTAL	INVESTIMENTOS	AMORTIZACOES	OUTROS	TOTAL	PREVISTAS	RECORRENTES	OUTRAS	TOTAL	PREVISTAS	RECORRENTES	OUTRAS	TOTAL				
	*Administracao Geral.												156,0		22,0	178,0	154,1		641,5	795,6	973,6
	*Pesquisa Aplicada	564,8			564,8								600,6	600,6							1.165,4
1990	*Testes e Analise de Qualidade.																		189,8	189,8	189,8
	*Assistencia Medica e Sanitaria.	1.392,6			1.392,6								120,7	120,7							1.516,3
	*Produtos Profilaticos Terapeuticos.																		52.039,9	52.039,9	52.039,9
	<b>T O T A L</b>	<b>1.957,4</b>			<b>1.957,4</b>								<b>724,3</b>	<b>724,3</b>	<b>156,0</b>	<b>22,0</b>	<b>178,0</b>	<b>154,1</b>	<b>52.790,3</b>	<b>52.944,4</b>	<b>55.804,1</b>
	*Administracao Geral.																		641,5	795,6	973,6
	*Pesquisa Aplicada	564,8			564,8								600,6	600,6							1.165,4
1991	*Testes e Analise de Qualidade.																		189,8	189,8	189,8
	*Assistencia Medica e Sanitaria.	1.457,3			1.457,3								624,3	624,3							2.081,6
	*Produtos Profilaticos Terapeuticos.																		51.473,7	51.473,7	51.473,7
	<b>T O T A L</b>	<b>2.022,1</b>			<b>2.022,1</b>								<b>1224,9</b>	<b>1224,9</b>	<b>156,0</b>	<b>22,0</b>	<b>178,0</b>	<b>154,1</b>	<b>52.225,0</b>	<b>52.379,1</b>	<b>55.004,1</b>

## CENTRAL DE MEDICAMENTOS

## MINISTERIO DA SAUDE

Tabela C1 - Despesas da CEME por tipo de despesa, 1990 / 1995

(Cr\$ MILHOES)

ANO	TIPOS DE DESPESAS	DESPESAS DE CAPITAL				DESPESAS RECORRIDAS DAS DE CAPITAL								DESPESAS DE PROGRAMAS DE DURACAO CONTINUADA				TOTAL				
						CAPITAL				CORRENTES				CAPITAL		CORRENTES						
		1101	1102	1103	1104	1101	1102	1103	1104	1101	1102	1103	1104	1101	1102	1103	1104					
	Administracao Geral.													155,8	22,8	178,8	154,1	641,5	755,6	973,6		
1	Pesquisa Aplicada	554,8																			1.155,4	
9	Testes e Analise de Qualidade																		189,8	189,8	189,8	
2	Assistencia Medica e Sanitaria	1.821,4																			2.691,9	
	Produtos Profilaticos Imoproticos																				58.953,4	
	TOTAL	2.336,2												1381,1	1381,1	155,8	22,8	178,8	154,1	51.784,7	51.853,8	55.824,1
	Administracao Geral.													155,8	22,8	178,8	154,1	641,5	755,6	973,6		
1	Pesquisa Aplicada	554,8																			1.155,4	
9	Testes e Analise de Qualidade																		189,8	189,8	189,8	
3	Assistencia Medica e Sanitaria	2.155,8																			3.122,3	
	Produtos Profilaticos Imoproticos																				58.433,8	
	TOTAL	2.750,6												1537,1	1537,1	155,8	22,8	178,8	154,1	51.184,3	51.338,6	55.824,1

## CENTRAL DE MEDICAMENTOS

MINISTERIO DA SAUDE

Tabela C1 - Despesas da CEME por tipo de despesa, 1990 / 1995

(C-§ MILHÕES)

ANO	TIPOS DE DESPESAS	DESPESAS DE CAPITAL			DESPESAS DE CORRENTES DAS DE CAPITAL						DESPESAS DE PROGRAMAS DE DURACAO CONTINUADA						TOTAL
		CAPITAL			CORRENTES						CAPITAL			CORRENTES			
		INVESTIMENTOS	CONSUMIDIVAS	OUTRAS	INVESTIMENTOS	CONSUMIDIVAS	OUTRAS	INVESTIMENTOS	CONSUMIDIVAS	OUTRAS	INVESTIMENTOS	CONSUMIDIVAS	OUTRAS				
	*Administracao Geral.										156,8	22,8	178,8	154,1	641,5	795,6	973,6
1	*Pesquisa Aplicada	554,8									688,6	688,6					1.155,4
3	*Testes e Analise de Qualidade.														189,8	189,8	189,8
4	*Assistencia Medica e Sanitaria.	2.914,4									1249,7	1249,7					4.163,1
	*Produtos Profilaticos Terapeuticos.														49.332,2	49.332,2	49.332,2
	TOTAL	3.473,2									1849,3	1849,3	156,8	22,8	178,8	154,1	58.297,6
	*Administracao Geral.										156,8	22,8	178,8	154,1	641,5	795,6	973,6
1	*Pesquisa Aplicada	554,8									688,6	688,6					1.155,4
9	*Testes e Analise de Qualidade.														189,8	189,8	189,8
5	*Assistencia Medica e Sanitaria.	3.642,9									1551,8	1551,8					5.243,9
	*Produtos Profilaticos Terapeuticos.														48.351,4	48.351,4	48.351,4
	TOTAL	4.287,7									2161,6	2161,6	156,8	22,8	178,8	154,1	49.256,8



ANEXO 4  
FARMACIA BASICA DA CEME

ANEXO 5  
RECURSOS GASTOS COM MEDICAMENTOS A DISPOSICÃO DOS ESTADOS

CEMI - CENTRAL DE MEDICAMENTOS

RESUMO DO MOVIMENTO / MEDICAMENTOS INDENIZÁVEIS

ÓRGÃOS: 04 - SECRETARIAS

MÊS: Receb. até 30.11.88  
Saldo dev. até 31.12.88

	<u>RECEBIMENTOS</u>	<u>SALDO DEVEDOR</u>
ACRE .....	29.153.270,69	
ALAGOAS .....	8.216.771,04	298.200.036,90
AMAPÁ .....		56.938.990,21
AMAZONAS .....	34.264.717,46	39.458.069,67
BAHIA .....	16.756.074,44	312.936.410,32
CEARÁ .....		27.287.359,31
DIST. FEDERAL .....		34.256.982,91
ESP. SANTO .....	38.500.312,04	26.183.136,32
GOIÁS .....	39.475.789,00	562.486.675,63
MARANHÃO .....	11.568.405,46	12.703.142,74
MATO GROSSO .....	21.310.925,70	100.410.644,65
MATO GROSSO SUL .....	43.235.354,14	35.594.650,86
MINAS GERAIS .....	256.993.082,63	46.081.788,47
PARÁ .....	60.933.529,90	110.496.969,93
PARAÍBA .....	2.536.122,73	112.933.092,83
PARANÁ .....	75.075.267,21	19.925.746,02
PERNAMBUCO .....	5.872.446,64	63.278.027,52
PIAUI .....	18.810.665,11	116.332.082,98
RONDÔNIA .....	202.602.838,94	239.085.167,67
RORAIMA .....	9.148.222,76	10.829.567,21
RIO DE JANEIRO .....	145.196.487,73	82.268.992,61
RIO GRANDE NORTE .....		20.270.666,93
RIO GRANDE SUL .....	114.159.362,65	28.765.699,09
SANTA CATARINA .....	27.591.453,08	41.146.033,44
SÃO PAULO .....	13.214.872,40	9.227.329,39
SERGIPE .....	4.066.793,37	33.214.231,19
<b>TOTAL .....</b>	<b>1.178.682.765,12</b>	<b>2.440.311.494,74</b>

## BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- AGUIAR, E. et alii, "Controle do Consumo de Antimicrobianos no Hospital de Base do Distrito Federal", Revista de Assistência Médica Brasileira, vol. 32, No.7/8, jul-ago de 1986.
- ARCOVERDE, W.M., "A Indústria Farmacêutica e o Controle de Medicamentos no Brasil" (Depoimento realizado perante a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Indústria Farmacêutica, em 20 de agosto de 1980), Brasília, mimeo., 1980
- Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil (ALFOB), "Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise Crítica e Propostas", abril de 1990, mimeo.
- BARROS, J.A.C., "Estratégias Mercadológicas da Indústria Farmacêutica e o Consumo de Medicamentos" in Revista de Saúde Pública, São Paulo, 17:377-86, 1983.
- \_\_\_\_\_, "A Batalha dos Genéricos: Competindo com os Nomes de Marca do Mercado Farmacêutico", in Revista Saúde em Debate", Ed. CEBES, Londrina (PR) No. 23, dez de 1988.
- BENFICA, F.S. et alii, "Avaliação do Controle de Venda de Medicamentos em uma Amostra de Farmácias em Porto Alegre - RS", Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 27(4):496-9, out/dez de 1983.
- FRENKEL, J. et. alii., "Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira", Brasília, FINEP/CEP/GEPETC, 199p., 1978.
- GIOVANNI, G e SALES FILHO, S.L.M., "A Integração Necessária entre Tecnologia e Saúde: A maior aproximação entre a produção de medicamentos e a prestação de serviços médicos pode trazer melhorias para toda a área de saúde. São Paulo, mimeo., 1986.
- GIOVANNI, G., "A Questão dos Remédios no Brasil: Produção e Consumo", Ed. Polis, Coleção Sociedade e Saúde, São Paulo, 1980.
- GONÇALVES, A e GONÇALVES, N.N.S., "Ciência e Tecnologia em Saúde em Nosso Meio: Alguns Pontos Básicos", Revista Ciência e Cultura, 37(3), Rio de Janeiro, março de 1985.
- HAAK, H., "Padrões de Consumo de Medicamentos em dois Povoados da Bahia", in Revista de Saúde Pública, São Paulo, 23:143-

151, 1989.

- MARX, Maria, et alii, "Estudo Preliminar sobre a Implantação de uma Unidade de Produção de Medicamentos em Hospital", *Cadernos Farmaceuticos*, 1(1):31-37, 1985
- Ministério da Saúde, "Relatório de Atividades do Período janeiro de 1989-março de 1990", Brasília, 1990, mimeo.
- Ministério da Saúde/CEME, "O Farmacêutico e a Farmácia Básica Ceme", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- \_\_\_\_\_, "Documento-Proposta: Política de Medicamentos em Revisão", Brasília, 1987, mimeo.
- \_\_\_\_\_, "Plano Plurianual 1990-1995 da Central de Medicamentos - CEME", Brasília, 1990, mimeo.
- \_\_\_\_\_, "Medicamentos Essenciais: Medidas para Assegurar o Abastecimento Interno", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, maio de 1987.
- \_\_\_\_\_, "Medicamentos Essenciais: Os Caminhos da Autonomia", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, janeiro de 1987.
- \_\_\_\_\_, "O Médico e a Farmácia Básica CEME", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, janeiro de 1987.
- \_\_\_\_\_, "Relatório Anual de Atividades, 1988", Brasília, janeiro de 1989, mimeo.
- \_\_\_\_\_, "I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, out. de 1988
- \_\_\_\_\_, "Boas Práticas para a Fabricação de Produtos Farmacêuticos", Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 1989.
- PEDROSA, D.E. e GEREZ, J.C.C, "Produção de Fármacos: Questão de Sobrevivência", São Paulo, mimeo., 1986.
- ROSA, V.H.T., "Produção e Controle de Qualidade de Medicamentos e Correlatos em Hospital" in *Cadernos Farmaceuticos*, 1(1):24-30, 1985.
- ROSAS, E.J., " Antidistônicos - Interesses Comerciais x Saúde" in *Revista Saúde em Debate*, Ed. CEBES, Londrina (PR), No. 25, junho de 1989.
- ROSENFELD, S., "O Uso de Medicamentos no Brasil" in LAPORTE, J.R., TOGNONI, G., e ROSENFELD, S., "Epidemiologia do Medicamento: Princípios Gerais", Ed. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 1989.



## BIBLIOGRAFIA INTERNACIONAL

- Organização Panamericana da Saúde, "Seminário Sobre El Control de Drogas en las Americas", Ed. OPS, Publicación Científica No. 225, Washington, 1971.
- DEPUY, J.P., "A Invasão Farmacêutica", Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- FOSTER, S.D., "Improving the Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa", Ed. World Bank (WPS 456), June 1990.
- HOGERZEIL, H.V e HOFES, M., "Essential reagents for rural medical laboratories in Ghana" in Medical Supplies, April 1986.

NÚMEROS JÁ PUBLICADOS:

01/88 - CRÍTICA DE RAZÕES NO CENSO ECONÔMICO

Renato Martins Assunção (ENCE/IBGE)

Rosana de Freitas Castro (DEIND/IBGE)

José Carlos R.C. Pinheiro (ENCE/IBGE)

02/88 - USO DE AMOSTRAGEM EM SIMULAÇÃO DE LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA

José Carlos da Rocha C.Pinheiro (ENCE/IBGE)

Manuel Martins Filho (DISUL/SERPRO)

03/88 - FORECASTING THE NUMBER OF AIDS CASES IN BRAZIL

Dani Ganeman (IME/UFRJ)

Helio S.Migon (ENCE/IBGE & IME/UFRJ)

04/88 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE REDUÇÃO DA FRAÇÃO DE AMOSTRAGEM NO CENSO  
DEMOGRÁFICO

José Carlos da Rocha C.Pinheiro (ENCE)

José Matias de Lima (DPE/NME)

01/89 - MIGRAÇÕES ANUAIS RURAL - URBANO-RURAL

PERÍODO 70/80

Kaizō Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)

Helio dos Santos Migon (ENCE/IBGE)

02/89 - CURVA DE LORENZ & ÍNDICE DE GINI PARA DISTRIBUIÇÕES DE RENDA

José Paulo Q.Carneiro (ENCE/IBGE)

Jorge Luiz Rangei Costa (CIDE)

03/89 - METODOLOGIA DE CRÍTICA DE EQUAÇÕES DE FECHAMENTO NOS CENSOS ECONÔMICOS  
de 1985

José Carlos da Rocha Castelar Pinheiro (ENCE/IBGE)

Renato M.Assunção (ENCE/IBGE)

04/89 - UMA PROPOSTA DE DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA DO CENSO DEMOGRÁFICO DE 1990

José Carlos da Rocha Castelar Pinheiro (ENCE/IBGE)

José Matias de Lima (ENCE/IBGE)

- 05/89 - UMA REVISÃO DO BATS - BAYESIAN ANALYSIS OF TIME SERIES  
Helio S.Migon (ENCE/IBGE & IM/UFRJ)  
E. Suyama (ICEX/UFMG)
- 01/90 - PERFIL DE VISITANTES DE MUSEUS  
Kaizô Iwakami Beltrão - Orientador (ENCE/IBGE)  
Angela Caruso Pereira (ENCE/IBGE)  
Christine Guimarães Thomaz Pereira (ENCE/IBGE)  
Maria Justina Nunes Carollo (ENCE/IBGE)  
André Nuñez Viêgas (ENCE/IBGE)  
Eliane Pszczol (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)  
Marcia Saraiva Leon (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)  
Rosane Maria da Rocha (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)
- 02/90 - O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:  
DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO  
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 03/90 - THE PLANAR CLOSING LEMMA FOR CHAIN RECURRENCE  
Maria Lucia Alvarenga Peixoto (ENCE/IBGE)  
Charles Chapman Pugh (Berkeley, Cal., USA)
- 04/90 - MEDIDAS DE MORTALIDADE: UM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DAS MUDANÇAS DE  
ESCOLARIDADE DA MÃE E DA ESTRUTURA DE FECUNDIDADE EM QUATRO ÁREAS  
BRASILEIRAS  
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)  
Diana Oya Sawyer (CEDEPLAR/UFMG)
- 05/90 - A MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL  
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 06/90 - COMPARAÇÃO DE ALGUNS MÉTODOS PARA ESTIMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

- 07/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA: PASSADO, PRESENTE e FUTURO  
Ana Amélia Camarano (IPEA)  
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 08/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA POR NÍVEL DE RENDA  
Ana Amélia Camarano (IPEA)  
Kaizô Beltrão (ENCE/IBGE)
- 09/90 - PROGRAMA PARA ANÁLISE DE EXPERIMENTOS PLANEJADOS  
SEGUNDO O ENFOQUE DE NELDER  
Denise Cunha Ottero (ENCE/IBGE)
- 10/90 - SISTEMA ESTATÍSTICO, PLANEJAMENTO E SOCIEDADE NO BRASIL  
(NOTAS PARA UMA DISCUSSÃO)  
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 11/90 PREVIDÊNCIA SOCIAL - Velhos Problemas, Novos Desafios  
Pedro Luiz Barros Silva - FENAP/SAF  
André Cezar Medici - ENCE/IBGE
- 01/91 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL  
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)  
Francisco de Oliveira (IPEA)  
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)