



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Fernandes Alexandre, Rodrigo; de Assis Bastos, Ediane; Schneiders, Roberto Eduardo;
Faria Domingues, Paulo Henrique; do Nascimento Júnior, José Miguel
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: pacto federativo para a garantia
da integralidade do tratamento medicamentoso no SUS
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 4, abril, 2016, pp. 1313-1314
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63044891033>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: pacto federativo para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso no SUS

Specialized Pharmaceutical Services Component: federative pact for ensuring the comprehensiveness of drug treatment in the Unified Health System (SUS)

Rodrigo Fernandes Alexandre¹

Ediane de Assis Bastos¹

Roberto Eduardo Schneiders¹

Paulo Henrique Faria Domingues¹

José Miguel do Nascimento Júnior¹

¹ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde.

Senhor editor,

Interessante o artigo de Fonseca e Costa¹ que avaliou o processo de negociação entre Ministério da Saúde (MS) e governos subnacionais na construção, em 2009, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Entretanto, os achados deste artigo devem ser interpretados com cautela, porque os autores realizaram inferências sem considerar o processo histórico e a profundidade dos debates vivenciados na elaboração e implementação do CEAF. Ao descontextualizar a recentralização, os autores omitiram a complexidade do processo, chegando a conclusões que não refletem a relação interfederativa na concretização dessa política pública.

A construção do CEAF foi iniciada em 2008 com o grupo de trabalho tripartite² criado para reformular a política de medicamentos de alto custo. Assim, a construção do CEAF retomou a coordenação interfederativa desta política, ampliou o acesso aos medicamentos e deu sustentabilidade econômica, sem provocar verticalização e redução da autonomia decisória dos governos subnacionais, como afirmado pelos autores.

Essa construção demandou profundas alterações no modelo existente³, em que a centralização foi apenas uma das estratégias, contrariando a afirmação dos autores. O CEAF passou a ser uma estratégia de acesso ao tratamento medicamentoso definido nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, cujas tecnologias são avaliadas na Co-

missão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde do SUS, instância com representação dos três entes federados. Do ponto de vista econômico, ampliaram-se as isenções fiscais e a aplicação do coeficiente de adequação de preços para a totalidade dos medicamentos; bem como a centralização de um conjunto selecionado de medicamentos. Somadas à reorganização das responsabilidades pelo financiamento, essas estratégias permitiram a sustentabilidade econômica dessa política, com a ampliação do acesso e novas incorporações de medicamentos⁴.

Com a centralização, em cinco anos, foram otimizados R\$ 1,4 bilhão, considerando-se a redução dos preços dos medicamentos produzidos sob monopólio, em que o poder de compra do MS é a estratégia econômica mais eficiente⁵. Esses recursos, somados à ampliação do orçamento do MS, permitiu um crescimento de 33% no número de pessoas tratadas. Além disso, contribuiu para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, reduzindo a vulnerabilidade nacional no campo dos fármacos e medicamentos, contribuindo para a melhoria da balança comercial com fortalecimento regional.

Portanto, não é de se estranhar que os estados não rejeitaram tal proposta, como se surpreenderam os autores do estudo, pois a construção do CEAF se deu a partir de um amplo espectro de discussões, numa arena em que os atores estavam alinhados em torno da agenda. As propostas pactuadas foram implementadas porque eram estruturantes e mais profundas do que a simples centralização da compra dos medicamentos, como foi concluído pelos autores do estudo.

Referências

1. Fonseca EM, Costa NR. Federalismo, complexo econômico-industrial da saúde e assistência farmacêutica de alto custo no Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(4):1165-1176.
2. Brasil. Portaria Nº 14, de 19 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a instituição de Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta para o aprimoramento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional - CMDE. *Diário Oficial da União* 2008; 20 nov.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Brasília: MS; 2010.
4. Alexandre RF, Domingues, PHF, Bastos EA, Schneiders RE, Nascimento Júnior JM. Acesso aos medicamentos incorporados no SUS: estratégias para garantia da sustentabilidade econômica. *Gestão & Saúde* 2015; 6(4):3338-3353.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS*. Brasília: MS; 2014.

Os autores respondem à carta

Reply

Federalismo e medicamentos de alto custo no Brasil

Federalism and high-cost medication in Brazil

*Elize Massard da Fonseca*²

*Nilson do Rosário Costa*³

² Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

³ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

Agradecemos aos comentários e manifestamos a satisfação em poder retomar algumas questões teóricas e argumentativas que ficaram implícitas no texto.

O objetivo do nosso artigo é realizar uma análise de processo político do desenvolvimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do Executivo Federal/Ministério da Saúde (MS). Nesses termos, o texto pode ser lido considerando estritamente as fronteiras de uma análise de processo político, minimizando quaisquer pretensões de avaliação da ação governamental.

A decisão de realizar a análise de processo político tem muitos aspectos positivos e, como toda reflexão científica, também suas restrições. A preocupação do nosso texto não é demonstrar resultados ou argumentar favoravelmente sobre a efetividade e qualidade governamental ou da ação de qualquer ator da sociedade civil. Espera-se que a análise de processo político tenha sucesso em provocar a reflexão sobre processos decisórios na esfera pública, frequentemente reificados como resultado natural de decisões administrativas ou de um pacto setorial virtuoso.

Para desenvolver o texto, recorremos à referência teórica de mudança institucional, para a qual é essencial analisar o processo em perspectiva histórica. Metodologicamente, isto é importante porque uma análise pontual do período de transformação institucional, invariavelmente, enfatizaria apenas o papel da agência neste processo¹. Diferentemente, investigamos o contexto histórico e, com base na literatura da ciência política, também o processo de negociação das condições de provisão de medicamentos de alto custo no país.

Os atentos comentaristas informam que as alterações na política de medicamentos de alto

custo são resultado do grupo de trabalho tripartite em 2008. Portanto, se havia uma clara ineficiência na compra descentralizada de medicamentos de alto custo, com assimetria no poder de compra entre Estados, por que esta decisão não foi tomada anteriormente? Ao tentar responder este questionamento abordamos a tensão centralização x descentralização que tem sido bastante reificada na produção intelectual sobre o federalismo e a política de saúde brasileira. Essa objetivação impede que sejam questionadas as falhas [ou virtudes] da coordenação federativa por força do conflito de interesses e do poder de veto das instâncias regionais, locais e mesmo empresarial. O país padece nos dias atuais de um seriíssima crise sanitária que interroga as falhas de coordenação na vigilância epidemiológica e no saneamento, o que ressalta a pertinência da reflexão sobre os processos decisórios no âmbito federativo.

Nesse sentido, consideramos muito importantes as afirmações dos comentaristas sobre a atuação do CEAF, que teria ampliado o acesso aos medicamentos e a sustentabilidade econômica da política pública sem provocar verticalização e redução da autonomia decisória dos governos subnacionais. Os autores afirmam ainda que o novo arranjo “contribuiu para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, reduzindo a vulnerabilidade nacional no campo dos fármacos e medicamentos, contribuindo para a melhoria da balança comercial com fortalecimento regional”.

Entretanto, estes efeitos não explicam a decisão da recentralização. Reafirmamos a relevância de analisar, em perspectiva diacrônica, os eventos cruciais que levaram à decisão de tamanha relevância política. Nossos achados sugerem que a decisão da recentralização é explicável pela eficácia dos mecanismos de coordenação do governo federal.

Não resta dúvida que afirmações de agentes públicos sobre a experiência de implantação bem sucedida de uma política de governo devem motivar pesquisas independentes que ratifiquem, ou não, os resultados reivindicados. Defendemos a importância estratégica das pesquisas independentes sobre as decisões governamentais diante da severa e inquietante crise de confiança em relação à esfera pública em curso no país.

Referências

1. Pierson P. *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press; 2004.