

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E
GOVERNANÇA PÚBLICA**

ALEXANDRA PATRICIA ALBAREDA

**AVALIAÇÃO DA ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE DA
POLÍTICA PÚBLICA DAS PARCERIAS PARA O
DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO**

DISSERTAÇÃO

**CURITIBA
2020**

ALEXANDRA PATRICIA ALBAREDA

**AVALIAÇÃO DA ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE DA
POLÍTICA PÚBLICA DAS PARCERIAS PARA O
DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO**

Dissertação apresentada ao do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Planejamento e Governança Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lobato Torres

CURITIBA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Albareda, Alexandra Patricia

Avaliação da economicidade e vantajosidade da política pública das parcerias para o desenvolvimento produtivo [recurso eletrônico] / Alexandra Patricia Albareda.-- 2020.

1 arquivo texto (164 f.) : PDF ; 2,46 MB.

Modo de acesso: World Wide Web

Título extraído da tela de título (visualizado em 3 abr. 2020)

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Planejamento e Governança Pública, Curitiba, 2020

Bibliografia: f. 111-123.

1. Administração pública - Dissertações. 2. Administração pública - Legislação. 3. Administração pública - Aspectos econômicos. 4. Política de saúde - Política governamental - Brasil. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Política governamental. 6. Compras (Serviço público) - Brasil - Aspectos econômicos. 7. Sistemas de distribuição de medicamentos - Brasil. 8. Medicamentos - Brasil - Política governamental I. Torres, Ricardo Lobato. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública. III. Título.

CDD: ed. 23 – 351

Biblioteca Central da UTFPR, Câmpus Curitiba
Bibliotecário: Adriano Lopes CRB-9/1429

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 112

A Dissertação de Mestrado intitulada **AVALIAÇÃO DA ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DAS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO**, defendida em sessão pública pelo(a) mestrando(a) **Alexandra Patricia Albareda**, no dia 13 de fevereiro de 2020, foi julgada para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Governança Pública, área de concentração Planejamento Público e Desenvolvimento, e aprovada em sua forma final, pelo **Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública**.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ricardo Lobato Torres – UTFPR (Presidente)

Prof.a Dr.a Ana Paula Myszczuk – UTFPR

Prof.a Dr.a Julia Paranhos de Macedo Pinto – UFRJ

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 13 de fevereiro de 2020

Carimbo e Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa

À minha família.
Vocês são a força que me move.

AGRADECIMENTOS

Impossível iniciar esta dissertação sem o devido agradecimento e reconhecimento a todos aqueles que me ajudaram nesta caminhada.

Agradeço a Deus por me dar forças para empreender essa jornada. Foi um sonho postergado por muito tempo, mas enfim realizado.

Agradeço à minha família pelo carinho e suporte em todo momento. Às minhas filhas, Celina e Victória, pela paciência; à minha mãe, Patricia, pelo amor e carinho com que celebra cada conquista minha; ao meu irmão e minha cunhada, André e Martha, que sempre estiveram ao meu lado e rezam sempre por mim; e, em especial ao meu marido, Victor, pela paciência, dedicação, carinho e força. Você foi o maior presente que o Mestrado me proporcionou.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Lobato Torres, que desde o início acompanhou e guiou os meus passos, abraçou as minhas ideias, e dividiu comigo cada conquista ao longo destes dois anos. Meu profundo reconhecimento a ele como pessoa e como profissional. O mundo precisa de mais Professores assim.

Agradeço às Professoras Ana Paula Myszczyk e Julia Paranhos, que participaram da minha banca de qualificação e de defesa e aportaram valiosas contribuições para melhoria do meu trabalho.

Agradeço a todos os meus colegas de curso, em especial às minhas colegas, mulheres batalhadoras e inspiradoras, que se tornaram amigas que levarei para a vida. Obrigada pela parceria de sempre.

Agradeço aos professores do curso de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública por cada ensinamento e seu comprometimento com a educação pública.

Agradeço às minhas eternas amigas, que alegraram meus dias e comemoram comigo cada vitória: Julianne, Jeanne, Patricia, Fabi e Michele. Ainda brindaremos a muitas conquistas juntas.

RESUMO

ALBAREDA. Alexandra Patricia. **Avaliação da economicidade e da vantajosidade da política pública das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo**. 164 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Governança Pública) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

A política das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) surge como estratégia do governo em prol do fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A política visa, entre outros, a internalização de tecnologias estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), a diminuição da dependência externa e da vulnerabilidade do SUS por meio da economicidade e vantajosidade nas aquisições e a ampliação do acesso da população a esses insumos estratégicos. Apesar da primeira PDP datar do ano de 2009, o seu marco regulatório ocorreu em 2014, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.531, na qual são descritos oito objetivos da política, sendo que este trabalho se propôs a avaliar especificamente o quarto objetivo: “proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais”. Para tal, foi realizado um estudo de caso, por meio da adoção de uma abordagem metodológica mista, com a proposição de quatro indicadores de avaliação de resultados. Em um primeiro momento, foram avaliados os aspectos quantitativos relacionados às compras de insumos realizados por meio das PDPs e das aquisições dos mesmos medicamentos sem contratos de parcerias (anteriores, concomitantes ou posteriores). Em seguida, foram analisados os aspectos qualitativos da política e da inclusão dos medicamentos que fazem parte das PDPs no SUS, por meio da análise das listas da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e de relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Os resultados da análise quantitativa permitiram confirmar que houve uma redução de custos nas aquisições dos medicamentos avaliados após o início das PDPs, ao mesmo tempo em que houve aumento na quantidade adquirida desses insumos, em comparação com compras realizadas sem contrato de parceria, o que atende, portanto, ao objetivo da busca pela economicidade. Por sua vez, a análise qualitativa dos indicadores propostos permitiu inferir uma falta de planejamento por parte dos gestores públicos e falta de observância às normativas da política pública das PDPs no que concerne ao princípio da vantajosidade, tendo em vista que aproximadamente 40% dos medicamentos ofertados à população que possuem contratos de parceria junto ao Ministério da Saúde (MS), não podem ser considerados vantajosos do ponto de vista custo-efetivo.

Palavras-chave: Complexo Econômico-Industrial da Saúde; Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo; Economicidade; Vantajosidade; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

ABSTRACT

ALBAREDA. Alexandra Patricia. **Evaluation of the economicity and advantageous of the Partnerships for Productive Development Policy**. 164 f. Dissertation (Professional Master in Planning and Public Governance) – Federal Technological University of Paraná. Curitiba, 2020.

The Partnerships for Productive Development Policy (PDPs in Portuguese) was put in place as a strategy by the Government towards strengthening the Healthcare Economic and Industrial Complex (CEIS in Portuguese). The policy aims at bringing in-house technologies that are strategic to the Brazilian Healthcare System (SUS in Portuguese), reducing the system's outsourcing dependency, as well as reducing its overall vulnerability through the better economics and advantageous scenarios brought about by purchase deals and by broadening the public's access to those strategic medicines, among others. Even though the first PDP was brought to life in 2009, the policy was only regulated in 2014, when Ministerial Order GM/MS nº 2531 was passed. While the Resolution describes the eight objectives of the aforementioned policy, this work is intended at assessing the fourth of these objectives: "to protect the best interest of both the Administration and society by seeking the best economics and advantages, taking into account costs, quality, technology and benefit to the general public". In order to achieve the objective of this work, a case study was conducted using a mixed methodology approach, through the nomination of four assessment indicators. At first, the assessment focused on the quantitative aspects related to the purchase of inputs carried out through the PDPs in comparison to purchases of the same medicines without the Partnerships (either prior, current or future ones). Subsequently, the assessment was done on the qualitative aspects of both the policy and the inclusion of medicaments that are part of the PDPs run by the Brazilian Healthcare System (SUS), through the analysis of the National List of Essential Medicines (Rename in Portuguese) as well as reports issued by the SUS' National Committee for Technology Incorporation (CONITEC in Portuguese). The quantitative assessment confirmed that there was a reduction in the overall purchase cost of those medicaments evaluated as part of this work after the PDPs were put in place, while there was also an increase in the amount of the same medicines being purchased when compared to those purchases conducted outside of the Partnerships model, therefore contributing to the pursuit of the best economic scenario. On the other hand, the quantitative analysis of the same performance indicators demonstrates a lack of planning by the Government agents and a lack of compliance by the same agents with the guiding principles of the PDP policy with regards to achieving the most advantageous purchase. That conclusion comes from the fact that nearly 40% of the medicines covered by Partnership contracts with the Brazilian Healthcare Agency (Ministério da Saúde, in Portuguese) that are offered to the public cannot be considered advantageous from a cost-effectiveness perspective.

Keywords: Healthcare Economic and Industrial Complex; Partnerships for Productive Development; Economicity; Advantageous; Evaluation of Healthcare Technologies.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Número de projetos e TCs vigentes por fase da PDP, Brasil, 2019.....	49
TABELA 2 –	Resultados da revisão de literatura.....	65
TABELA 3 –	Quantidades médias de medicamentos adquiridos por ano sem e com PDPs e razão entre as médias, Ministério da Saúde, Brasil: 2005-2019.....	88
TABELA 4 –	Preço unitário médio nas aquisições de medicamentos com e sem PDPs (em R\$) atualizado pelo IPCA (ano base 2018) e variação percentual entre os preços.....	91
TABELA 5 –	Preço unitário médio nas aquisições de medicamentos com e sem PDPs (em R\$) atualizado pelo IPCA e pela taxa cambial (ano base 2018) e variação percentual entre os preços.....	92

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 –	Etapas de uma Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP).....	48
FIGURA 2 –	Mapa das despesas com ações e serviços públicos de saúde per capita/ano por Estado (2008-2017) (R\$).....	56
FIGURA 3 –	Caracterização da pesquisa.....	62
FIGURA 4 –	Modelo conceitual e design da pesquisa.....	64
FIGURA 5 –	Caminhos da pesquisa.....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Medidas que culminaram no surgimento das PDPs.....	46
QUADRO 2 –	Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs (2019).....	50
QUADRO 3 –	Trabalhos selecionados na revisão de literatura (por macroassunto), autores, ano de publicação e nº de citações (2020).....	66
QUADRO 4 –	Indicadores sugeridos para avaliação da economicidade e vantajosidade das PDPs.....	74
QUADRO 5 –	Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs.....	83
QUADRO 6 –	Quantidade de compras por medicamento entre os anos de 2005 e 2018 (com e sem PDPs).....	85
QUADRO 7 –	Insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV, seu ano de inclusão na Rename (2000 a 2018) e ano de assinatura do TC da PDP.....	97
QUADRO 8 –	Medicamentos em fases III e IV das PDPs, existência ou não de avaliação da CONITEC, ano de inclusão ao SUS e ano de assinatura do TC.....	99
QUADRO 9 –	Medicamentos em fases III e IV das PDPs, ano de inclusão ao SUS, ano de inclusão na Rename e ano de assinatura do TC da PDP.....	101
QUADRO 10 –	Resumo dos resultados do estudo de caso obtidos pelo método misto.....	104

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABDI	– Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
API	– <i>Application Programming Interface</i>
ATS	– Avaliação de Tecnologias em Saúde
BNDES	– Banco Nacional de Desenvolvimento
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CATMAT	– Catalogação de materiais
CCTI	– Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde
CEIS	– Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CF/88	– Constituição Federal de 1988
CONITEC	– Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CTR	– Comitês Técnicos Regulatórios
FINEP	– Financiadora de Estudos e Projetos
GECIS	– Grupo Executivo do Complexo Industrial de Saúde
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	– Instituições científicas, tecnológicas e de inovação
IPCA	– Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	– Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PBM	– Plano Brasil Maior
PDP	– Política de Desenvolvimento Produtivo
PDPs	– Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo
PI	– Política industrial
PIB	– Produto Interno Bruto
PICE	– Política Industrial e de Comércio Exterior
PITCE	– Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PPPs	– Parcerias Público-Privadas
PND	– Plano Nacional de Desestatização
II PND	– II Plano Nacional de Desenvolvimento

PNCTIS	– Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNGTS	– Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNITS	– Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde
PROCIS	– Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde
PROFARMA	– Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica.
P&D	– Pesquisa e Desenvolvimento
RAB	– Regime Automotivo Brasileiro
RENAME	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	– Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SUS	– Sistema Único de Saúde
TC	– Termo de compromisso
UASG	– Unidade Administrativa de Serviços Gerais
UG	– Unidade Gerencial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.2 OBJETIVO GERAL	19
1.2.1 Objetivos específicos	19
1.3 JUSTIFICATIVA	20
1.3.1 Contribuições da pesquisa	21
1.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	22
1.5 ESTRUTURA	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	24
2.1.1 O Sistema Único de Saúde e a assistência farmacêutica.....	27
2.2 A POLÍTICA INDUSTRIAL E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE NO BRASIL.....	29
2.2.1 Política industrial brasileira	30
2.2.2 O complexo econômico-industrial da saúde (CEIS).....	34
2.2.3 O CEIS e as políticas industriais brasileiras.....	37
3 AS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO	41
3.1 SURGIMENTO E FUNCIONAMENTO DAS PDPS: ARCABOUÇO REGULATÓRIO	41
3.2 ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE	51
3.3 COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS	55
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	61
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	61
4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	65
4.2.1 Revisão de literatura	65
4.2.2 Análise quantitativa.....	69
4.2.3 Análise qualitativa	71
4.2.4 Apresentação e análise dos resultados	72
5 RESULTADOS	76
5.1 PESQUISA ACADÊMICA RELACIONADA ÀS PDPS	76
5.2 ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE	83

5.2.1 Economicidade	84
5.2.2.1 <i>Indicador 1: Oferta de medicamentos no SUS</i>	88
5.2.1.2 <i>Indicador 2: Economia do MS com as PDPS</i>	90
5.2.2 Vantajosidade	95
5.2.2.1 <i>Indicador 3: Medicamentos constantes na Rename</i>	96
5.2.2.2 <i>Indicador 4: Produtos estratégicos que passaram por uma ATS</i>	98
5.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE A – QUANTIDADES TOTAIS UNITÁRIAS E VALORES GASTOS (R\$) POR ANO DAS AQUISIÇÕES REALIZADAS VIA PDPS (2009 A 2018).....	124
APÊNDICE B – QUANTIDADES TOTAIS UNITÁRIAS, MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E VALORES GASTOS (R\$) POR CADA AQUISIÇÃO REALIZADA FORA DAS PDPS (2005 A 2018).....	128
APÊNDICE C – QUANTIDADES TOTAIS UNITÁRIAS E VALORES GASTOS (R\$) POR ANO NAS AQUISIÇÕES REALIZADA FORA DAS PDPS (2005 A 2018)....	155
APÊNDICE D – NÚMEROS ÍNDICES DE IPCA E TAXA DE CÂMBIO 2005 A 2018 (ANO BASE 2018)	163
ANEXO 1 – INDICADORES DE MONITORAMENTO DOS RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS DAS PDPS PROPOSTOS POR SILVA (2017).....	164

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) elenca a saúde como um dos direitos sociais e a tornou um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988, art. 196). Para tal, a própria CF/88 estipulou que ações e serviços públicos de saúde integrariam um sistema único, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988).

Ainda, em seu artigo 200, a CF/88 apresenta oito competências do Sistema Único de Saúde (SUS), entre as quais são se destacam duas (incisos I e V) para fins desta pesquisa: a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e hemoderivados e o incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico e à inovação.

A lei que viria a regulamentar o SUS surge em 1990, trazendo entre suas atribuições a “**formulação** da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a **participação** na sua produção” (BRASIL, 1990, art. 6º, VI, grifo meu).

Apenas em 1998 é promulgada a Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro, sendo que o documento oficial foi lançado em 2001, apresentando entre suas diretrizes a necessidade do desenvolvimento científico e tecnológico e da promoção da produção de medicamentos no país (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001). Nesse sentido, verifica-se a importância dada à legislação à produção nacional de insumos de saúde como parte da política social que garante uma saúde universal, o que só pode ser garantido por meio de políticas industriais voltadas ao setor.

E desse reconhecimento surge o Complexo Industrial da Saúde, posteriormente denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), enquanto conceito para ação política que buscou aliar o setor industrial à área da saúde, mostrando que ambos se complementam, não podendo ser pensados de maneira dissociada, pois, mesmo que o Brasil reconheça que a saúde é um direito social de todo cidadão, devendo ser promovido pelo Estado de maneira equânime, não há como separá-lo do viés econômico e capitalista, pois não é possível falar em saúde sem insumos, suprimentos e produtos ou equipamentos.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) surgiram em 2009 como parte do CEIS, sendo consideradas uma política industrial que visa ao fortalecimento da indústria da saúde nacional, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade do SUS ao mercado externo por meio da absorção de tecnologias pelos laboratórios públicos nacionais, possibilitando a produção local de insumos e produtos de saúde essenciais, diminuindo, conseqüentemente, o custo das aquisições e ampliando o volume para atendimento das necessidades da população.

Conceitualmente, as PDPs se assemelham às Parcerias Público-Privadas (PPPs), sendo que as principais diferenças residem no fato de as PDPs se concentrarem no setor produtivo da saúde e apresentarem como resultado final uma internalização de tecnologia por parte do setor público, de maneira a tornar o Estado autossuficiente na gestão das necessidades relacionadas aos produtos de saúde. Em contrapartida, durante o processo de transferência, o produtor tem exclusividade no fornecimento do insumo ao Estado, garantido pelo poder de compra deste (BONFIM; SEGATTO; GONÇALVES, 2018).

Apesar de terem sido iniciadas em 2009, as PDPs foram regulamentadas em 2012 por meio da Portaria nº 837, de 18 de abril, definindo os critérios para estabelecimento das parcerias. Posteriormente, em 2014, a Portaria nº 2.531, de 12 de novembro, redefiniu os critérios para seleção dos insumos estratégicos que poderiam fazer parte de uma parceria, além de disciplinar o seu funcionamento. Essencialmente, as PDPs são compostas por quatro fases, iniciando pela apresentação da proposta por um laboratório público.

Após análise, caso a proposta seja aprovada, assina-se um Termo de Compromisso junto ao Ministério da Saúde, dando assim início à parceria (fase II). Na terceira fase começa o processo de transferência e absorção da tecnologia, momento em que se inicia o fornecimento ao SUS por compras com dispensa de licitação, sem que haja necessariamente a fabricação de alguma parte do medicamento, cujas etapas podem ser incorporadas aos poucos pelo laboratório público e/ou parceiro privado nacional. A fase IV é a etapa em que o componente tecnológico estratégico foi plenamente absorvido ou internalizado.

Ressalta-se que, durante os processos vigentes nas fases III e IV, o Ministério da Saúde, como forma de incentivo à empresa produtora, adquire os insumos diretamente dela, sem necessidade de um processo de licitação, sendo realizada uma compra por dispensa, com preços negociados diretamente entre o Ministério da Saúde

(MS) e a empresa, devendo ser compatíveis aos praticados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe enfatizar também que a legislação prevê que, durante essas etapas, o preço dos insumos reduza gradativamente, aplicando-se, como base de cálculo, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e, no que couber, a taxa de variação cambial. Dessa maneira, busca-se garantir já uma redução nos custos de aquisições antes da completa internalização da tecnologia (BRASIL, 2014; IBGE, 2019).

Conforme dados atualizados pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2019 havia nove propostas de parcerias em análise (fase I) e 95 Termos de Compromisso (TC) firmados (fase II em diante), sendo 90 para medicamentos, vacinas e hemoderivados e cinco para produtos de saúde. Do total de TCs firmados, 42 termos referiam-se a parcerias em fase III e IV, sendo 39 de medicamentos e 3 de produtos para saúde. Considerando que para um mesmo medicamento ou produto pode ser firmado mais de um TC, o número de medicamentos que efetivamente estavam na fase III e IV das parcerias diminuiu para 36, sendo 33 de medicamentos e três de produtos.

Esta pesquisa se delimitou aos 33 medicamentos, vacinas e hemoderivados com contrato de PDP em fase III e IV. Ressalta-se, ainda, que desses 33 medicamentos, sete estavam com a sua produção suspensa. Entretanto, considerando que a suspensão possui caráter temporário, passível de revogação, essas sete parcerias também entraram na análise proposta.

A portaria mais recente e em vigor à época desta pesquisa que regulamenta as PDPs elenca oito objetivos a serem atingidos por meio da política pública, dos quais será analisado nesta pesquisa especificamente um deles: “proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a **economicidade e a vantajosidade**, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais” (BRASIL, 2014, art. 3º, IV, grifo meu).

Sendo assim, a presente dissertação se propõe a analisar se as compras realizadas por PDPs geraram economia e foram vantajosas para o Ministério da Saúde, considerando seu papel como impulsoras da política industrial que envolve o setor de saúde, dentro do chamado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As PDPs surgem com a intenção de melhorar a sustentabilidade do SUS do ponto de vista da aquisição e disponibilização dos insumos essenciais para atendimento das necessidades da população. As parcerias, durante a sua vigência, buscam usar a vantagem do poder de compra do SUS, permitindo que a negociação seja realizada diretamente com o produtor que, em contrapartida, terá a sua venda direta garantida por meio da dispensa de licitação.

Um dos objetivos principais da política das PDPs é a proteção dos interesses da administração pública e da sociedade ao buscar a economicidade e vantajosidade na aquisição dos insumos essenciais para o SUS, levando em consideração o preço, a qualidade, a tecnologia e os benefícios sociais. Almeja-se atingir esse objetivo por meio da promoção do desenvolvimento e a fabricação em solo nacional de produtos estratégicos para a saúde, ampliando, assim, o acesso da população a esses insumos sem, no entanto, aumentar as despesas públicas decorrentes de maiores aquisições.

Sendo assim, esta pesquisa se propõe a responder a seguinte questão: **é possível verificar se houve ampliação da oferta de medicamentos estratégicos no SUS concomitantemente ao barateamento no seu custo de aquisição, isto é, houve economicidade para a administração pública? E, por outro lado, as tecnologias que foram incorporadas aos SUS por meio das PDPs foram vantajosas para o Estado, ou seja, trata-se de produtos com melhor recomendação de custo-efetividade?**

1.2 OBJETIVO GERAL

Identificar e descrever a economicidade e vantajosidade nas compras de medicamentos realizadas por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo.

1.2.1 Objetivos específicos

Os seguintes objetivos específicos nortearam a realização deste trabalho, garantindo o cumprimento do objetivo geral proposto:

- Apresentar uma revisão de literatura relacionada às PDPs, de maneira a relacionar os estudos anteriores sobre a política e embasar a pesquisa.

- Coletar dados de quantidade e valor monetário total das compras de medicamentos, vacinas e hemoderivados realizadas por meio das PDPs vigentes e suspensas nas fases III e IV e das compras dos mesmos insumos por licitação normal, realizando comparação dos dados;
- Coletar dados da Rename e da CONITEC dos medicamentos com PDPs vigentes e suspensas nas fases III e IV.
- Identificar e descrever o aspecto da economicidade e da vantajosidade das compras pelo viés da qualidade, tecnologia e benefícios sociais explícitos no art. 3º, IV, da política.

1.3 JUSTIFICATIVA

A pesquisa proposta está centrada nas PDPs, um dos únicas, se não o único, instrumento de política industrial atualmente vigente no Brasil. O fato dessa política estar voltada a um dos pilares constitucionais, que é a saúde, justifica por si só a importância de estudar este tema.

A CF/88 preconiza que a saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado garantir a sua prestação de maneira universal e igualitária. Para assegurar o cumprimento dessa prestação, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei nº 8.080, de 1990, sendo elencadas entre as suas atribuições “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (art. 5º, inc. III) (BRASIL, 1990).

Essas ações são viabilizadas por meio, especialmente, das políticas públicas, de maneira que o estudo proposto neste trabalho se adequa à área de concentração, à linha de pesquisa e ao projeto estruturante do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública.

A área de concentração é **planejamento público e desenvolvimento**, e a verificação do cumprimento dos objetivos das PDPs possibilita uma análise do seu planejamento em prol do desenvolvimento regional. A verificação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde preconizadas pela CF/88 e possibilitadas pelas PDPs se inserem dentro da linha de pesquisa de **planejamento e políticas públicas**. Por sua vez, a análise do cumprimento dos objetivos propostos pela política

pública das PDPs se encaixa no projeto estruturante do Programa, que é o de **políticas públicas em perspectiva: análises e processos**.

O tema abordado, inclusive, busca cumprir com a proposta do programa ao questionar se o processo de planejamento e intervenção da ação pública está sendo adequadamente realizado, induzindo o desenvolvimento local e regional por meio da promoção da saúde da população.

A saúde é reconhecida como condição essencial para o desenvolvimento de uma nação. Um país cujos cidadãos sofrem com uma saúde precária não pode ser considerado desenvolvido. Afinal, não há crescimento econômico em uma sociedade doente. Sendo assim, o investimento em saúde torna-se fator primordial para todo país que deseja elevar suas taxas de crescimento econômico e desenvolvimento social (GADELHA, 2012b).

Ressalta-se que, em virtude de ser um instrumento relativamente novo, há poucas avaliações que envolvem a efetividade das PDPs em relação à economicidade e vantajosidade nas aquisições dos insumos essenciais para atendimento das necessidades da população que dependem do SUS, de maneira que esta pesquisa se justifica pela contribuição aportada como arcabouço teórico para futuras análises e possíveis sugestões de aprimoramentos necessários dentro da política pública atual.

Além disso, enfatiza-se a relevante contribuição social deste estudo, que permitirá verificar se as PDPs cumprem com parte de seu objetivo principal, possibilitando o aumento da disponibilização de insumos de saúde para todos que deles necessitam, garantindo, ainda, a qualidade desse medicamento, gerando também economia para os cofres públicos e, conseqüentemente, para a sociedade.

1.3.1 Contribuições da pesquisa

Elencam-se abaixo as contribuições que se pretendem atingir com os resultados desta pesquisa:

- a) Acadêmica: Fornecer subsídios para aprimoramento de estudos futuros relacionados às PDPs, especialmente em virtude de se tratar de um instrumento de política pública recente, com poucos estudos vinculados à avaliação dos seus resultados.
- b) Programática: Contribuir com a área de concentração do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública, relacionada ao

Planejamento Público e Desenvolvimento, e em especial à linha de pesquisa de Planejamento e Políticas Públicas, apresentando uma análise e resultados preliminares de uma política pública voltada à concretização do direito à saúde no que concerne ao acesso da população a medicamentos considerados essenciais.

- c) Social: Sendo as PDPs um instrumento de política voltado a garantir o acesso da população a insumos de saúde considerados essenciais, buscando, ainda, garantir a qualidade desses insumos e economia em sua aquisição, de maneira a aumentar a sua disponibilização e evitar o desabastecimento, entende-se que a avaliação de seus resultados preliminares traz profundas contribuições à sociedade.

1.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As PDPs são, em certo aspecto, ambiciosas em seus objetivos que, conforme aponta o art. 3º da Portaria GM/MS nº 2.531/14, totalizam oito que incluem aspectos que vão além da economicidade e vantajosidade nas aquisições de insumos essenciais para atendimento das necessidades da população.

As PDPs visam reduzir a dependência produtiva e tecnológica do SUS frente ao mercado externo por meio do fomento ao desenvolvimento e fabricação em solo nacional dos produtos estratégicos para o sistema de saúde, atingindo, assim, a sustentabilidade tecnológica e aumentando a inovação, sendo consequência dessas ações a economicidade, sustentabilidade econômica e ampliação do acesso da população a esses insumos estratégicos, diminuindo, portanto, a vulnerabilidade do SUS (BRASIL, 2014).

Assim, há muito a ser analisado em torno dessa política, mas que, em virtude da sua pouca “idade” e da pouca disponibilidade de dados, torna-se inviável no momento.

Salienta-se, inclusive, a incompletude de informações sobre o andamento das PDPs disponíveis aos cidadãos. Apesar de haver dados concretos e atuais sobre as parcerias vigentes e as aquisições realizadas, não há relatórios justificando a suspensão de contratos ou os motivos que levaram a extinguir algumas parcerias, assim como não há relatórios de monitoramento e acompanhamento das PDPs, que,

conforme aponta a Portaria que regulamenta a política, é responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).

Portanto, esta pesquisa se limita a avaliar o aspecto concernente à economicidade e vantajosidade da política, em prol de analisar se ela tem, de fato, acarretado em economia para os cofres públicos, aumento da disponibilidade dos produtos que fazem parte das parcerias e se mostra vantajosa do ponto de vista da qualidade dos insumos adquiridos.

1.5 ESTRUTURA

A presente dissertação foi estruturada em seis capítulos, iniciado com esta introdução, na qual são abordados os aspectos gerais da temática escolhida, são definidos o problema e os objetivos da pesquisa e são apresentadas as justificativas norteadoras do trabalho.

O segundo capítulo é destinado à fundamentação teórica do estudo, apresentando uma revisão de literatura relacionada às políticas de saúde, às políticas industriais e ao contexto do CEIS.

O terceiro capítulo aborda especificamente o caso de estudo desta dissertação: as PDPs. Apresenta-se o arcabouço regulatório que culminou no surgimento das parcerias; traça-se uma conceituação sobre economicidade e vantajosidade e é abordada a CONITEC.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia adotada para concretização dos objetivos e os caminhos de pesquisa que levaram ao resultado final.

O quinto capítulo apresenta os resultados da pesquisa, sendo dividido em quatro momentos: 1) revisão de literatura concernente ao caso em estudo, 2) resultados relacionados à economicidade das PDPs, 3) resultados atinentes ao aspecto da vantajosidade nas PDPs e 4) análise e discussão dos resultados sobre economicidade e vantajosidade.

Destina-se o sexto e último capítulo às considerações finais da pesquisa, recuperando os principais pontos discutidos durante o estudo e apresentando sugestões para possíveis estudos futuros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo se destina a apresentar o marco teórico que norteou esta pesquisa, iniciando por apresentar aspectos relacionados às políticas de saúde, seguindo com o estabelecimento de sua conexão com as políticas industriais, e finalizando com a relação dessas com o surgimento das PDPs.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Antes de entrar no assunto em pauta, faz-se necessário definir o que se entende por “políticas públicas”. Partindo de uma visão geral, as políticas públicas compreendem praticamente tudo o que é feito no âmbito do governo. Pressupõe-se que a política pública deve atender a uma necessidade ou problema público, assim, ela deve ser uma resposta do governo a esse problema. Desta forma, pode englobar tanto aspectos imateriais, como uma nova lei ou decreto, quanto um bem ou serviço oferecido diretamente à população, como uma ação ou programa do governo (DYE, 2011, p. 02; KRAFT; FURLONG, 2010, p. 03).

As políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (TEIXEIRA, 2002; SOUZA, 2006).

Segundo Fadigas (2015),

as políticas públicas correspondem ao conjunto das iniciativas e decisões do Estado, nas suas diferentes escalas de intervenção, com a finalidade de prover ao bem-estar da população e à gestão dos recursos disponíveis. Abrangem todas as áreas da vida social e, nos regimes democráticos, são o resultado da conjugação de vontades, interesses e prioridades de cujo equilíbrio se compõe o bem comum que ao Estado compete preservar e desenvolver. Nos Estados democráticos constituem um contrato social livremente assumido, condição de equilíbrio e de coesão social estruturante da vida em sociedade (FADIGAS, 2015).

Inseridas nas políticas públicas se encontram as políticas sociais que, conforme aponta Marshall (1967 *apud* CASTRO, 2012), não se prestam a uma definição precisa, sendo um termo utilizado por convenção. O termo surge do entendimento de que “o processo de desenvolvimento de um país [inclui] também elementos relativos à

análise das instituições, das relações sociais, políticas e mais recentemente ambientais entre outros campos do conhecimento” (CASTRO, 2012).

Nos países em desenvolvimento e que chegaram recentemente a serem democracias, em especial os países da América Latina, apenas nas últimas décadas tem-se buscado equacionar a questão de como impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social (ROSSINI; ROTTA; BORKOVSKI, 2017). Conforme destacam Coelho, Tapajós e Rodrigues (2010),

o processo de inclusão social pelo qual tem passado o Brasil nesta última década mostra que governo, comunidade internacional, sociedade civil e cidadãos estão imbuídos da visão e do comprometimento com o conceito de desenvolvimento humano, no qual a análise do desenvolvimento não é mais centrada exclusivamente em dados econômicos, mas nos seres humanos. **Desenvolver significa remover o que impede as pessoas de realizarem seus potenciais, devido à educação incompleta, à saúde combatida, à falta de acesso a recursos materiais,** à vulnerabilidade da integridade física e psíquica, à ausência de gozo das liberdades democráticas, ou o desrespeito aos direitos humanos (grifo meu).

As autoras ressaltam, ainda, que a superação da pobreza continua sendo um desafio na segunda década do século XXI, sendo que as desigualdades relacionadas à educação, saúde e renda continuam profundas. A saúde é uma condição imperativa para alcançar os objetivos traçados nas políticas sociais projetadas para atingir as metas nacionais de crescimento econômico e de bem-estar. Desta forma, na área da saúde, as políticas públicas são fundamentais para assegurar o desenvolvimento social (COELHO; TAPAJÓS; RODRIGUES, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2007), “as políticas de saúde são importantes porque afetam direta ou indiretamente todos os aspectos da vida cotidiana, as ações, os comportamentos e as decisões” (OPAS, 2007).

Gadelha (2007) situa a saúde como uma “condição de cidadania, sendo parte inerente do próprio conceito do desenvolvimento. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária”. Carrara e Ventura (2012) afirmam que “saúde e desenvolvimento estão intimamente ligados, uma vez que o processo de desenvolvimento envolve a consolidação do direito à saúde”.

Dória *et al.* (2016) reconhecem a saúde como um agregado macroeconômico, enfatizando que “a importância da produção da saúde transcende o bem-estar social”. Segundo esses autores, “os bens e serviços da saúde têm alta representatividade no produto, no emprego, no consumo e na balança comercial dos países”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que, em termos econômicos, a saúde e a educação constituem os dois pilares do capital humano. Afirma, inclusive, que “as doenças reduzem o rendimento anual da sociedade, a renda per capita dos indivíduos e as perspectivas de crescimento econômico” (OMS, 2001, p. 22, tradução livre).

E vai além ao garantir que “considerando que as doenças representam uma enorme carga para o desenvolvimento econômico, o investimento em saúde é um componente importante de uma estratégia global de desenvolvimento” (OMS, 2001, p. 25, tradução livre). Isso porque a situação da saúde em uma nação parece explicar uma parte importante da diferença nas taxas de desenvolvimento econômico.

Historicamente, o início das políticas públicas para a saúde no Brasil se deu apenas na gestão de Getúlio Vargas (Era Vargas – 1930-1945), quando começou a haver uma preocupação real com o direito das classes trabalhadoras. Foi em seu governo que muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, assim como houve um aprimoramento das ações de Estado acerca da saúde pública (POLIGNANO, 2001).

Um dos primeiros atos de Vargas foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que inicialmente se preocupou com o atendimento às populações do interior. “Em 1937 foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional, e em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste” (FGV, 2019).

Dando continuidade às ações em saúde, em 1953 é instituído o Ministério da Saúde por meio da Lei nº 1.920 de 25 de julho do mesmo ano, desvinculando a saúde da educação e garantindo-lhe orçamento próprio, sendo que o da educação passou a se denominar “Ministério da Educação e Cultura” (BRASIL, 1953).

Mas foi com a promulgação da CF/88 que o Brasil consegue uma das maiores conquistas sociais de sua história. Batizada como “Constituição cidadã”, a CF/88 priorizou em seu texto diversos direitos sociais. Essa priorização “se manifesta, inclusive, na própria ordenação dos capítulos do Novo Texto” ao trazer já no seu segundo título os Direitos e Garantias Individuais, sendo a saúde um deles (CASTRO, 2011).

Dessa maneira, a saúde se tornou, conforme o art. 196 da CF/88 “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem

à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

2.1.1 O Sistema Único de Saúde e a assistência farmacêutica

O SUS foi criado com financiamento proveniente do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, e com oito atribuições definidas já na CF/88, das quais se destacam especificamente para o objeto desta pesquisa a participação na produção de medicamentos e o incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico e à inovação (BRASIL, 1988).

De forma a regulamentar o funcionamento do SUS, foi editada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Essa lei traz, em seu capítulo I, as atribuições concernentes ao SUS, entre as quais são destacadas, novamente no intuito de fazer jus ao tema proposto neste trabalho, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a formulação de política de medicamentos, além da participação em sua produção (BRASIL, 1990).

Logo, compreende-se por que o tema saúde começou a ser reconhecido e estudado em outros campos de atuação, sendo um deles a economia. Conforme verificado na legislação, a produção de medicamentos e a inovação são destacados como parte da política social que garante uma saúde universal. Sendo assim, as políticas industriais direcionadas ao setor da saúde cumprem um papel determinante na busca pelo cumprimento da garantia constitucional à saúde.

De maneira a regulamentar a assistência farmacêutica, em 1998 é aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro, com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998). Porém, apenas em 2001 é lançado o documento oficial da PNM, apresentando entre suas diretrizes a necessidade da adoção de uma relação de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles considerados

básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2001).

Ainda, em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 338, de 06 de maio, aprovando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), considerada como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo

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

A PNM definiu as funções e finalidades da assistência farmacêutica dentro do SUS como um grupo de atividades destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Cabe destacar que os medicamentos considerados básicos e indispensáveis e, portanto, cujo fornecimento deve ser garantido de maneira ininterrupta, devem ser definidos pelos gestores do SUS, por meio de análise baseada em critérios epidemiológicos, de maneira a verificar quais são as reais necessidades da população, que podem variar conforme a região em que ela se concentra.

Inclusive, Vieira (2010) destaca a adoção da Rename como um dos avanços oportunizados pela PNM. Conforme ressalta a autora,

desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a **medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos**, voltados ao atendimento de suas doenças mais prevalentes e que estejam disponíveis em quantidades adequadas (VIEIRA, 2010, grifo meu).

Mesmo antes da existência do SUS e das recomendações da OMS, o Brasil já contava com listas de medicamentos, que eram fornecidos pela extinta Central de Medicamentos (Ceme) à população sem condições econômicas para adquiri-los

(BRASIL, 2007). No entanto, a PNM reorganizou a assistência farmacêutica de maneira a tornar a Rename e sua revisão permanente uma prioridade dentro das diretrizes da política.

Conforme evidenciado pelo Ministério da Saúde, os medicamentos são a intervenção terapêutica mais utilizada em se tratando de saúde, sendo indispensável que o SUS garanta que os fármacos liberados para uso da sociedade atendam a critérios de inclusão rigorosos, de maneira que eles realmente sejam seguros, eficazes e custo-efetivos, não onerando sobremaneira a população (BRASIL, 2019b).

Desde o surgimento da PNM, a Rename passou por dez atualizações, sendo a mais recente a do ano corrente (2019), que culminou no lançamento da Rename 2020. Convém destacar que a partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), esta passou a ser responsável por propor a atualização da Rename, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

2.2 A POLÍTICA INDUSTRIAL E O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE NO BRASIL

Apesar de não haver um consenso em relação ao seu conceito, as políticas industriais são ações utilizadas por aqueles países que objetivam desenvolver seu setor industrial, aumentando sua capacidade produtiva e, conseqüentemente, seu crescimento econômico. Muitos países que hoje atingiram o status de desenvolvidos lançaram mão desse tipo de políticas para conseguirem alavancar sua economia e, inclusive, ainda se valem delas para transformar a sua estrutura produtiva (CORONEL; CAMPOS, 2014; MIGUEZ *et al.*, 2018).

Geralmente, as políticas industriais privilegiam determinados setores avaliados como importantes para o crescimento econômico. No Brasil, o setor da saúde, especificamente o denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), é considerado hoje um dos setores essenciais para garantia de crescimento e desenvolvimento econômico e social¹.

¹ Apesar de serem termos comumente utilizados como sinônimos, o crescimento está mais ligado à ideia do simples aumento da renda per capita, enquanto o termo desenvolvimento implica mudanças

Dessa forma, torna-se essencial, em prol de avançar na discussão proposta neste trabalho, conhecer o conceito e histórico da Política Industrial brasileira, assim como seu papel para o avanço do CEIS.

2.2.1 Política industrial brasileira

Segundo Ferraz, Paula e Kupfer (2002), do ponto de vista conceitual, política industrial (PI) deve ser entendida como o conjunto de incentivos e regulações associadas a ações públicas que podem influenciar a estrutura produtiva e patrimonial de um determinado país.

Exatamente por exercer esse tipo de influência na produção e, portanto, economia nacional, é que as políticas industriais são controversas. Há quem defenda que as PI são aplicáveis apenas em situações de falha de mercado, tais como externalidades negativas, que são ações realizadas por indivíduos ou empresas que beneficiam apenas interesses particulares, em detrimento da coletividade; a insuficiente provisão de bens públicos; assimetria de informações, caracterizada pela falta ou incompletude das informações fornecidas aos consumidores, para que estes tomem a melhor decisão; ou, ainda, os monopólios naturais, que, na visão de alguns economistas, geram ineficiência a custos extraordinários para o consumidor (CAMPOS, 2008).

Assim, o Estado não deveria interferir até ser realmente necessário (visão ortodoxa), enquanto outros defendem que ela é essencial ao desenvolvimento das nações, devendo, inclusive, apoiar e proteger a indústria nascente, de maneira que ela consiga competir em grau de igualdade com as indústrias já estabelecidas, o que faz com que o Estado precise intervir de maneiras diferentes, conforme o grau de desenvolvimento da indústria (visão desenvolvimentista) (FERRAZ; PAULA; KUPFER, 2002).

estruturais mais profundas, que não são garantidas apenas pelo crescimento econômico. No entanto, o desenvolvimento requer que haja crescimento. Já os conceitos relacionados ao desenvolvimento econômico e social estão intrinsecamente conectados. Um depende do outro, o que os torna conceitos difíceis de dissociar. Desenvolvimento econômico se refere à “melhoria do bem-estar ou qualidade de vida das pessoas, [...], do acesso igualitário à saúde e educação, do incentivo à pesquisa de teor científico e tecnológico, entre outros fatores” (BRESSER-PEREIRA, 2008). A melhoria do bem-estar ou da qualidade de vida torna-se propulsora do desenvolvimento social, ao garantir que a sociedade tenha acesso a serviços públicos de maneira equitativa, especialmente no que concerne à saúde e educação.

Verifica-se, ainda, a visão evolucionista, que rechaça a ideia da necessidade da correção de falhas de mercado², pois estas são o impulsor na busca pela inovação, o que favorece a concorrência (FERRAZ; PAULA; KUPFER, 2002). Cabe ressaltar que a teoria evolucionista difere terminologicamente da teoria evolucionária³, sendo esta última associada aos neoshumpeterianos desenvolvimentistas e, portanto, não devem ser confundidas em seu significado (DATHEIN, 2003).

Além das diferentes correntes adotadas, as políticas industriais precisam ser compreendidas com relação à sua construção. Há autores que defendem que elas devem ser construídas horizontalmente, de maneira a criar ações para o desenvolvimento da economia em sua totalidade, sem distinção de setores. Em contrapartida, outros autores proclamam que a política industrial deve ser setorial, privilegiando atividades indutoras de mudanças e, portanto, passíveis de ajudar a nação em sua evolução econômica (FERREIRA; JUNIOR; SCHNEIDER, 2016).

No Brasil, a industrialização começou a ser fortalecida entre o período pós-guerra e o final dos anos 1970, entrando então na agenda política e econômica nacional. Os esforços iniciais nesse sentido enfatizavam o desenvolvimentismo nacionalista, podendo ser verificados especialmente no Plano de Metas do governo Kubitschek e no II Plano Nacional de Desenvolvimento lançado durante o período do regime militar.

A preocupação era construir setores de maneira que o país atingisse o patamar dos países já industrializados. Foi um período virtuoso para o país, com um verdadeiro *catching-up* tecnológico em relação ao então país líder: Estados Unidos. Os segmentos mais dinâmicos eram os de bens duráveis de consumo e bens de capital, que era o padrão vigente de desenvolvimento industrial no mundo (SUZIGAN, 1991; ERBER; CASSIOLATO, 1996; KUPFER, 2004; SUZIGAN; FURTADO, 2006).

No entanto, a demasiada ênfase na produção manufatureira e na política de substituição de importações, assim como a preocupação no aumento da exportação dos manufaturados, fizeram com que o desenvolvimento científico e tecnológico não

² Falhas de mercado consistem em discrepâncias em relação ao ideal de um mercado competitivo, principalmente nos setores de bens públicos (CAMPOS, 2008).

³ Na visão evolucionária a inovação é entendida como resultado do processo de aprendizado. Tendo em vista que a geração de competências e de capacidades é condicionada pela interação entre os agentes econômicos e as instituições, a difusão do conhecimento, proporcionada pelo processo de aprendizado, passa a ter papel fundamental na determinação do desenvolvimento econômico (DATHEIN, 2003).

acompanhasse o ritmo necessário para tornar o país realmente competitivo internacionalmente.

A década de 1980 acabou ficando conhecida como a “década perdida” em virtude da derrocada na industrialização sofrida pelo Brasil, devido, especialmente, à falta de investimento em capacitação tecnológica e inovação, à falta de incentivo à exportação e à falta de uma sequência concreta nas políticas industriais.

As preocupações originadas pelo desequilíbrio do setor externo, concernentes ao ajuste macroeconômico e à estabilização da economia, fizeram com que o desenvolvimento científico e tecnológico, a educação e a infraestrutura nacional fossem “deixadas de lado”, cenário esse que desfavoreceu qualquer tentativa de retomar as políticas industriais (SUZIGAN, 1996; KUPFER, 2004).

Os anos 1990 não foram muito diferentes dos 1980 em relação à PI. Ela não conseguiu retomar seu papel no campo político-econômico. A abertura comercial implementada durante o governo Collor e a posterior valorização do Real no governo Itamar Franco atraíram o investimento estrangeiro, fazendo com que o Estado deixasse de agir como agente do desenvolvimento industrial.

Os processos de privatização de indústrias e de infraestrutura durante o governo de Fernando Henrique Cardoso mudaram radicalmente o ambiente econômico, enfraquecendo ainda mais a indústria nacional, que se viu acuada pela concorrência e investimentos estrangeiros, o que obrigou as empresas que resistiram a se adaptar às mudanças, mas não sem antes causar um forte processo de desindustrialização, baixo dinamismo da indústria e crescente desemprego (SUZIGAN; FURTADO, 2006).

Obrigadas a aumentar a produtividade e voltar-se para a exportação, “as estruturas das indústrias encolheram com a desarticulação de cadeias produtivas, sobretudo em eletrônica, bens de capital e química/farmacêutica, e com a desativação de segmentos de alta tecnologia” (SUZIGAN; FURTADO, 2006).

Com relação especificamente ao setor da saúde, é necessário compreender que a implantação concreta de um sistema universal não considerou a complexidade em sua composição.

Considerando o cenário econômico dos anos 1990, observa-se a retração da indústria da saúde e a perda da competitividade do parque industrial, ocasionada especialmente pelo afastamento do Estado como agente indutor do desenvolvimento

industrial exatamente quando a demanda por saúde aumentou em decorrência da implantação do sistema universal.

Isso acarretou uma crescente fragilidade da base de conhecimento e produtiva, ou seja, o país não conseguiu suprir a demanda do setor de saúde, e a falta de uma política industrial adequada é uma das principais causas desse fato (GADELHA; BRAGA, 2016).

Foi apenas a partir dos anos 2000 que a visão até então predominante sobre política industrial começou a mudar, por meio da adoção de políticas que trouxeram à tona a preocupação com a inovação e a competitividade da indústria a nível internacional, ao mesmo tempo em que surgia a preocupação com o desenvolvimento de uma base produtiva nacional que possibilitasse o atendimento às necessidades locais (SUZIGAN; FURTADO, 2006).

Após anos sem um planejamento concreto em termos de política industrial, o governo lança, em 2004, a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), composta por 57 medidas distribuídas em 11 programas setoriais, com foco central na inovação. Ela consistia em um plano de ação do governo federal que tinha como objetivo o aumento da eficiência da estrutura produtiva, da capacidade de inovação das empresas brasileiras e a expansão das exportações (ARAÚJO JUNIOR, 2015).

A PITCE atuava em três eixos: linhas de ação horizontais (inovação e desenvolvimento tecnológico, inserção externa/exportações, modernização industrial, ambiente institucional), promoção de setores estratégicos (software, semicondutores, bens de capital, fármacos e medicamentos) e atividades portadoras de futuro (biotecnologia, nanotecnologia e energias renováveis) (ABDI, 2018).

Para dar suporte à política, no mesmo ano foi editada a Lei nº 10.973, conhecida como a Lei de Inovação Tecnológica, estabelecendo “medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, com vistas à capacitação tecnológica, ao alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional do País” (BRASIL, 2004).

Em 2008, foi lançada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que nada mais era do que uma continuidade da PITCE, mas com maiores pretensões. Seu objetivo era “fomentar o setor industrial através de incentivos creditícios, subsídios,

isenção e redução de tributos e marcos regulatórios para algumas atividades setoriais” (CORONEL *et al.*, 2011).

Da mesma forma que a política anterior, a PDP apresentou medidas visando o fortalecimento da economia do país por meio do aumento da produtividade e competitividade da indústria nacional, no entanto, ampliou o leque de setores, priorizando 25 deles em detrimento dos quatro priorizados pela PITCE (DIEESE, 2008; IEDI, 2008).

A terceira política industrial foi o Plano Brasil Maior (PBM), editado em 2011 com vigência até 2014, com os objetivos de “acelerar o crescimento do investimento produtivo e o esforço tecnológico e de inovação das empresas nacionais, e aumentar a competitividade dos bens e serviços nacionais” (BRASIL, 2011a).

De forma a auxiliar na formulação de programas e projetos a partir de diretrizes setoriais, temáticos e que englobassem mais de um setor, o PBM dividiu os setores estratégicos em cinco blocos, sendo o primeiro deles o de sistemas da mecânica, eletroeletrônica e saúde. Gadelha *et al.* (2012b) afirmam que o PBM, assim como a PITCE, reafirmou o protagonismo da saúde como um dos segmentos estratégicos a serem fomentados no Brasil.

Assim, de 2003 a 2014, verificou-se um forte intento governamental em resgatar as políticas industriais como uma das estratégias propulsoras do desenvolvimento nacional. E, como será visto adiante, a saúde entra no rol dos setores produtivos que devem ser priorizados.

2.2.2 O complexo econômico-industrial da saúde (CEIS)

Para Gadelha (2012a), no âmbito da economia política, há uma necessidade de recuperação do pensamento desenvolvimentista, de refletir sobre aprendizado e inovação para garantia do desenvolvimento. Nesse aspecto, segundo o autor “a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade”.

Assim, a saúde, além de ser um elemento estruturante do bem-estar, inerente à dimensão social do desenvolvimento, passou a ser vista como um espaço econômico interdependente, que configura um sistema de inovação e um sistema produtivo, sendo parte inerente também do desenvolvimento econômico do país.

Dessa maneira, propôs-se o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como uma forma de explicar a característica sistêmica da saúde, reconhecendo que para o atendimento da demanda da sociedade por bens e serviços inerentes a esse setor, existe uma base produtiva que se responsabiliza pela sua oferta (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012b).

Portanto, o CEIS se caracteriza por essa dinâmica que converge determinados setores industriais e serviços sociais destinados à prestação de cuidados em saúde, evidenciando uma visão integral que compreende que o capital e o social devem afluir em prol de um objetivo comum, que é a prestação equânime e universal da saúde.

Buscando uma definição de Complexo Industrial da Saúde (CIS ou CEIS)⁴, verifica-se que Gadelha (2003) introduz esse conceito ao buscar uma junção da área da saúde e do complexo industrial, mostrando que não há como pensar em desenvolvimento nacional sem articular as políticas industriais e tecnológicas com a política de saúde, reconhecendo dessa forma, inclusive, a natureza capitalista da área da saúde, algo essencial para a busca do lucro e de mercados e o atendimento às necessidades sociais e individuais.

O autor afirma, inclusive, que as políticas sociais não podem ser dissociadas do sistema capitalista, pois é por meio do sucesso deste que aquelas podem ser adequadamente atendidas. E é por isso que a dinâmica industrial e competitiva que envolve o setor de saúde representa um grande desafio acadêmico e político, em virtude da tensão ocasionada entre o interesse público e o privado, exigindo uma visão sistêmica desse setor, de maneira a evitar privilegiar apenas a dimensão econômica ou apenas a social, mas sim buscando aliar esses conceitos em prol do desenvolvimento.

O conceito de CEIS se sustenta, ainda, pela teoria neoschumpeteriana⁵, privilegiando a atividade produtiva e a capacidade inovativa, medida pela capacidade

⁴ A conceituação do Complexo Industrial da Saúde (CIS) ou Complexo Produtivo da Saúde, proposta por Gadelha, 2002 e 2003, é rigorosamente idêntica à do conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Esta nova terminologia é proposta em decorrência do fato de que parte da aplicação do termo “CIS” acabou restringindo-se aos segmentos industriais, atenuando o caráter sistêmico da abordagem que incorpora também o segmento de serviços em saúde (GADELHA, 2010). E é exatamente em virtude da limitação inerente à terminologia do CIS que neste trabalho será adotado o conceito de CEIS.

⁵ A teoria neoschumpeteriana considera que compreender os contextos social, econômico, tecnológico e institucional – dentro dos quais os agentes econômicos estão inseridos – e sua evolução é de fundamental importância para a explicação das trajetórias de um sistema econômico (Freeman e Perez 1988 *apud* FELIPE, 2008). A teoria ressalta o papel das inovações como elemento fundamental para o entendimento da dinâmica de todo o sistema capitalista (FELIPE, 2008).

empresarial de transformar conhecimento em novos produtos e/ou processos, ou melhorar de forma significativa os já existentes, imprimindo à saúde um papel multifacetado, colocando-a como um dos eixos principais do desenvolvimento nacional (ALMEIDA, 2018).

Gadelha e Temporão (2018) afirmam, ainda, que “a dinâmica captada por Marx e Schumpeter para caracterizar o capitalismo como um sistema em permanente transformação é apreendida no âmbito da saúde” ao compreender a inovação como um verdadeiro processo de transformação política, econômica e social.

Assim sendo, o CEIS oportuniza uma nova visão da relação existente entre a lógica social e a produtiva, pois é por meio da expansão da base produtiva em saúde que se pode atingir o objetivo do acesso universal à saúde (GADELHA *et al.*, 2010).

A concepção do CEIS, aliada à percepção da saúde como fator chave para o crescimento e desenvolvimento nacional, torna-se extremamente relevante em um país no qual a saúde tornou-se, a partir da sua última Constituição, promulgada em 1988, um direito de todos e dever do Estado e que, para esse fim, criou o SUS, pois seu potencial econômico e social pode auxiliar a reduzir a vulnerabilidade do SUS, ajudando-o a cumprir seus princípios, considerando, especialmente, a alta demanda por saúde no Brasil e a pressão da sociedade pela garantia do acesso indiscriminado e melhorias em sua qualidade.

Faz-se necessário, ainda, considerar as próprias características recentes do país, como o aumento da população e seu envelhecimento (transição demográfica) e o comprovado aumento da incidência de doenças crônicas (transição epidemiológica). Isso, aliado ao estabelecimento da saúde como um componente de proteção social, inserida na constituição brasileira como direito universal, conforme apontado anteriormente neste trabalho, torna o CEIS um componente estratégico na busca de garantir saúde com qualidade à população (SILVA, 2014).

E, para que os serviços possam ser realizados e o atendimento à população seja efetivado, é necessária a produção de uma grande quantidade de bens oriundos de setores industriais diferentes, que, dentro do CEIS, são organizados em dois grandes blocos: as indústrias de base química e biotecnológica (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico), e as de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médicos).

Além disso, o CEIS é formado pelo segmento de serviços, que nada mais é do que a confluência dos dois grandes segmentos industriais, pois a prestação do serviço

requer os bens e inovações trazidos pela indústria. Conforme explica Almeida (2018, p. 68), “é justamente essa organicidade que o setor de serviços possui, ao utilizar a produção dos setores industriais, que cria a possibilidade de defini-los como um complexo econômico-industrial da saúde”.

Especificamente neste trabalho, o enfoque se direciona ao segmento de base química e biotecnológica, em especial a indústria farmacêutica e a produção e comercialização de medicamentos, vacinas e hemoderivados.

Cabe ressaltar que o setor de saúde respondia, até 2016, por cerca de 20% do gasto mundial com Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), sendo uma das mais importantes frentes de inovação e uma área de alto interesse estratégico para a sociedade (HASENCLEVER *et al.*, 2016).

Inclusive, segundo Gadelha *et al.* (2012b), as atividades do CEIS constituem uma das maiores áreas de dinamismo econômico, correspondendo, em 2009, a 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. Hasenclever *et al.* (2016) reforçam essa informação, mostrando que a participação do CEIS no PIB nacional se manteve estável no período entre 2000 e 2013, oscilando entre 7,5% a 9%.

Assim, em face da visão neoschumpeteriana aliada à ideia de desenvolvimento capitalista nacionalista em detrimento ao desenvolvimento dependente que vigora atualmente no país⁶, entende-se a importância do CEIS para a base produtiva nacional no setor de saúde, como forma de fomentar a industrialização do país em um segmento que é essencial não apenas para a alavancagem econômica da nação, mas também para a prestação social contínua e obrigatória que emana da Constituição Federal.

2.2.3 O CEIS e as políticas industriais brasileiras

Ainda não há um consenso a respeito de como deve se dar a formulação e implementação de políticas industriais, pois, conforme sugerem Suzigan e Furtado

⁶ BRESSER-PEREIRA (2008) define o nacionalismo como “produto e instrumento da revolução capitalista ou da modernização”. Nesse processo, o papel do nacionalismo é garantir a autonomia e o desenvolvimento econômico nacional. Já a ideia de desenvolvimento dependente advém da Teoria da Dependência, que surgiu na década de 1960, como uma forma de buscar explicar o desenvolvimento dos países periféricos. Segundo uma visão geral dessa teoria, o subdesenvolvimento não é apenas uma etapa para atingir o desenvolvimento, mas sim uma forma própria de capitalismo resultante do desenvolvimento capitalista mundial. Em outras palavras, seria uma forma própria de se desenvolver “pegando carona” no desenvolvimento de outras nações (DUARTE; GRACIOLLI, 2007).

(2006), há duas principais visões sobre seus fundamentos teóricos. Por um lado, um grupo mais liberal sugere que as políticas industriais devem ser formuladas para a correção de falhas de mercado, o que torna a política horizontal, ou seja, não restrita a setores específicos, e cuja implementação se dá apenas na verificação de imperfeições de mercado. Por outro lado, está a visão neoschumpeteriana, que baseia seus fundamentos em criteriosa análise dos fenômenos econômicos, argumentando que a formulação de PI deve se voltar a setores estratégicos ao crescimento e desenvolvimento nacional.

Considerando o escopo deste trabalho, adota-se a visão desenvolvimentista neoschumpeteriana de PI. Primeiro, pela influência exercida por essa corrente na formulação das políticas industriais (PITCE, PDP e PBM). Segundo, porque ao delimitar a análise ao setor de saúde, e especificamente ao Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), verifica-se a importância das políticas industriais no fortalecimento desse segmento, mostrando que a análise criteriosa dos aspectos econômicos é essencial para a formulação de políticas voltadas à inovação, que apresentem objetivos concisos e necessários ao desenvolvimento.

A PITCE apresentou uma série de ações que deveriam ser concentradas em determinadas áreas, apresentando a indústria de fármacos e medicamentos como uma das “atividades importantes para o futuro do país e [com] potencial para o desenvolvimento de vantagens comparativas dinâmicas” (BRASIL, 2003a).

Conforme balanço publicado em 2006 pela Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, os medicamentos fazem parte dos bens sociais e estratégicos (ABDI, 2006). No entanto, o setor sofreu forte desindustrialização nos anos 90, o que tornou essa indústria vulnerável e dependente do mercado internacional. Para reverter essa situação, um dos pilares propostos pela PITCE foi estimular a produção nacional de fármacos e medicamentos, por meio da criação, pelo Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), de uma linha especial de crédito: o PROFARMA – Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica.

Logo após a PITCE, ainda em 2004, foi lançada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), sendo parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência seus três princípios: universalidade, integralidade e equidade. Varrichio (2017) aponta que já na PNCTIS adotou-se o conceito de **complexo**

produtivo em saúde, composto pelos seguintes grupos: pela indústria química, farmacêutica e de biotecnologia; pela indústria mecânica, eletrônica e de materiais; e pelos prestadores de serviço, sendo que mais tarde houve ampliação da nomenclatura para Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

O maior objetivo da PNCTIS era “contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País” (BRASIL, 2008a). Para tanto, a política conferia especial importância à apropriação de conhecimentos e tecnologias que reduzissem as desigualdades sociais em saúde.

Com esse objetivo em vista, o BNDES renova, em 2007, o PROFARMA, que passa então a se chamar Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, contando com um orçamento de R\$ 3 bi, 50% dos quais seria destinado exclusivamente para financiamento à inovação (G1, 2007). Ainda em 2007 é lançado o Programa Mais Saúde (PAC da Saúde), definindo o CEIS como um dos eixos estratégicos para a política social.

Segundo Torres (2016), “em 2008, com a revisão da política industrial do governo federal, foi lançada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que ampliou o leque de setores considerados estratégicos”. Sua vigência foi até 2010, e seu principal objetivo era dar sustentabilidade ao crescimento econômico, aumentar os investimentos produtivos e as taxas de crescimento econômico.

A exemplo da PITCE, a PDP também englobou um conjunto de medidas que visavam o fortalecimento do país por meio da indústria. A diferença nessa política foi trazer o Complexo Industrial da Saúde como uma das áreas estratégicas às quais deveriam ser direcionados os esforços, incluindo, além da produção de fármacos e medicamentos, a de equipamentos médico-hospitalares (TORRES, 2016).

Em 2008 é publicada, em consonância com a política industrial vigente, a Portaria nº 374, de 287 de fevereiro, que Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde (PROCIS), com o objetivo primordial de, por meio da ampliação do Complexo Produtivo da Saúde, “promover o fortalecimento e crescimento dos laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o SUS” (BRASIL, 2008b).

No mesmo ano, publica-se o Decreto DNN, de 12 de maio, o qual cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial de Saúde (GECIS), destinado a promover medidas “referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde” (BRASIL, 2008c).

Em 2011 foi lançado o Plano Brasil Maior, que dividiu os setores estratégicos em cinco blocos, sendo o primeiro deles o de sistemas da mecânica, eletroeletrônica e saúde, dentre os quais é citado o Complexo Industrial da Saúde (BRASIL, 2011a). Torres (2016) afirma que é possível verificar o reforço das políticas industriais direcionadas ao CIS trazido pelo PBM por meio da criação do Programa Inova Saúde da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), com o intuito de financiar projetos de inovação tecnológica na área da saúde, especialmente biofármacos, farmoquímicos e medicamentos.

Conforme apontam Metten *et al.* (2015), a incorporação do CEIS no Plano Brasil Maior demonstra uma visão renovada da área da saúde, em que esta é compreendida simultaneamente como “um direito do cidadão, um bem econômico e social, assim como um espaço de acumulação de capital”.

O CEIS “aponta a necessidade de uma mudança profunda na estrutura econômica brasileira que permita, mediante um intenso processo de inovação, adensar o tecido produtivo e direcioná-lo para compatibilizar a estrutura de oferta com a demanda social de saúde”, de maneira a atender aos preceitos constitucionais relacionados à saúde de universalidade, integralidade e equidade (GADELHA, 2012c).

Foi durante a vigência do PBM que foram regulamentadas as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), com o objetivo essencial de ampliar o acesso a medicamentos e produtos para a saúde considerados estratégicos para o SUS.

Em face ao exposto, denota-se um forte intento governamental em resgatar as políticas industriais como uma das estratégias propulsoras do desenvolvimento nacional. Verifica-se também a importância atribuída ao setor da saúde nas últimas políticas, o que pode ser compreendido como uma nova visão da saúde dentro das perspectivas de crescimento e desenvolvimento econômico de uma nação.

3 AS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) surgiram como uma política destinada a “ampliar o acesso a medicamentos e produtos para saúde considerados estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fortalecimento do complexo industrial do país” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014). Para compreender melhor seus objetivos e funcionamento, esta seção será dividida em três tópicos. Inicialmente será abordado o aspecto legal da política e o histórico de seu surgimento, seguido por uma seção conceitual sobre economicidade e vantajosidade e finalizando com a apresentação da CONITEC e seus objetivos.

3.1 SURGIMENTO E FUNCIONAMENTO DAS PDPS: ARCABOUÇO REGULATÓRIO

As PDPs foram resultantes de um longo processo de análise, compreensão e busca de soluções para garantir um dos maiores direitos sociais garantidos à população do país desde a promulgação da Constituição de 1988: saúde universal e igualitária, assegurada como um direito de todos, sendo dever do Estado supri-la por meio do denominado Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 200, em seus incisos I e V, esclarece que compete ao SUS, entre outros, participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos considerados essenciais, e incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação (BRASIL, 1988).

Em 1990, a publicação da lei 8.080, que regulou as ações e serviços de saúde, especificou, em seu art. 13, que a articulação pelo SUS de políticas e programas deveria abranger, entre suas atividades, a de ciência e tecnologia. Além disso, definiu como uma das competências da direção nacional do SUS a formulação, avaliação, elaboração de normas e participação “na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais” (art. 16, inc. X) (BRASIL, 1990). Desde então, a legislação foi sendo lançada e modificada de maneira a abranger as competências delegadas ao SUS, assim como atender às atribuições que lhe foram designadas.

Em 2004, de maneira a auxiliar a então recente Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), que tinha como objetivos primordiais aumentar a

eficiência da estrutura produtiva, aumentar a capacidade de inovação nacional e incrementar o número de exportações, foi promulgada a Lei nº 10.973, de 02 de dezembro, que “dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo” (BRASIL, 2004).

O art. 20 dessa lei autorizava, inicialmente, que os órgãos e entidades da administração pública realizassem a contratação de empresas, consórcios de empresas e entidades nacionais de direito privado sem fins lucrativos para a realização de atividades de pesquisa e desenvolvimento que envolvessem risco tecnológico, para solução de problemas técnicos específicos ou para obter algum produto ou processo inovador.

Em 2006, a Lei 13.243, de 11 de janeiro, alterou a redação desse artigo, especificando que a contratação pode se dar de maneira direta, além de ampliar o rol para incluir a contratação de instituições científicas, tecnológicas e de inovação (ICT) (BRASIL, 2006).

Em 2008, o lançamento da Política de Desenvolvimento Produtivo deu um maior impulso à política industrial nacional, dando continuidade à PITCE, mas ampliando o número de setores que deveriam ser priorizados para fortalecer a indústria e a economia nacional. Essa política surgiu com a missão de “inovar e investir para sustentar o crescimento”. E o destaque está em uma das áreas consideradas estratégicas e sobre os quais a política dirigiria seus esforços: o complexo industrial da saúde (DIEESE, 2008).

Como consequência dessa política, diversos regulamentos e decretos foram elaborados buscando a consecução dos objetivos de desenvolvimento e inovação dentro do CEIS. Inicialmente, foi publicada a Portaria nº 374, de 28 de fevereiro de 2008, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) (BRASIL, 2008b).

De acordo ao art. 2º da portaria, o objetivo do programa é promover o fortalecimento e a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde. E para atingir esse objetivo busca-se a ampliação da participação no Complexo Produtivo da Saúde, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente, além do desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País (BRASIL, 2008b).

No mesmo ano foi publicado o Decreto DNN, de 12 de maio, o qual criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial de Saúde (GECIS) (BRASIL, 2008c), cuja regulamentação foi atualizada por meio do Decreto nº 9.245/2017, que estipulou como objetivos do Grupo, entre outros, a promoção da articulação entre órgãos e entidades públicas e setores da indústria e entidades voltados ao setor de saúde; e o fomento ao desenvolvimento industrial e tecnológico do CIS (BRASIL, 2017).

Ainda, em 29 de maio, publica-se a Portaria Interministerial nº 128/2008, estabelecendo diretrizes para a contratação pública de medicamentos e fármacos pelo SUS, em consonância com a política industrial vigente e a Lei nº 10.973/04, reconhecendo o “caráter essencial dos famoquímicos e biofármacos como insumos para a fabricação de medicamentos e garantia da saúde e da vida”. Esta portaria estabeleceu normas para compras de medicamentos e produção de fármacos, buscando ampliar o acesso da população a esse bem essencial e aumentar a eficiência produtiva (BRASIL, 2008d).

Anos depois surge o Plano Brasil Maior, lançado em 2011 e findado em 2014. Caracterizada como uma política “industrial, tecnológica, de serviços e de comércio exterior”, tinha como foco estimular a inovação e competitividade nacional, especialmente por meio de parcerias com o setor privado (BRASIL, 2011a).

Para consecução do plano foram estabelecidas diretrizes setoriais, visando ao aumento da produtividade, eficiência e modernização da indústria nacional, e sistêmica, voltada para o aumento da eficiência econômica. Ademais, organizou-se o plano em cinco blocos produtivos, sendo o primeiro deles (e o mais relevante para o presente trabalho) o de sistemas de mecânica, eletroeletrônica e saúde (BRASIL, 2011a).

Faz-se necessário traçar um paralelo entre os esforços predominantes para fortalecimento do CEIS e a necessidade de adaptação e modificação de leis já existentes. A Lei 8.666, de 1993, conhecida como a “lei de licitações”, que regulamenta as compras e contratações realizadas pelos órgãos públicos, assegurando que os princípios básicos da administração pública sejam cumpridos (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência), foi uma das que precisaram sofrer alterações para atender às prioridades estabelecidas pelo Governo em relação ao desenvolvimento industrial e econômico (BRASIL, 1993).

O art. 24 da referida lei apresenta o rol de situações que ensejam a dispensa do processo licitatório, que são casos nos quais, geralmente, observa-se certa urgência ou emergência na aquisição de bens e serviços e outras situações especificadas na lei. Os incisos XXV, XXXI e XXXII⁷ abordam alguns casos que notadamente buscaram favorecer as atividades do SUS concernentes ao desenvolvimento científico e inovação, autorizando a dispensa de licitação para contratação realizada por ICT ou agência de fomento para a transferência de tecnologia e licenciamento de uso ou exploração de criação protegida, para contratação que vise o cumprimento dos art. 3º, 4º, 5º e 20 da Lei nº 10.973, de 2004, e na contratação em que há transferência tecnológica para o SUS, inclusive para compra de produtos durante esse processo de transferência (BRASIL, 1993).

Foi durante a vigência do PBM que foram regulamentadas as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Em 2012, publicou-se a Portaria nº 506, de 21 de março, a qual instituiu o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor, com o objetivo geral de “fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público” (BRASIL, 2012b).

Pouco menos de um mês depois, em 18 de abril, é editada a Portaria nº 837, definindo os critérios e diretrizes para o estabelecimento das PDPs, caracterizando-as como

parcerias realizadas entre instituições públicas e entidades privadas com vistas ao acesso a tecnologias prioritárias, à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a longo prazo e à racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para saúde, com o comprometimento de internalizar e desenvolver novas tecnologias estratégicas e de valor agregado elevado (BRASIL, 2012a).

⁷ Art. 24. É dispensável a licitação:

XXV - na contratação realizada por Instituição Científica e Tecnológica - ICT ou por agência de fomento para a transferência de tecnologia e para o licenciamento de direito de uso ou de exploração de criação protegida. (Incluído pela Lei nº 10.973, de 2004)

XXXI - nas contratações visando ao cumprimento do disposto nos arts. 3º, 4º, 5º e 20 da Lei no 10.973, de 2 de dezembro de 2004, observados os princípios gerais de contratação dela constantes. (Incluído pela Lei nº 12.349, de 2010)

XXXII - na contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme elencados em ato da direção nacional do SUS, inclusive por ocasião da aquisição destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica. (Incluído pela Lei nº 12.715, de 2012) (BRASIL, 1993).

Em novembro de 2014, as PDPs são redefinidas por meio da Portaria nº 2.531 e apresentadas com o título “Consolidação do Marco Regulatório” pelo Ministério da Saúde. Essa portaria redefine os critérios para definição da lista de insumos estratégicos para o SUS, além de estabelecer e disciplinar as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (BRASIL, 2014).

É nessa portaria que são apresentados os conceitos, os objetivos e o processo para o estabelecimento de uma PDP, tornando o procedimento claro e redefinindo uma nova estratégia para a busca da inovação por meio da absorção e incorporação tecnológica, visando a subsistência do SUS sem a constante dependência do mercado externo (BRASIL, 2014).

No instrumento regulatório, as PDPs são apresentadas como uma política que “visa ampliar o acesso a medicamentos e produtos para saúde considerados estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fortalecimento do complexo industrial do país” (BRASIL, 2014). Ou seja, o intuito é garantir o acesso da população a produtos essenciais, além de agregar novas tecnologias e inovação ao parque produtivo nacional, mantendo o fomento do desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos.

O art. 3º Portaria nº 2.531/2014, apresenta quais são os objetivos das PDPs:

- I - ampliar o acesso da população a produtos estratégicos e diminuir a vulnerabilidade do SUS;
- II - reduzir as dependências produtiva e tecnológica para atender as necessidades de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazos, seguindo os princípios constitucionais do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde;
- III - racionalizar o poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à sustentabilidade do SUS e à ampliação da produção no País de produtos estratégicos;
- IV - proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais;
- V - fomentar o desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito das instituições públicas e das entidades privadas, contribuindo para o desenvolvimento do CEIS e para torná-las competitivas e capacitadas;
- VI - promover o desenvolvimento e a fabricação em território nacional de produtos estratégicos para o SUS;
- VII - buscar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS a curto, médio e longo prazos, com promoção de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, contribuir para redução do déficit comercial do CEIS e garantir o acesso à saúde; e
- VIII - estimular o desenvolvimento da rede de produção pública no País e do seu papel estratégico para o SUS (BRASIL, 2014).

Em suma, os objetivos priorizam a sustentabilidade econômica e tecnológica do país, fomentando o desenvolvimento industrial de maneira a diminuir a vulnerabilidade do SUS e ampliar o acesso da população aos insumos estratégicos para a saúde, destacando-se para fins desta pesquisa o objetivo número IV: “proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais” (BRASIL, 2014).

A Portaria esclarece ainda quem pode efetivamente participar de uma PDP, sendo, no caso, instituições públicas ou entidades privadas, tanto individualmente quanto de maneira coletiva, em ambos os casos. De maneira a resumir o arcabouço regulatório que deu origem às PDPs, o Quadro 1 sintetiza as principais portarias, leis e decretos que culminaram com o seu surgimento na política nacional.

Quadro 1 – Medidas que culminaram no surgimento das PDPs

(continua)

Ano	Forma de operacionalização	Medida
1988	Constituição Federal	Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação.
1990	Lei nº 8080, de 19 de setembro.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.
2004	Lei nº 10.973, de 02 de dezembro	Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências.
2008	Portaria nº 374, de 28 de fevereiro.	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.
2008	Portaria nº 375, de 28 de fevereiro.	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde.
2008	Decreto DNN, de 12 de maio	Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - GECIS, e dá outras providências.

Quadro 1 – Medidas que culminaram no surgimento das PDPs

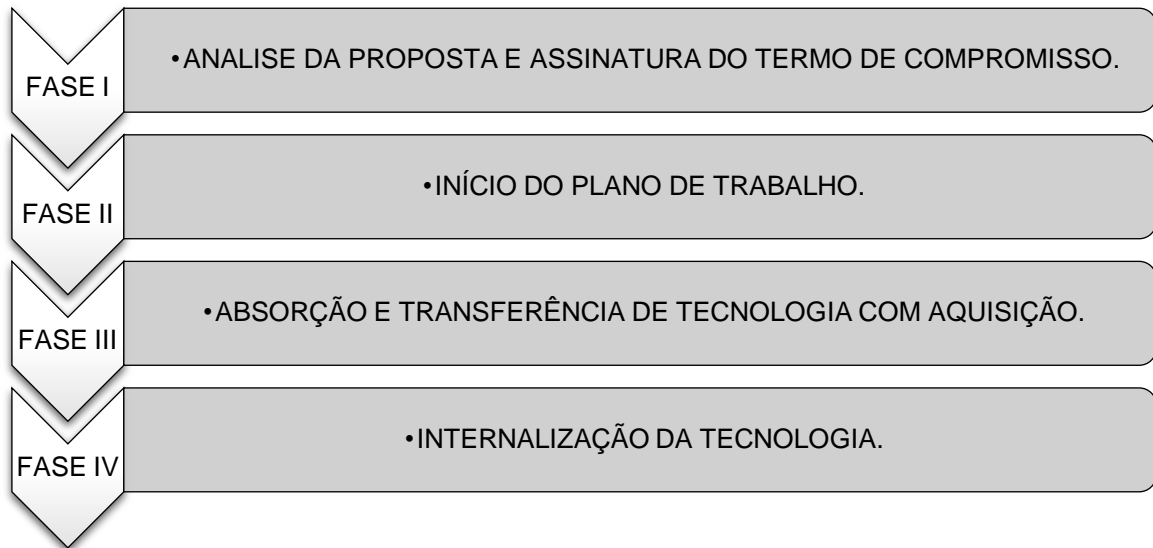
(conclusão)

Ano	Forma de operacionalização	Medida
2008	Portaria Interministerial nº 128, de 29 de maio	Estabelece Diretrizes para a Contratação Pública de Medicamentos e Fármacos pelo Sistema Único de Saúde.
2008	Portaria nº 978, de 16 de maio	Dispõe sobre a lista de produtos estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde e institui a Comissão para Revisão e Atualização da referida lista.
2012	Portaria nº 506, de 21 de março	Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor.
2012	Portaria nº 837, de 18 de abril	Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP).
2013	Portaria 3.089, de 11 de dezembro	Redefine a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e as respectivas regras e critérios para sua definição.
2014	Portaria nº 2.531, de 12 de novembro	Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação.
2017	Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro	Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

Com relação ao processo das PDPs, o passo inicial é a divulgação de uma lista contendo os produtos estratégicos para o SUS, cuja elaboração é realizada pelo Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS/MS). Após o lançamento da lista, dá-se início à execução das PDPs, que se divide em quatro fases, quais sejam: **Fase I:** submissão e análise de proposta de parceria, remetida por instituição pública, e celebração de Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e as instituições públicas e privadas que tiveram suas propostas aprovadas; **Fase II:** início da implementação do plano de trabalho previsto na proposta aprovada e objeto do Termo de Compromisso; **Fase III:** início da execução do desenvolvimento do produto, transferência e absorção de tecnologia objeto da PDP, culminando na celebração de contrato de aquisição do produto entre Ministério da Saúde e instituição pública e; **Fase IV:** internalização da tecnologia por parte da instituição pública (do insumo farmacêutico ativo ou do componente tecnológico crítico) (BRASIL, 2014). O resumo dessas etapas é apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Etapas de uma Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2019).

Cabe ressaltar, ainda, que nas fases I e II não há ainda nenhuma ação concreta, sendo que a contagem de tempo da PDP inicia juntamente com a fase III e, para a conclusão da parceria, o prazo máximo estipulado é de dez anos.

Importante destacar que, conforme aponta Almeida (2018), não necessariamente uma PDP passa automaticamente da fase II para a fase III, pois na fase II podem ocorrer entraves relacionados ao registro do produto, problemas com o deferimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dificuldades na negociação de preço com o Ministério da Saúde, falta de consenso na definição das condições técnicas relacionadas à transferência, ou, inclusive, reprovação do registro. Nesse caso, ocorre a extinção da PDP.

Conforme informações do MS, cada PDP é monitorada continuamente, desde o início do projeto até a internalização da tecnologia, de maneira a verificar se os prazos, obrigações e responsabilidades estabelecidos estão, de fato, sendo cumpridos. Esse monitoramento é realizado pelo GECIS/MS conjuntamente com a ANVISA, por meio dos Comitês Técnicos Regulatórios (CTR) coordenados pela agência (BRASIL, 2019a).

Ressalta-se, ainda, que apesar do Brasil não ter acenado com nenhum plano relacionado à política industrial desde o encerramento do PBM (ocorrido em 2014), em 20 de dezembro de 2017 foi promulgado o Decreto nº 9.245, instituindo a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), apresentando as PDPs como um dos três instrumentos estratégicos para a política e reforçando novamente a

importância de ações que visem regulamentar e facilitar o processo de contratação e aquisição de insumos estratégicos para o SUS por meio do desenvolvimento tecnológico e do aumento da capacidade produtiva e inovação nacional (BRASIL, 2017).

No que concerne ao número de TCs vigentes segundo fases do processo, inclusive os suspensos, analisando os dados disponíveis pelo Ministério da Saúde, obtêm-se as seguintes informações (Tabela 1):

Tabela 1 – Número de projetos e TCs vigentes por fase da PDP, Brasil, 2019.

Fase da PDP	Medicamentos, vacinas e hemoderivados	Produtos de saúde	Total
Fase I*	8	1	9
Fase II	51	2	53
Fase III	29	3	32
Fase IV	10	0	10
Total	98	6	104

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

Nota: Dados atualizados pelo Ministério da Saúde em setembro/2019.

*Na fase I os projetos de PDP ainda estão em processo de avaliação, não havendo TC assinado.

Apesar do número total significativo, até a última atualização do MS, havia 42 parcerias que representam ação concreta (fases III e IV), mas são 42 parcerias que não correspondem, necessariamente, ao mesmo quantitativo de medicamentos e produtos, pois, para um mesmo item, pode haver mais de uma parceria. A estratégia de estabelecer mais de uma parceria para o mesmo produto foi adotada para garantir abastecimento em determinados produtos, cujo volume de consumo pelo SUS é bastante elevado. Assim, efetivamente são 33 os medicamentos vacinas e hemoderivados com PDPs vigentes e três produtos de saúde.

Com relação aos 53 TCs em fase II, 15 deles estavam suspensos até setembro/2019; da fase III eram sete dos 32; e do total dos TCs de fase IV, um está suspenso. Essa suspensão ocorre quando são verificados, durante o monitoramento e avaliação dos projetos, problemas relacionados ao cumprimento das diretrizes e critérios estabelecidos em contrato, os quais não são disponibilizados para consulta pública.

Os motivos da suspensão são analisados pelas Comissões Técnicas de Avaliação, cabendo, finalmente, ao Comitê Deliberativo decidir pela reestruturação da

parceria ou sua extinção (BRASIL, 2014). Sendo assim, como a suspensão não significa necessariamente a cessação da PDP, aquelas que estão suspensas foram também consideradas para fins de análise neste trabalho.

Com relação aos medicamentos, vacinas e hemoderivados que fazem parte das PDPs e já estão nas fases III ou IV (escopo desta pesquisa), o Quadro 2 aponta quais são esses medicamentos (em ordem alfabética), sua forma de apresentação e a fase do projeto em setembro de 2019.

Quadro 2 – Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs (2019)

(continua)

TC/ano	Produto	Apresentação	Fase
10/2010	Alfataliglicerase	Pó para solução injetável (200U)	IV (suspensa)
02/2011	Atazanavir	Cápsula (200 e 300mg)	III
11/2010	Betainterferona 1A	Solução injetável (22 e 44µg)	III
08/2011	Cabergolina	Comprimido (0,5mg)	III (suspensa)
08/2009	Clozapina	Comprimido (25mg e 100mg)	IV
05/2010	Entecavir	Comprimido (0,5mg)	III
02/2012 10/2014 05/2017	Etanercepte	Solução injetável (25mg/0,5ml; 50mg/ml)	III
28/2018	Entricitabina + tenofovir	Comprimido revestido (300mg + 200mg)	III
20/2012	Fator VIII recombinante	Pó para solução injetável (250, 500 e 1000 UI)	III
05/2013	Galantamina	Cápsula de liberação prolongada (8, 16 e 24 mg)	III
01/2012	Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (100mg e 400 mg)	IV*
32/2013 01/2014	Infliximabe	Pó para solução injetável – frasco com 10ml (100mg)	III
01/2017	Insulina (NPH)	Solução injetável 100 UI/ml	III (suspensa)
01/2017	Insulina (Regular)	Solução injetável 100 UI/ml	III (suspensa)
09/2011	Leflunomida	Comprimido (20mg)	III
15/2012	Micofenolato de sódio	Comprimido revestido (180 e 360mg)	III
08/2009 01/2012	Olanzapina	Comprimido (5mg e 10mg)	III*
08/2009	Olanzapina	Comprimido (5mg e 10mg)	IV*
05/2011	Pramipexol	Comprimido (0,125mg; 0,25mg e 1mg)	III (suspensa)
08/2009	Quetiapina	Comprimido (25, 100 e 200mg)	IV
09/2009	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático)	Comprimido (150mg + 75mg + 400mg + 275mg)	III
01/2009	Rivastigmina	Cápsulas (1,5mg; 3mg; 4,5mg e 6mg)	IV
06/2011	Riluzol	Comprimido revestido (50mg)	III
07/2010	Ritonavir termoestável	Comprimido (100mg)	III
07/2011	Sevelâmer	Comprimido (800mg)	III (suspensa)
07/2009	Tacrolimo	Cápsula (1mg e 5mg)	IV
05/2009 06/2009	Tenofovir	Comprimido (300mg)	IV*

Quadro 2 – Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs (2019)

(conclusão)

TC/ano	Produto	Apresentação	Fase
05/2012	Tenofovir + Lamivudina (2 em 1)	Comprimido revestido (300mg + 300mg)	III
12/2017	Trastuzumabe	Pó para solução injetável (150mg)	III (suspensa)
35/2013	Vacina Dtpa (vacina absorvida difteria, tétano e pertussis acelular)	Suspensão injetável	III
09/2012	Vacina hepatite A	Suspensão injetável	III
37/2013	Vacina HPV	Suspensão injetável	III
10/2012	Vacina tetraviral	Pó para solução injetável	III (suspensa)
09/2010	Ziprasidona	Cápsula (40mg e 80mg)	III

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

*A olanzapina possui um contrato de PDP em fase III com a NUPLAN e um em fase IV com a LAFEPE. O tenofovir possui dois contratos em fase IV, sendo um com a FUNED e em com a LAFEPE. O imatinibe também possui dois contratos em fase IV, sendo com a instituição Farmanguinhos e o IVB.

Verifica-se que os 29 termos de compromisso (TC) da fase III correspondem, de fato, a 26 medicamentos que estão na fase de transferência e absorção de tecnologia, sendo que, a partir dessa fase, o laboratório privado tem até 10 anos para concluir a PDP.

Com relação aos TC que já estão na fase IV, correspondente à internalização da tecnologia, são dez, mas que se referem a oito medicamentos.

Os TC mais antigos datam de 2009. Dos dez TCs na fase IV, seis foram efetivamente concluídos (correspondente a cinco medicamentos), três estão em processo de verificação da internalização da tecnologia (dois medicamentos) e um foi suspenso, conforme dados atualizados em 01/07/2019 pelo MS.

Dos TCs concluídos, todas iniciaram seu contrato em 2009. O único contrato que iniciou em 2009 e ainda não finalizou e nem consta na lista dos projetos em processo de verificação é a Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático).

3.2 ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE

Como política pública, as PDPs devem atender, além dos princípios constitucionais explícitos inerentes à administração pública (legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência), aos princípios implícitos concernentes aos processos licitatórios, especialmente no tocante à busca da economicidade e da proposta mais vantajosa para a administração (PEREIRA, 2008).

Cabe destacar, inicialmente, que a própria portaria que regulamenta as PDPs, em seu art. 15, estipula que compete às Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) e ao Comitê Deliberativo (CD) avaliar e analisar a proposta de projeto de PDP. O art. 16, IV, afirma ainda que ao CTA compete “avaliar a economicidade e a vantajosidade da proposta de projeto de PDP”, enquanto o art. 18, VI, destaca que ao CD compete “estabelecer as condições de economicidade e vantajosidade da PDP” (BRASIL, 2014).

Dentro da mesma linha, convém destacar o art. 55, cujo teor explica que

A aquisição do produto objeto da PDP se dará entre o Ministério da Saúde e a instituição pública, por meio de instrumento específico, e será realizada após observância e reanálise dos seguintes itens:

[...]

III - quanto aos preços, economicidade e vantajosidade:

[...]

c) a economicidade e vantajosidade do processo deve ser analisada tendo como referência as orientações estabelecidas no inciso VIII do art. 14 (BRASIL, 2014).

Por sua vez, art. 14, inciso VIII, explica que, com relação à proposta de venda e estimativa da capacidade de oferta, a proposta de projeto de PDP deve observar:

[...]

b) os preços propostos serão compatíveis com os praticados pelo SUS e, quando necessário, aos preços de mercados internacionais dos países contemplados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), **considerando os princípios da economicidade e da vantajosidade** (BRASIL, 2014, grifo meu).

Como pode ser verificado, a normativa não apresenta uma conceituação para esses princípios, cabendo uma análise mais profunda da compreensão desses institutos.

As PDPs se tornam um caso especial na administração pública em relação às compras governamentais. A Lei nº 10.715, de 17 de setembro de 2012, alterou o art. 24 da Lei nº 8.666/93 (lei das licitações), que trata dos casos em que é permitida a dispensa de licitação, incluindo o inciso XXXII que especifica que a dispensa é possível “na contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS, [...], conforme elencados em ato da direção nacional do SUS,

inclusive por ocasião da aquisição destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica” (BRASIL, 1993).

Portanto, o processo de dispensa de licitação para a compra de produto resultante de PDP pode ocorrer já a partir da primeira aquisição pelo Ministério da Saúde. No entanto, essa prerrogativa não exime o órgão de observar os preceitos constitucionais e infraconstitucionais concernentes à economicidade e vantajosidade das compras.

O termo **vantajosidade** está explícito nos princípios que pautam as licitações públicas, conforme consta no art. 3º da Lei nº 8.666/93: “A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável [...] (BRASIL, 1993, grifo meu).

Gallina e Aguirre (2016) explicam que, tradicionalmente, a proposta mais vantajosa **costumava** ser aquela de menor preço. No entanto, segundo eles, esse entendimento tem sido discutido por vários autores do ramo do direito administrativo, que apresentam a vantajosidade sob outro prisma.

Os autores mostram que, no entendimento de José Cretella Junior, a proposta mais vantajosa “não é a proposta de menor preço, mas a que se apresente mais adequada, mais favorável, mais consentânea com o interesse da Administração” (GALLINA; AGUIRRE, 2016).

Da mesma forma, Meirelles (2014, p. 260) define que a proposta mais vantajosa é “aquela que melhor atenda aos interesses da Administração, e que nem sempre é o menor preço”. Assim, a vantajosidade deve ser compreendida como um requisito qualitativo, dentro das especificidades do edital de licitação ou dispensa.

O Tribunal de Contas da União indo ao encontro do mencionado acima, proferiu em seu Acórdão nº 1.978/2009, o seguinte entendimento sobre vantajosidade:

8.1.1 o conceito da proposta mais vantajosa, inserido no caput do artigo 3º da Lei n. 8.666/1993, **não se confunde com o de ‘mais barato’, visto que sua compreensão pressuporia o atendimento das exigências constitucionais de economicidade e eficiência;** ‘as circunstâncias de uma determinada situação específica podem fazer com que o fornecimento por diversas empresas não seja útil para a Administração, sendo-lhe manifestamente mais vantajoso que o objeto do contrato seja adjudicado a um único fornecedor’; em seguida, ampara o entendimento nos ensinamentos de Antônio Carlos Cintra do Amaral, textualmente: “É comum considerar-se que a maior vantagem para a Administração está sempre no menor preço. Isso reflete o entendimento, equivocado, de que a lei consagra a tese de que o mais barato é sempre o melhor, sem

contemplação com a técnica e a qualidade. Esse entendimento não corresponde ao disposto na Lei 8.666/93 e conflita com os princípios da razoabilidade, eficiência e economicidade, que regem os atos administrativos, inclusive os procedimentos licitatórios” (grifo meu).

Já o vocábulo **economicidade** se apresenta na CF/88, em seu art. 70, *caput*, ao tratar da fiscalização contábil, financeira e orçamentária dos órgãos da administração direta e indireta.

Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (BRASIL, 1988, grifo meu).

Bugarin (1999) esclarece que o termo economicidade se vincula à ideia fundamental de desempenho qualitativo e é intrinsecamente conectado ao princípio constitucional da eficiência, buscando, portanto, o “melhor resultado estratégico possível de uma determinada alocação de recursos financeiros, econômicos e/ou patrimoniais em um dado cenário socioeconômico”.

Torres (1991) afirma que a economicidade implica na “eficiência na gestão financeira e na execução orçamentária, consubstanciada na minimização de custos e gastos públicos e na maximização da receita e da arrecadação”. Assim, o controle da economicidade não busca apenas verificar o aspecto quantitativo do gasto público, pois ao gasto se alia a efetividade na arrecadação das receitas. Assim, para o autor, a economicidade se pauta no equilíbrio entre as duas vertentes das finanças públicas.

Chaparro (2016, p. 37), ao realizar uma análise das compras sustentáveis por meio de licitação, afirma que o princípio da vantajosidade traz consigo que “o mais barato não é necessariamente o melhor, ou seja, complementa o princípio constitucional da economicidade em que se deve levar em consideração a qualidade e técnica do item, e não apenas o preço”.

Em face ao exposto, denota-se que a aquisição de produtos por meio de licitação ou sua dispensa deve atender aos princípios da economicidade e da vantajosidade, o que pode aparentar uma mitigação da economia de recursos em detrimento ao favorecimento da qualidade do produto adquirido. Ou seja, em prol de adquirir um produto com maior qualidade (vantajosidade), pode ocorrer um gasto

inicial superior ao previsto. No entanto, esse gasto “a mais” deve ser compensado pela qualidade do produto em termos de manutenção, duração, entre outros.

Na aquisição de medicamentos, a CONITEC preconiza a utilização da análise de custo-efetividade (ACE) nas aquisições, que é uma “forma de avaliação econômica completa na qual se examinam tantos os custos como as consequências (desfechos) de programas ou tratamentos de saúde”. O resultado da ACE é expresso, por exemplo, em custo por ano de vida ganho. Assim, a efetividade de um produto pode compensar o gasto extra de recurso (CANUTO SANTOS, 2010), pois, a médio ou longo prazo, esse gasto superior inicial será compensado economicamente por meio de outras variáveis, tais como recuperação mais rápida do paciente, diminuição de consultas ou internamentos, etc.

Assim, considerando os conceitos expostos neste apartado e o próprio objetivo concernente à política das PDPs, nota-se a importância de avaliar esses aspectos concomitantemente, de maneira a possibilitar uma abrangência maior da análise da política.

3.3 COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS

Atingir o objetivo de aliar a economicidade e a vantajosidade nos processos de aquisição pública, considerando todos os aspectos analisados no apartado anterior, não se constitui em tarefa simples. Tendo em vista a escassez de recursos em face às taxas demográficas nacionais, é dever do Ministério da Saúde avaliar a melhor maneira de gerir os poucos recursos da saúde pública, direcionando-os para as ações ou setores considerados estratégicos para o SUS.

Um estudo do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicado em novembro de 2018, mostrou que o investimento público brasileiro em saúde é baixo em comparação ao de países com sistemas semelhantes de cobertura universal.

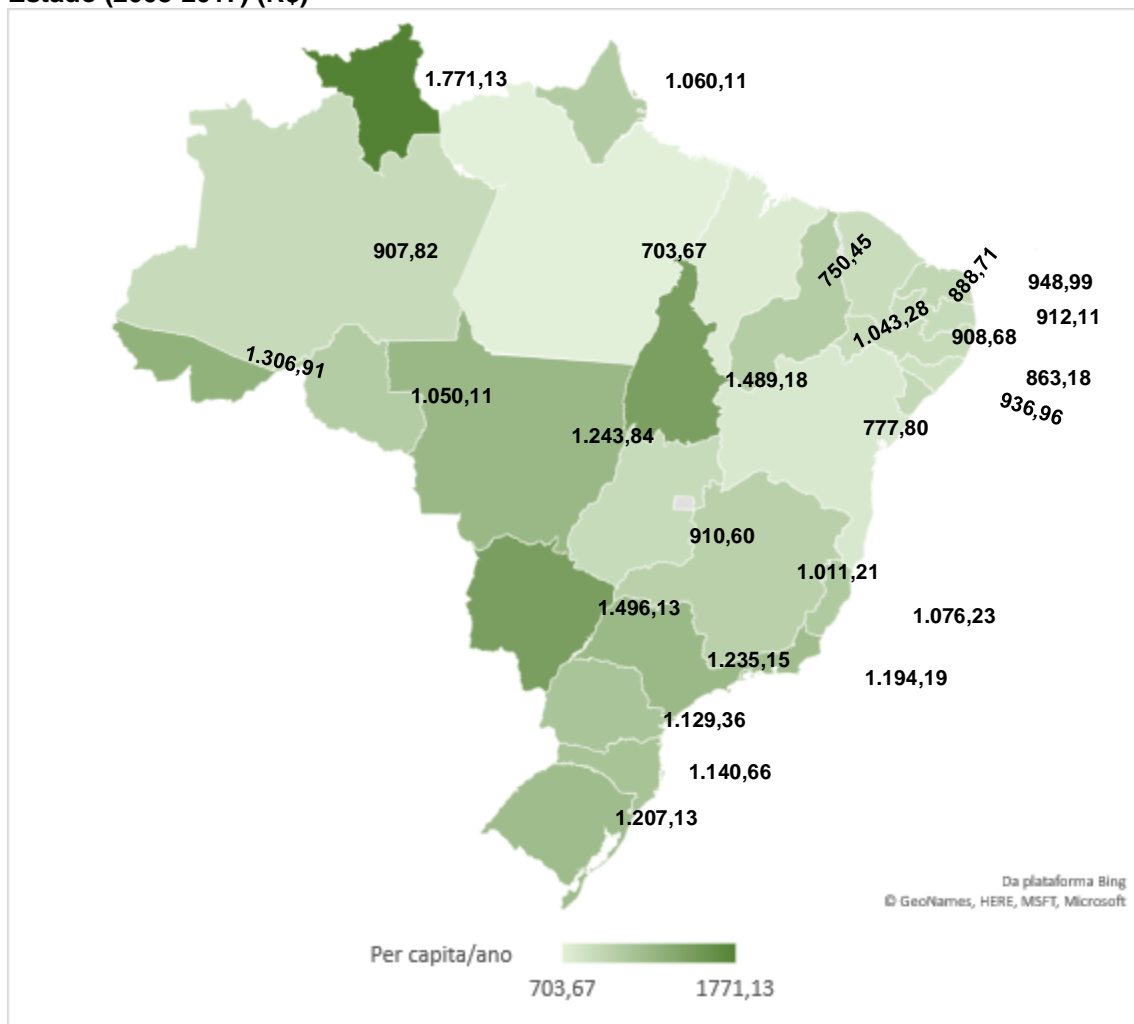
De acordo com o levantamento, o gasto governamental médio por habitante em 2017 foi de R\$ 1.271,65 (cerca de US\$ 340), somando-se todas as esferas — União, estados e municípios. No Reino Unido, considerado modelo de sistema universal, por exemplo, o gasto per capita foi dez vezes maior: US\$ 3,5 mil, valor semelhante aos aplicados por França e Canadá, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Mesmo a Argentina, com US\$ 713, investiu mais do que o dobro (AGÊNCIA SENADO, 2018).

O estudo ressalta, ainda, que o custeio da saúde realizado pelos cofres públicos é abaixo da média esperada para um sistema universal. Conforme os dados, o governo custeava 43% dos gastos totais do setor, sendo que um sistema único demanda um investimento de aproximadamente 65% (AGÊNCIA SENADO, 2018).

Ao mesmo tempo em que sofre com subfinanciamento, o SUS vê crescer a demanda por seus serviços, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Entre elas, o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes de trânsito e da violência e o crescimento do desemprego — que fez com que quase 3 milhões de pessoas abandonassem os planos de saúde nos últimos anos, aumentando a procura pela rede pública (AGÊNCIA SENADO, 2018).

A pesquisa foi realizada considerando os anos de 2008 a 2017. A Figura 2 apresenta os números evidenciados pela pesquisa da CFM com relação ao gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita/ano por estado da Federação.

Figura 2 – Mapa das despesas com ações e serviços públicos de saúde per capita/ano por Estado (2008-2017) (R\$)



Fonte: elaboração própria com base nos dados do CFM (2020).

Entre as iniciativas verificadas para buscar um melhor gerenciamento dos recursos destinados à saúde, destaca-se a instituição, em 2003, por meio da Portaria nº 1.418/GM de 24 de julho, do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CCTI/ MS). Este Conselho, coordenado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), “possui entre as suas atribuições: implantar a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; definir diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando à incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde” (BRASIL, 2003b).

Em 2004, é aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), sendo lançada pelo Ministério da Saúde em 2005. Esta política surgiu com a missão primordial de “contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País” (BRASIL, 2008a).

Composta por oito principais estratégias, a PNCTIS buscou, acima de tudo, fortalecer as iniciativas nacionais relacionadas ao desenvolvimento científico e tecnológico e à inovação em saúde por meio de mecanismos de incentivo, difusão, aprimoramento da capacidade do Estado, formação e capacitação dos recursos humanos, e aumento da participação social (BRASIL, 2008a).

E, em 2010, como forma de subsidiar as estratégias propostas pela PNCTIS, é lançada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), norteadas especialmente para o papel regulatório do Estado, servindo como um guia para ajudar os gestores envolvidos com o SUS na tomada de decisão relacionada à incorporação ou retirada de tecnologias do sistema de saúde, buscando a sustentabilidade do sistema ao possibilitar decisões baseadas em evidências e que possibilitem o atendimento integral, universal e equânime preconizado pela Constituição brasileira (BRASIL, 2010).

A política surge para “orientar diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando à incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde”, sendo que seu principal objetivo é “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade” (BRASIL, 2010).

Considerando que a aquisição e incorporação de novas tecnologias no SUS esbarram em burocracias necessárias à observância dos preceitos básicos de legalidade, economicidade e eficiência concernentes às aquisições governamentais, a maneira estipulada pela PNGTS para garantir que a avaliação das necessidades do sistema de saúde seja realizada de forma a atender aos reais interesses da população com os recursos disponíveis foi a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

A ATS surge da necessidade de atender às demandas populacionais sem, com isso, violar os princípios constitucionais e legais que norteiam a boa gestão pública. A ATS permite verificar, com base em evidências científicas sólidas, se as tecnologias propostas atendem a critérios mínimos que garantam a sustentabilidade econômico-financeira do sistema de saúde nacional.

Do ponto de vista conceitual, a ATS pode ser definida como um “processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias”. E, para tal, a ATS utiliza como dimensões de análise a “segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade, aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2009).

Para garantia da realização de avaliações pertinentes e alinhadas com os princípios constitucionais, foi publicada a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a lei nº 8.080/90 incluindo o capítulo VIII, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. O art. 19-Q da referida lei enfatiza que “a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde”, destacando, ainda, que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) deve assessorar o Ministério da Saúde nesse quesito (BRASIL, 2011b).

Sua organização e atribuições são regulamentadas pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, o qual especifica que a CONITEC é um

“órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas” (BRASIL, 2011c).

Assim, a CONITEC é responsável atualmente por avaliar toda tecnologia nova em saúde de maneira a verificar se ela atende a critérios custo-efetividade que justifiquem a sua adoção, buscando garantir a sustentabilidade econômico-financeira do SUS e a escolha da tecnologia mais eficaz para disponibilização à sociedade. Da mesma forma, a comissão pode também avaliar tecnologias já incorporadas, no intuito de determinar se elas continuam sendo custo-efetivas em face às tecnologias entrantes, decidindo pela sua exclusão ou modificação dos critérios de inclusão.

Os medicamentos entram no rol dos itens considerados como tecnologia em saúde. Segundo informações do Ministério da Saúde, eles são atualmente a intervenção terapêutica mais utilizada, sendo, inclusive, uma tecnologia que exerce alto impacto nos gastos com saúde.

Para decidir quais medicamentos são essenciais para o atendimento das necessidades dos cidadãos, o Decreto nº 7.646/2011 determina que a CONITEC deve avaliar a incorporação dessas tecnologias com base na relação custo-efetividade. Esta metodologia consiste em verificar se a tecnologia avaliada atende critérios de eficácia, acurácia, efetividade e segurança ao mesmo tempo em que se verifica se o seu custo justifica a sua adoção. Em síntese, é uma avaliação “comparativa de cursos alternativos de ação tanto em termos de custos quanto de consequências” (SILVA, 2003).

A escolha desse critério de avaliação se justifica essencialmente pela necessidade de equilibrar os recursos disponíveis para a saúde pública, buscando, além dos elementos acima, a economicidade das aquisições, visto que a percepção da finitude dos recursos financeiros em detrimento do exponencial incremento tecnológico tornou imprescindível a racionalização do cuidado à saúde, buscando obter o máximo benefício por real gasto (PRADO, 2015).

Assim, para que determinado medicamento seja incorporado e disponibilizado aos pacientes atendidos pelo SUS, inicialmente é realizada a demanda à CONITEC, que pode ser provocada não apenas pelos gestores públicos, mas por qualquer membro da sociedade.

Em seguida, procede-se à realização da ATS para verificação do custo-efetividade da nova tecnologia demandada. Essa avaliação deve ser realizada em 180 dias, prorrogáveis por mais 90. Havendo interesse na incorporação, emite-se um relatório de recomendação, que deverá ser disponibilizado para uma consulta pública

durante o prazo de 20 dias, para verificação do interesse da sociedade e aporte da comunidade com relação aos benefícios ou não do medicamento em questão. Ao final de todos esses trâmites, é emitido parecer conclusivo. A aprovação ou não da incorporação da tecnologia fica, então, a cargo do Ministro da Saúde.

Estudo realizado por Caetano *et al.* (2017), evidenciou que, entre os anos de 2011 e 2016, foram recebidos pela CONITEC 447 solicitações de incorporação de novas tecnologias, sendo que destas 301 se referiam a medicamentos, e 93 delas obtiveram parecer favorável quanto à incorporação. As principais justificativas para seu aceite foram os benefícios clínicos adicionais apresentados e o baixo impacto orçamentário representado pela incorporação. Os números demonstraram a forte atuação da CONITEC em buscar disponibilizar aos usuários do sistema público de saúde os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

De maneira a orientar a pesquisa, adotou-se como procedimento metodológico o estudo de caso na concepção de Merriam (1998), sendo que a coleta de dados se baseou no método de estudos mistos (Small, 2011).

Para apresentação dos resultados, considerando que o foco da pesquisa reside em uma política pública, foi utilizado como base o estudo dos resultados das políticas indicado por Ham e Hill (1993).

Assim, este capítulo se divide em duas seções, nas quais serão abordadas a caracterização da pesquisa e os procedimentos metodológicos que permitiram atingir os objetivos propostos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Compreendendo a pesquisa como um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento” (Ander-Egg, 1978 *in* Marconi e Lakatos, 2003) e considerando o objetivo proposto para este trabalho, explica-se claramente o intuito da autora de buscar explicações e descobrir novos fatos e relações relacionados a uma política pública vigente em âmbito nacional.

A caracterização da pesquisa é apresentada resumidamente por meio da Figura 3, sendo cada item explicado na sequência.

Figura 3 – Caracterização da pesquisa



Fonte: elaboração própria (2019).

Metodologicamente, a pesquisa é caracterizada em sua natureza como **aplicada**, pois se estrutura em fundamentação teórica, metodologia, análise e discussão de dados, o que é característico de pesquisas aplicadas (VILAÇA, 2010). Ainda, o interesse reside na produção de um conjunto de informações que possam ser aplicados na prática, buscando resolver possíveis problemas relacionados ao atual delineamento da política das PDPs, apresentando subsídios que auxiliem em sua melhoria (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2011).

Com relação à estratégia utilizada, adotou-se o estudo de caso na concepção de Merriam (1998), para quem o caso pode ser definido como “algum tipo de fenômeno que ocorre num contexto limitado”, desde que o pesquisador consiga especificar o fenômeno e delimitá-lo. Portanto, o caso pode ser uma pessoa, um programa, um grupo, uma política específica, etc. (Yazan, 2016), sendo que nesta pesquisa o caso limita-se à política pública das PDPs, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.531/2014.

Merriam (1998) conceitua o estudo de caso qualitativo como “uma análise e descrição holística e intensiva de uma entidade ou fenômeno único ou de uma unidade social”. A autora destaca, ainda, os atributos dessa estratégia:

- 1) Particular: foca em uma situação, evento ou fenômeno único;
- 2) Descritivo: produz uma rica e sólida descrição do fenômeno estudado;

3) Heurístico: ilumina a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado.

Com relação à técnica utilizada para abordar o problema, a pesquisa se classifica como **estudo misto**, visto que a busca pela solução do problema ocorreu por meio das abordagens qualitativa e quantitativa.

Embora Merriam (1998) caracterize o estudo de caso do ponto de vista qualitativo, optou-se para esta pesquisa em ampliar o entendimento de estudo de caso adotando o método misto em virtude das possibilidades analíticas permitidas pela interação dos dados obtidos. Small (2011), define estudos mistos de dados “aqueles baseados em pelo menos dois tipos de dados ou dois meios de coleta de dados”.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o “aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.”, buscando explicar o porquê das coisas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Nesse sentido, a abordagem qualitativa foi aqui utilizada no intento de descrever os aspectos relacionados à vantajosidade nas aquisições via PDPs, do ponto de vista da qualidade e custo-benefício.

Paralelamente, sob o prisma da economicidade, o problema se relaciona ao valor monetário dos insumos adquiridos, sendo que os dados coletados, sua comparabilidade e resultados são mensurados em números, com apresentações gráficas e de tabelas para melhor compreensão, ou seja, os resultados são quantificados, atribuindo à pesquisa uma abordagem quantitativa de caráter descritivo. Fonseca (2008) esclarece que “a pesquisa quantitativa se centra na objetividade. [...] recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.”.

No tocante aos fins estabelecidos, a pesquisa se caracteriza por ser **exploratória-descritiva**. A primeira, em virtude da necessidade da coleta de dados bibliográficos para tornar o problema mais explícito e familiarizar a autora deste trabalho com o tema proposto, possibilitando a construção de hipóteses (GIL, 2002). A segunda, por naturalmente preceder a pesquisa exploratória, buscando descrever a realidade, o que, neste caso, foi possibilitado pela análise documental relacionada às PDPs.

Além disso, a pesquisa realiza uma análise *ex-post-facto* (também característico de análises exploratórias) ao trabalhar com dados relacionados a fatos já ocorridos, especificamente as compras de insumos realizadas pelo Ministério da Saúde (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Finalmente, com relação aos procedimentos adotados para buscar responder à pergunta de pesquisa e atingir os objetivos traçados, a pesquisa apresenta cunho **bibliográfico**, ao trabalhar com referências teóricas já analisadas e publicadas por meio escrito ou digital, e **documental**, por apresentar, especialmente, documentos oficiais, dados e relatórios públicos do Ministério da Saúde, mas que não necessariamente passaram por um tratamento analítico (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A Figura 4 permite a visualização de um resumo do modelo conceitual e design da pesquisa adotados para o atendimento aos objetivos propostos para buscar atender aos objetivos propostos na pesquisa.

Figura 4 - Modelo conceitual e design da pesquisa

Problema: é possível verificar se houve ampliação da oferta de medicamentos estratégicos no SUS concomitantemente ao barateamento no seu custo de aquisição, isto é, houve economicidade para a administração pública? E, por outro lado, as tecnologias que foram incorporadas aos SUS por meio das PDPs foram vantajosas para o Estado, ou seja, trata-se de produtos com melhor recomendação de custo-efetividade?



Objetivo geral: Identificar e descrever a economicidade e vantajosidade das compras de medicamentos realizadas por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo.



Objetivos específicos	Fonte de dados	Metodologia empregada	Tratamento dos dados
Apresentar uma revisão de literatura relacionada às PDPs, de maneira a relacionar os estudos anteriores sobre a política e embasar a pesquisa.	- Portal de periódicos CAPES - Catálogo de teses e dissertações CAPES	Pesquisa bibliográfica	Análise qualitativa
Coletar dados de quantidade e valor monetário total das compras de medicamentos, vacinas e hemoderivados realizadas por meio das PDPs vigentes e suspensas nas fases III e IV e das compras dos mesmos insumos por licitação normal, realizando comparação dos dados	- Dados da SCTIE/MS - Portal de Compras do Governo Federal (comprasnet) - API de compras governamentais	Pesquisa documental	Análise quantitativa
Coletar dados da Rename e da CONITEC dos medicamentos com PDPs vigentes e suspensas nas fases III e IV.	- Listas da Rename; - Relatórios da CONITEC	Pesquisa documental	Análise qualitativa
Identificar e descrever o aspecto da economicidade e da vantajosidade das compras pelo viés da qualidade, tecnologia e benefícios sociais explícitos no art. 3º, IV, da política.	- Resultados obtidos nas análises qualitativa e quantitativa.	Pesquisa documental	Método misto

Fonte: elaboração própria (2019).

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Considerando os objetivos específicos propostos para este trabalho, esta seção será dividida em quatro subseções relacionadas aos procedimentos metodológicos adotados para cada um deles e para a análise do resultado final.

4.2.1 Revisão de literatura

O primeiro passo em prol do alcance dos objetivos propostos, foi realizar uma revisão de literatura no intuito de alicerçar a fundamentação buscando as publicações relevantes relacionadas ao tema. Para tal, foi feita uma busca em bases de dados de relevância acadêmica e científica. Por considerar que as PDPs são uma política que se limita à esfera nacional, bases de dados que agrupam publicações internacionais foram ignoradas. Optou-se, portanto, em utilizar para esta pesquisa o Portal de Periódicos da CAPES e o Catálogo de Teses e Dissertações também da CAPES.

Como delimitador de pesquisa foram incluídas na revisão apenas publicações revisadas por pares e publicadas entre 2009 e 2019, considerando que a primeira PDP ocorreu em 2009. A busca no Portal de Periódicos foi realizada utilizando como palavras-chave “complexo industrial da saúde”; “complexo econômico-industrial da saúde” e “parcerias para o desenvolvimento produtivo”. Já no Catálogo de Teses e Dissertações a busca foi restringida ao termo “parcerias para o desenvolvimento produtivo”, por entender que trabalhos acadêmicos dessa natureza deveriam tratar especificamente da política para serem utilizados neste estudo. Dessa busca foram obtidos 139 resultados (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados da revisão de literatura

Palavras-chave	Portal de Periódicos CAPES	Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES)
“Complexo industrial da saúde”	64	-
“Complexo econômico-industrial da saúde”	46	-
“Parcerias para o desenvolvimento produtivo”	16	13
TOTAL	126	13

Fonte: a autora (2019)

Optou-se por excluir o Google Acadêmico desta pesquisa em virtude da grande quantidade de repetições de resultados verificada ao utilizar as palavras-chave propostas, dificultando a filtragem de dados necessária. No entanto, as publicações

localizadas nas bases usadas neste trabalho também figuram na ferramenta de busca do Google, não havendo, portanto, prejuízo à fundamentação da pesquisa.

Cabe destacar que, dos 13 trabalhos localizados no Catálogo de Teses e Dissertações, nove são dissertações de mestrado e quatro são teses de doutorado. Ainda, dos trabalhos publicados com as palavras-chave “complexo econômico-industrial da saúde” e “parcerias para o desenvolvimento produtivo” foram localizadas publicações apenas a partir dos anos de 2011 e 2014, respectivamente. Isso, aliado ao número de citações constatado por trabalho, denota como o assunto em pauta é recente no meio acadêmico.

Como critérios de inclusão para a presente pesquisa, foram incluídos na revisão apenas os trabalhos que abordaram diretamente a questão das PDPs no contexto das políticas industriais, do CEIS e/ou das políticas públicas de medicamentos, delimitando esses tópicos nos títulos, nos resumos e/ou palavras-chave das publicações. Foram incluídos, ainda, trabalhos nos idiomas português e inglês (não foram localizados trabalhos no idioma espanhol). Desse filtro, restaram 13 artigos, três dissertações e três teses, que foram agrupados em três macroassuntos que mais se destacaram nas leituras, conforme evidenciado no Quadro 3.

Quadro 3 – Trabalhos selecionados na revisão de literatura (por macroassunto), autores, ano de publicação e nº de citações (2019)

(continua)

Assunto	Título e ano de publicação	Autor(es)	Nº de citações*
Análise da política das PDPs enquanto política de saúde desenvolvimentista, com vistas ao fortalecimento do CEIS e diminuição do déficit da balança comercial.	O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento (2012)	Carlos Augusto Grabois Gadelha; Laís Silveira Costa; José Maldonado.	78
	Biosimilars in Brazil: developments in 2015 and business perspectives (2015)	Denise Golgher; Roberto Rodrigues; Rodrigo Couto Massafra.	2
	As parcerias para o desenvolvimento produtivo em saúde na nova agenda do desenvolvimento nacional (2016)	Laís Silveira Costa; Antoine Metten; Ignácio José Godinho Delgado.	8
	A conical-helix model of technology transfer and public-private partnerships for technological development in Brazilian public health (2018)	Leandro R. C. Bonfim; Andréa P. Segatto; Sandro A. Gonçalves.	3
	Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (2018)	Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Gomes Temporão.	22

Quadro 3 – Trabalhos selecionados na revisão de literatura (por macroassunto), autores, ano de publicação e nº de citações (2019)

(continua)

Assunto	Título e ano de publicação	Autor(es)	Nº de citações*
Análise da política das PDPs enquanto política de saúde desenvolvimentista, com vistas ao fortalecimento do CEIS e diminuição do déficit da balança comercial.	Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil (2016)	Carlos Augusto Grabois Gadelha; Patrícia Seixas da Costa Braga.	7
	Complexo Industrial da Saúde, desenvolvimento e proteção constitucional ao mercado interno (2013)	Gilberto Bercovici	5
	SUS: o maior comprador de medicamentos do país (2017)	Pollyana C. Varrichio	1
	O papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na inovação: um estudo sobre transferência de tecnologia no Brasil (2018)	Wallace Mateus Prata	0
	Development policy for the Brazilian health industry and qualification of national public laboratories (2016)	Ana Luiza D'Ávila Viana; Hudson Pacifico da Silva; Nelson Ibañez; Fabiola Lana Iozzi.	5
	A dependência de insumos farmacêuticos importados no Brasil: um estudo de caso do medicamento antirretroviral nevirapina no laboratório farmacêutico oficial farmanguinhos (2016)	Elaine Cristina Ferreira Dias; Munik Camargo Pereira Ambrosino; Núbia Regina de Oliveira; Jorge Lima de Magalhães.	0
	Análise dos efeitos das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo nos laboratórios farmacêuticos oficiais	Águida Cristina Santos Almeida.	0
	As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas (2013)	Kellen Santos Rezende	27
	As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) no setor da saúde: o poder de compra do estado como política de indução à inovação e a capacitação tecnológica da Fiocruz no campo das biotecnologias (2019)	Mario Moreira	0
	Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos no Brasil sob a ótica das compras públicas para inovação: 2009-2017 (2018)	Vitor Paiva Pimentel	1
Análise das PDPs enquanto facilitadora na redução de custos de medicamentos.	Redução de preço de medicamento em situação de monopólio no Sistema Único de Saúde: o caso do Tenofovir (2018)	Gabriela Costa Chaves; Lia Hasenclever; Maria Auxiliadora Oliveira.	5

Quadro 3 – Trabalhos selecionados na revisão de literatura (por macroassunto), autores, ano de publicação e nº de citações (2019)

(conclusão)			
Assunto	Título e ano de publicação	Autor(es)	Nº de citações*
Análise das PDPs enquanto facilitadora na redução de custos de medicamentos.	Compras federais de antineoplásicos no Brasil: análise do mesilato de imatinibe, trastuzumabe e L-asparaginase, 2004-2013 (2016)	Elaine Lazzaroni Moraes; Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro; Rosângela Caetano.	5
	The acquisition of medication to treat Alzheimer's disease in Brazil: an analysis of federal purchases, 2008-2013 (2015)	Roberta Dorneles Ferreira da Costa; Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro; Rondineli Mendes da Silva; Aurélio de Araújo Maia; Mariana de Carvalho Barbosa Ramos; Rosângela Caetano.	5
Proposição de avaliação da política das PDPs	Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo e a produção pública de medicamentos: uma proposta de monitoramento estratégico ⁸ (2017).	Gabriela de Oliveira Silva	5

Fonte: elaboração própria (2019).

*Número de citações em 10/03/2020.

Em paralelo, foi realizada uma busca de dados secundários, por meio de pesquisa documental de legislação e normas sobre a política, para subsidiar os estudos empíricos realizados sobre as PDPs. O resultado pode ser apreciado no apartado relacionado ao marco regulatório das PDPs (Quadro 1), no qual são apontadas 14 medidas que culminaram no surgimento e regulamentação das parcerias.

Para fins de delimitação da pesquisa, possibilitando uma análise mais aprofundada dos tópicos pretendidos, optou-se por limitar a abrangência do estudo apenas aos medicamentos, vacinas e hemoderivados em fase III e IV das PDPs, com contratos ainda vigentes ou suspensos no ano de 2018, restando excluídos os contratos extintos.

Os contratos suspensos foram mantidos na pesquisa porque a suspensão é de caráter reversível, ou seja, sendo sanados os defeitos que culminaram em sua

⁸ Dissertação obtida por meio de contato direto com a autora (via e-mail)

suspensão, a sua vigência volta a vigorar, não havendo, portanto, justificativa para não incluir essas compras na análise proposta. Além disso, os dados disponibilizados sobre essas aquisições possibilitaram a análise ora proposta nesta pesquisa.

Segundo informações do MS, em setembro de 2019 existiam 33 medicamentos, vacinas e hemoderivados com contratos vigentes ou suspensos em fase III e IV das PDPs. Se forem levadas em consideração as diferentes composições de cada medicamento, havia um total de 53 produtos a serem analisados.

4.2.2 Análise quantitativa

Para fins de avaliar a economicidade, realizou-se uma coleta de dados relacionada a esses 33 medicamentos (51 considerando as diferentes composições) em fase III e IV das parcerias estabelecidas. Em posse desses dados, foi possível verificar a quantidade adquirida, o preço de aquisição e o valor total gasto com cada compra desde o início da vigência da fase III da PDP, assim como buscar dados que colaborassem para a realização de uma comparação em termos econômicos dos dispêndios realizados pelo Ministério da Saúde com a compra desses insumos considerados essenciais.

Para fins de delimitação temporal, foram avaliadas as compras realizadas no período compreendido entre os anos de 2005 e 2018. No caso das PDPs, foram consideradas as compras registradas pelo Ministério da Saúde entre 2009 e 2018, cujas quantidades e valores gastos foram obtidos por meio do site do próprio MS, com dados atualizados em setembro de 2019 pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do órgão.

E, para permitir a comparação entre os gastos efetuados com os mesmos insumos fora da vigência das PDPs, foram avaliadas as compras e valores pagos pelo Departamento de Logística em Saúde (UASG 250005), vinculado à Unidade Gerencial (UG) 36000 (Ministério da Saúde), delimitando a pesquisa para contratos firmados a partir de 2005.

Os dados foram obtidos por meio do Portal de Compras do Governo Federal. Esta busca foi dividida em três etapas que possibilitaram a obtenção de praticamente todas as compras realizadas nos últimos anos.

Inicialmente, foram separados os códigos dos insumos pesquisados por meio de consulta à lista de catalogação de materiais (CATMAT) do Portal de Compras. Em

posse desses códigos, procedeu-se a uma busca nos dados abertos de compras governamentais, por meio do *Application Programming Interface* (API) de compras. Essa interface de programação permite acessar os dados por meio de URLs (Localizador Padrão de Recursos) que exigem determinados parâmetros de formatação⁹.

Em seguida, por meio do mesmo sistema de API, realizou-se uma busca das compras sem licitações efetuadas (dispensas e inexigibilidades)¹⁰ realizadas pela UASG 250005 vinculada ao MS para aquisição dos materiais pesquisados. Ainda, por meio do Portal de Compras, link gestor público/consultas, foi realizada uma busca dos registros de preços de pregões realizados para cada insumo¹¹.

Lembrando que as compras desses insumos, além de serem realizadas pelo MS, são feitas também por outros órgãos que possuem hospitais a eles vinculados, tais como o Ministério da Defesa e o Ministério da Educação. No entanto, a delimitação desta pesquisa é no âmbito do MS.

Desses pregões, dispensas e inexigibilidades foram filtradas as aquisições concernentes aos insumos desejados vinculadas à UASG pesquisada. Durante o filtro, foram separados dados referentes ao quantitativo adquirido, valor total pago, número de contrato e modalidade de licitação.

Considerando o longo período avaliado e a importância de obter dados reais para fins de comparabilidade, os preços obtidos na pesquisa foram atualizados por meio da aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA), tendo-se como período base o mês de dezembro de 2018, considerando que até o final deste trabalho o ano de 2019 não havia encerrado (ver apêndice D). O uso desse índice deflacionário se baseia na Lei nº 10.742/2003, que, entre outras atribuições, define normas de regulação para o setor farmacêutico e estabelece em seu art. 4º, §2º, que as empresas produtoras de medicamentos deverão observar, para fins de ajustes de

⁹ Informações disponíveis no glossário relacionado às políticas e implementação de dados abertos do Governo Federal e no módulo "material" do API de compras governamentais. Disponível em: <https://www.comprasgovernamentais.gov.br/index.php/dados-abertos-2> e <http://compras.dados.gov.br/docs/materiais/material.html>. Acesso em: 25/11/2019.

¹⁰ Disponível em: <http://compras.dados.gov.br/docs/lista-metodos-compraSemLicitacao.html>. Acesso em: 26/11/2019.

¹¹ Disponível em: <http://comprasnet.gov.br/aceso.asp?url=/Livre/Ata/ConsultaAta00.asp>. Acesso em: 30/11/2019.

preços de medicamentos, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor” (BRASIL, 2003c).

Da mesma forma, os preços dos produtos foram atualizados em termos monetários com base na variação cambial do período, considerando que os insumos provêm de importações, cujos valores são influenciados diretamente pelo fluxo cambial (valorização ou desvalorização de uma moeda em relação a outra).

Assim, verificou-se a taxa de câmbio comercial de venda média anual do período avaliado (2008-2018) (real - R\$/ dólar US\$), cujos dados foram obtidos por meio do portal do Ipeadata, que é uma base de dados macroeconômicos, financeiros e regionais do país mantido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (ver apêndice D).

4.2.3 Análise qualitativa

Com relação à análise qualitativa da pesquisa, de maneira a verificar a vantajosidade nas compras, optou-se por realizar uma análise dos dados disponibilizados pelo MS e das listas da Rename. Adicionalmente, propôs-se uma avaliação por meio da análise dos relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

O primeiro passo consistiu em verificar se os medicamentos estratégicos em fase III e IV das PDPs contavam nas listas da Rename. Foram localizadas dez listas entre os anos 2000 (primeira Rename) até 2020. Considerando o período abrangido por esta pesquisa, limitou-se a análise às listas lançadas até 2018. Foram incluídas as listas publicadas antes do surgimento das PDPs em virtude da necessidade de verificar se os produtos objeto das parcerias figuraram em algum momento na Rename. Assim, foram avaliadas nove Rename, buscando em cada uma delas os produtos objeto de PDPs apontados no Capítulo 3 desta dissertação.

Convém destacar que, conforme prevê a Portaria GM/MS 204/2007, a assistência farmacêutica é dividida em três componentes que visam orientar o ente federativo responsável pelo fornecimento do medicamento e a forma de financiamento: componente básico, componente estratégico e componente especializado (BRASIL, 2007).

O Componente Básico é constituído pelos medicamentos voltados aos principais agravos e programas de saúde da atenção básica, sendo seu financiamento

responsabilidade dos três entes, mas a aquisição e fornecimento cabem ao município.

O Componente Estratégico “destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionadas a situações de vulnerabilidade social e pobreza”, sendo o MS responsável pela aquisição e distribuição desses medicamentos aos estados e Distrito Federal (BRASIL, 2007).

Por sua vez, o Componente Especializado “busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade” (BRASIL, 2007).

A Rename apresenta a relação de medicamentos essenciais para o SUS, sendo a relação dividida entre os medicamentos básicos, estratégicos e especializados. As PDPs se destinam à aquisição de medicamentos e produtos constantes em lista elaborada pelo MS. Essa lista engloba medicamentos que, *a priori*, deveriam estar elencados na Rename. Em suma, todo medicamento estratégico é um medicamento considerado essencial se figurar na relação da Rename.

Ainda, considerando que a CONITEC é responsável pela atualização da lista da Rename, como forma de verificar se os produtos elencados como essenciais ao SUS atendem aos critérios de custo-efetividade determinados por essa Comissão, foram localizados os relatórios publicados em seu sítio eletrônico¹², tendo sido efetuada a busca de cada produto objeto de PDP em fase III e IV pelo nome constante na lista das parcerias.

A análise dos relatórios da CONITEC permitiu verificar se os medicamentos objeto das PDPs passaram pela avaliação dessa comissão e se a decisão foi favorável à incorporação do produto ao SUS.

4.2.4 Apresentação e análise dos resultados

Para traçar os resultados do estudo de caso obtidos por meio do método misto de estudo, utilizou-se a análise de política como fundamento. Segundo Dye (2011), análise de política é “descobrir o que os governos fazem, por que o fazem e que diferença, se houver, isso faz”. Conforme apontam Ham e Hill (1993), baseados em

¹² <http://conitec.gov.br/es-es/decisoes-sobre-incorporacoes>

Hogwood e Gunn (1981), existem sete tipos possíveis de análise de políticas: (i) estudo do conteúdo das políticas; (ii) estudo da elaboração das políticas; (iii) estudo dos resultados das políticas; (iv) avaliação de políticas; (v) informação para elaboração de políticas; (vi) defesa do processo de elaboração da política; e (vii) defesa de políticas.

A escolha da variável a analisar depende dos aspectos ideológicos ou do objetivo do trabalho. Considerando a proposta desta dissertação, foi adotado o **estudo do resultado das políticas** (*study of policy output*), que, como o próprio nome diz, busca identificar e descrever os resultados obtidos com a política vigente. Para tal, foram elaborados e utilizados indicadores de avaliação da política pública das PDPs baseados na proposição da autora Silva (2017).

Conforme destaca Jannuzzi (2009), “cada aspecto de uma política pública – recursos empregados, métodos de alocação de recursos, resultados – deve ser avaliado através de indicadores adequados”. Ressalta-se que a política vigente ainda não possui indicadores fundamentados para a sua avaliação, de maneira que o subsídio aportado pelos pesquisadores dessa política pública foi considerado fundamental para este trabalho.

O estudo dos resultados da política pública das PDPs foi realizado parcialmente, especificamente em relação ao objetivo de “proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a **economicidade e a vantajosidade**, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais” (BRASIL, 2014, grifo meu).

Os indicadores são “insumos básicos e indispensáveis em todas as fases do processo de formulação, de implementação e de avaliação das políticas e programas públicos” (IBGE, 2017). Silva (2017) sugere 14 indicadores de monitoramento e avaliação das PDPs a partir de um modelo lógico também elaborado pela autora. Os indicadores são divididos em indicadores de produtos (sete indicadores de monitoramento), indicadores de resultados intermediários (seis indicadores de avaliação) e indicador de resultado final (um indicador de avaliação)¹³.

Para fins desta pesquisa, utilizaram-se como base os indicadores de avaliação de resultados intermediários. Os indicadores elaborados e utilizados neste trabalho foram divididos em **dois (2) indicadores de resultado intermediário da**

¹³ O quadro proposto por Silva (2017) pode ser verificado no anexo 1 deste trabalho.

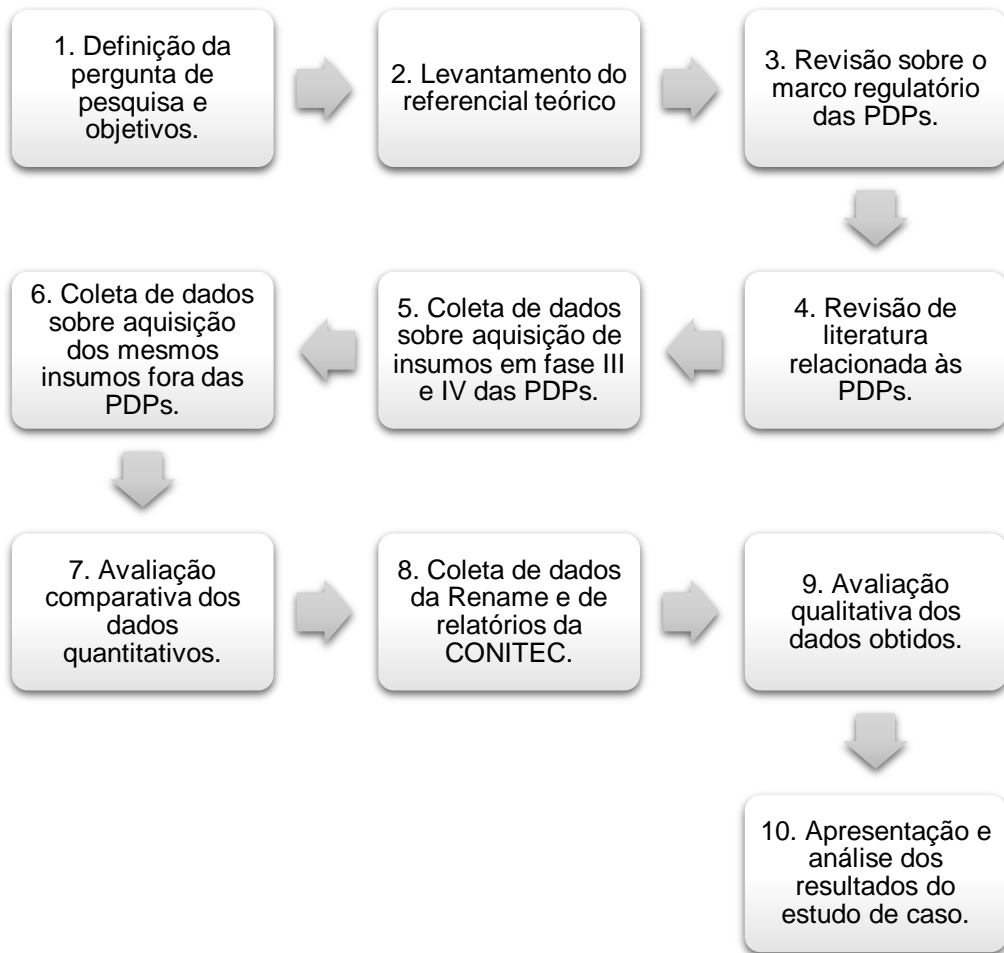
vantajosidade e dois (2) indicadores de resultado intermediário da economicidade, como pode ser verificado no Quadro 4.

Quadro 4 – Indicadores sugeridos para avaliação da economicidade e vantajosidade das PDPs

Indicadores de avaliação de resultado intermediário – economicidade			
	Denominação	Conceito	Método de cálculo
1	Oferta de medicamentos no SUS	Razão da quantidade média de insumos adquiridos com e sem contrato de PDP.	Média de insumos adquiridos com contrato de PDPs / Média de insumos adquiridos fora das PDPs
2	Economia do MS com as PDPs	Diferença percentual do valor unitário real gasto pelo MS com aquisição dos insumos com e sem contrato de PDPs	((Preço unitário médio dos produtos adquiridos com contrato de PDPs * 100) / Preço unitário médio dos produtos adquiridos fora das PDPs) – 100
Indicadores de avaliação de resultado intermediário – vantajosidade			
	Denominação	Conceito	Método de cálculo
3	Insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV que constam na relação nacional de medicamentos essenciais (Rename)	Quantidade de insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV constantes na Rename	Nº de insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV constantes na Rename.
4	Produtos estratégicos que passaram por uma ATS	Quantidade de insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV que passaram por uma avaliação da CONITEC para inclusão no SUS.	Nº de produtos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV que passaram pela CONITEC / Nº total de insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV

Fonte: elaborado pela autora com base em Silva (2017).

A Figura 5 permite uma visualização temporal relacionada ao delineamento da presente pesquisa.

Figura 5 – Caminhos da pesquisa

Fonte: elaboração própria (2019).

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo estão divididos em consonância com os objetivos propostos para esta pesquisa. Para tal, o capítulo se divide em três seções, sendo que as duas primeiras se referem aos resultados obtidos para cada objetivo específico e o terceiro traz uma análise desses resultados em prol de responder ao problema de pesquisa elaborado.

5.1 PESQUISA ACADÊMICA RELACIONADA ÀS PDPS

Esta seção apresenta uma revisão de literatura de estudos anteriores relacionados às PDPs, enriquecendo, assim, o debate de um tema que é relativamente novo no cenário nacional e que, portanto, prescinde de uma análise criteriosa e relevante para compreensão da sua importância no contexto ressaltado ao longo desta pesquisa.

A revisão foi realizada abrangendo como limite temporal os anos de 2009 a 2019 (considerando que a primeira PDP foi firmada em 2009) e utilizando como base de dados o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Banco de Teses e Dissertações também da CAPES (Plataforma Sucupira), sendo incluídos neste apartado trabalhos com foco específico na política das PDPs.

A constatação inicial possibilitada pela revisão foi a carência de estudos no âmbito da política, pois, ao todo, foram passíveis de inclusão nesta seção apenas 13 artigos, três dissertações e três teses. Os trabalhos selecionados foram agrupados em três macroassuntos que mais se destacaram nas leituras, o que possibilita uma visão geral dos tópicos exaltados pelas publicações disponíveis: Análise da política das PDPs enquanto política de saúde desenvolvimentista, com vistas ao fortalecimento do CEIS e diminuição do déficit da balança comercial; análise das PDPs enquanto facilitadora na redução de custos de medicamentos; proposição de avaliação da política das PDPs¹⁴.

¹⁴ Verificar Quadro 3 no capítulo metodológico.

Assim, explorando o macroassunto relacionado à análise da política das PDPs enquanto política desenvolvimentista e fortalecedora do CEIS, destaca-se a afirmação de Gadelha, Costa e Maldonado (2012b), que ressaltam que as PDPs são um instrumento de política pública embasado em nova percepção da política de saúde, que leva em consideração tanto as características estruturais dos mercados internacionais de insumos de saúde como a capacidade da base produtiva nacional de se inserir nos mesmos.

Bercovici (2013) entende que o incentivo ao CEIS é uma das “principais medidas da política industrial do país”, apresentando as PDPs como um dos instrumentos que tem o poder de garantir os preceitos constitucionais relacionados à ampliação do acesso à saúde, proteção e incentivo ao mercado interno e a busca pela superação do subdesenvolvimento.

Gadelha e Braga (2016) destacam, ainda, que a política das PDPs é fruto do reconhecimento da relação entre saúde e desenvolvimento, que fez com que o Estado entendesse a necessidade de criar políticas públicas com vistas ao desenvolvimento da base produtiva da saúde.

Os autores afirmam, inclusive, que a partir de 2011 as PDPs começam a representar, talvez, “a política mais ambiciosa para a implementação dos preceitos constitucionais de que o mercado constitui parte do patrimônio nacional, de que o desenvolvimento científico e tecnológico deve ser estimulado pelo Estado e de que a saúde é um direito”, sendo que para isso é essencial o fortalecimento da base produtiva do país (GADELHA; BRAGA, 2016).

Por sua vez, Prata (2018) e Almeida (2018) enfatizam a importância das PDPs para o desenvolvimento nacional e seu papel determinante na alavancagem da inovação e produção nacional de insumos básicos para atendimento das necessidades do SUS relacionadas à assistência farmacêutica, além da diminuição da dependência externa e do estímulo aos laboratórios privados para desenvolverem sua tecnologia em território nacional, garantindo a autossuficiência em insumos estratégicos.

Moreira (2018) também reconhece nas PDPs um instrumento de fortalecimento da base industrial e tecnológica do país, fomentando a inovação produtiva. Sua

pesquisa, realizada no Instituto Bio-Manguinhos, da Fiocruz, revelou um nítido fortalecimento da capacidade industrial após a implementação da política¹⁵.

Seguindo essa linha, Varrichio (2017) afirma que as PDPs são um instrumento de política industrial utilizado na saúde, que envolve uma série de contrapartidas para que sejam realizadas as compras públicas de fármacos, medicamentos e equipamentos para o SUS. Desta forma, garante-se a internalização da produção e a transferência de tecnologia para um produtor nacional durante o contrato de parceria em que são concretizadas as compras governamentais do SUS.

A pesquisa realizada por Rezende (2013) reforça a importância das PDPs no fortalecimento do CEIS ao afirmar que as parcerias possibilitaram a retomada de “projetos de produção nacional de medicamentos e insumos farmacêuticos de alto valor agregado interrompidos nos anos 1970”.

Segundo Costa, Metten e Delgado (2016), a formulação e implementação das PDPs “se inserem em uma política de desenvolvimento condizente com a teoria dos modelos de *big push* desenvolvidos a partir da contribuição de Rosenstein-Rodan”. Segundo essa teoria, os países em desenvolvimento devem investir maciçamente em indústrias com forte potencial produtivo e tecnológico, originando um “efeito cascata” ao induzir o dinamismo de áreas correlatas (efeito *spillover*).

Levando em consideração a história recente do país, que há pouco tempo começou a perceber as deficiências e consequências negativas da política de substituição de importações, as PDPs surgem como uma oportunidade à alavancagem industrial do país por meio do setor de saúde, tornando o país produtivo e competitivo nacional e internacionalmente.

Destaca-se, nesse sentido, a pesquisa realizada por Bonfim, Segatto e Gonçalves (2018), na qual se apresenta um modelo em hélice mostrando a progressão das parcerias público-privadas (PPP) e a transferência de tecnologia em saúde no Brasil, baseando-se especificamente no caso da Fiocruz Paraná, que passou de uma fase de *start-up*, para o *catching-up*, atingindo, finalmente, o *rising-up*.

¹⁵ Cabe destacar que a pesquisa de Moreira (2018) evidenciou o fortalecimento da capacidade tecnológica no instituto Bio-Manguinhos, porém, não constatou implicações desse fortalecimento no domínio tecnológico, o que é um elemento crítico para o processo de inovação. Considerando as limitações concernentes à pesquisa, tendo em vista a sua realização em apenas um dos 21 laboratórios públicos oficiais com processos de PDPs vigentes, optou-se por deixar a sua constatação registrada em nota, mas sem considerá-la relevante para fins do objeto desta pesquisa.

O trabalho enriquece a discussão mostrando como as PDPs são um caso especial de PPP, restritas exclusivamente ao Complexo Industrial da Saúde, e como elas são fundamentais para sair do estágio de *caching-up* tecnológico para um processo de *rising-up*, ao possibilitar uma real transferência de tecnologia e conhecimento que garanta a produção nacional e reduza a dependência do mercado externo (BONFIM; SEGATTO; GONÇALVES, 2018).

Contemplando as PDPs como uma política passível de diminuir o déficit da balança comercial brasileira relacionada à importação de medicamentos, Gadelha e Temporão (2018) apontam que a abordagem estruturalista adotada pelo país reproduziram na saúde uma assimetria de poder caracterizada pela lógica do sistema centro-periferia, fazendo com que o CEIS se tornasse dependente dentro do contexto das assimetrias globais, o que se expressa pelos números da balança comercial (déficit de US\$ 3 bilhões para US\$ 12 bilhões em 20 anos), evidenciando a fragilidade tecnológica e vulnerabilidade do SUS.

Segundo os autores, nesse contexto as PDPs foram “a forma concreta e inovadora de efetivar o uso do poder de compra para a transformação no sistema produtivo da saúde”. Os autores afirmam, ainda, que “o processo altera estruturalmente o mercado da saúde, pois reduz as práticas monopolistas, mediante uma progressiva presença de instituições públicas (MS e produtores públicos) em seu direcionamento” (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

Costa, Metten e Delgado (2016) concordam com Gadelha e Temporão (2018) ao evidenciar que o déficit da balança comercial relacionada ao CEIS sofreu um expressivo aumento devido à expansão da área da saúde no país aliada à precariedade de insumos produzidos a nível nacional, o que levou a um aumento considerável das importações.

Os autores apontam que, entre 2003 e 2014, o déficit passou de US\$3 bilhões para US\$11,5 bilhões, um aumento de mais de 380% em uma década, situação essa que mostra a necessidade de políticas que visem o fortalecimento da base industrial nacional, apoiando a inovação e produção dos insumos estratégicos para atendimento da saúde da população (COSTA; METTEN; DELGADO, 2016)

Nesse contexto, as PDPs surgem com o intuito de estabelecer “mecanismos de transferência de tecnologia dos grandes laboratórios privados em direção aos laboratórios públicos”, o que resultaria no fortalecimento da capacidade de produção

nacional em prol da garantia do atendimento das necessidades do sistema de saúde (COSTA; METTEN; DELGADO, 2016).

Na mesma seara, Dias *et al.* (2016) constataram a forte dependência brasileira de insumos farmacêuticos importados. Por meio da análise das importações do insumo para produção do antirretroviral Nevirapina, os autores afirmam que a ampliação das estratégias públicas concernentes ao fortalecimento do CEIS é vital para a redução do déficit da balança comercial.

Considerando que o insumo farmacêutico Neviparina representa entre 70% e 90% do valor total do produto final, e que foi constatado que esse insumo foi integralmente importado da China entre os anos de 2009 e 2013, os autores enfatizam que a previsão de aumento de consumo de medicamentos no Brasil tende a agravar a situação do déficit da balança (DIAS *et al.* 2016).

Da mesma forma, Golgher, Rodrigues e Massafera (2015) ressaltam as potencialidades das PDPs para suprir as necessidades de medicamentos da população sem extrapolar o orçamento da saúde, considerando que a importação desses insumos cresceu aproximadamente 375% entre 2002 e 2013 e apontando que, até 2013, o déficit do Ministério da Saúde superava os US\$ 5,5 bilhões.

Viana *et al.* (2016) reforçam a dependência do Brasil com relação ao mercado externo de insumos da saúde mostrando o fraco desempenho do país em sua capacidade de inovação e produção, considerando que das 2.972 patentes obtidas pelo país em 2013, 87% pertenciam a estrangeiros. Nesse cenário, as PDPs tornam-se uma estratégia promissora para alavancagem da inovação e desenvolvimento industrial favorável ao aumento da capacidade de produção nacional.

Com relação à análise do impacto das PDPs na redução de preços de medicamentos e produtos frutos das parcerias, a revisão mostrou que são poucos os estudos que conseguiram avaliar a fundo esse quesito. Isso pode ser consequência do fato de que a estratégia é relativamente nova e nenhuma PDP finalizou a sua vigência.

Moraes, Osorio-de-Castro e Caetano (2016) afirmam que “compras governamentais de medicamentos são capazes de criar economias de escala, aumentando o poder de barganha e resultando em melhor negociação de preços e dos termos de contrato”, o que eleva a transparência dos processos e qualidade das aquisições.

Apesar dessa afirmação, os poucos estudos realizados foram controversos, verificando uma significativa redução no custo de alguns medicamentos adquiridos via parcerias, como é o caso do imatinibe e do trastuzumabe (ambos antineoplásicos), da donepezila (tratamento de Alzheimer) e do tenofovir (antirretroviral), mas também aumento ou estabilização do preço após assinatura do termo de compromisso, como é o caso da risvastigmina (tratamento de Alzheimer) (COSTA *et al.*, 2015; MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016; CHAVES; HASENCLEVER; OLIVEIRA, 2018).

Neste ponto, cabe ressaltar que, apesar do expressivo apoio às PDPs como estratégia governamental para redução da dependência externa e fortalecimento do CEIS, ainda são verificados obstáculos, dificuldades e limitações que podem estorvar o sucesso da política e que devem ser considerados em pesquisas nesse campo.

Moraes, Osorio-de-Castro e Caetano (2016), explicam que, durante o período de transferência, o Ministério da Saúde realiza as compras de maneira a garantir o abastecimento ininterrupto, até que finalmente inicie a produção nacional. Esse acordo acaba por manter o monopólio do produtor, que negocia o preço do produto/insumo diretamente com o MS.

Esses acordos realizados de forma antecipada, são conhecidos, conforme apontam os autores, como *advanced market commitment* e *advanced price commitment*, e “impactam no volume de compras realizadas e nos preços praticados por este Ministério, mesmo antes da produção nacional dos produtos objeto de PDP” (MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016).

Pimentel (2018) destaca que, considerando que o produtor adquire esse monopólio, garantindo que o MS realize suas compras diretamente dele enquanto estiver em vigência a PDP, pode haver uma conduta indesejada pelo produtor com relação ao tempo de execução do contrato, pois quanto maior for o prazo da transferência (lembrando que o limite máximo é de 10 anos), mais ele receberá em termos financeiros.

Além da possível limitação ocasionada pelo monopólio do produtor durante o processo de transferência das PDPs, Viana *at al.* (2016), apontam outras fragilidades e necessidades de aprimoramento dentro do marco regulatório das PDPs, tais como: 1) orçamento do Ministério Público insuficiente para impulsionar o mercado; 2) necessidade de aumentar a taxa de sucesso das PDPs estabelecidas quanto à entrega de produtos e à efetiva transferência de tecnologia; 3) necessidade de

interromper as parcerias que não cumprirem o acordado em contrato; 4) necessidade de superar limitações relacionadas à capacidade dos laboratórios públicos em absorver as tecnologias e iniciar a produção conforme padrões estipulados pelos órgãos reguladores; 5) a questão do monopólio garantido às empresas transnacionais durante a vigência das PDPs, sendo que parte dos produtos estão em estágio de desenvolvimento maduro, com patentes vencidas ou próximas do vencimento.

Considerando o exposto, é possível afirmar que as PDPs serão, de fato, bem-sucedidas se conseguirem atingir o objetivo essencial de reduzir a dependência nacional em relação à aquisição dos insumos estratégicos para atendimento das demandas do SUS, gerando, ao mesmo tempo, economia nas compras realizadas pelo MS, garantindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

Portanto, considerando os objetivos primordiais das PDPs e analisando a indústria farmacêutica, verifica-se a necessidade de implementação dessa política como forma de diminuir a vulnerabilidade do SUS em relação às demandas de medicamentos, que acabam sendo supridas por meio da exportação, encarecendo os insumos e tornando, por vezes, inviável o atendimento universal e equitativo da população.

As parcerias permitem, *a priori*, negociar reduções significativas e progressivas de preços na medida em que a tecnologia é transferida e desenvolvida, trazendo uma economia significativa para os cofres públicos e possibilitando o fornecimento de insumos essenciais para o SUS.

No entanto, cabe ressaltar que, caso surjam novas tecnologias que aparentem ser mais efetivas que aquelas que são objeto das PDPs e, por pressão dos diferentes atores (indústria farmacêutica, sociedade, gestores), acabarem sendo incorporadas ao SUS para aquisição, o problema da dependência tecnológica retorna com esses novos produtos. Nesse sentido, afirma Torres (2016) que,

no decorrer dos dez anos, os produtos biológicos das PDPs que já possuem pelo menos vinte anos de existência (prazo de vigência da patente), podem se tornar obsoletos, no sentido de que medicamentos mais eficientes ou mesmo tratamentos por outros paradigmas tecnológicos, como é o caso da terapia gênica, venham a surgir e tomar o lugar de tais produtos (TORRES, 2016).

Portanto, o ideal é que os esforços sejam empreendidos no sentido de garantir o menor prazo possível para a capacitação tecnológica e absorção da tecnologia pelos laboratórios nacionais, evitando o desperdício de recursos e sucesso das PDPs.

5.2 ECONOMICIDADE E VANTAJOSIDADE

Conforme apontado anteriormente, esta pesquisa engloba os medicamentos, vacinas e hemoderivados em fase III e IV das PDPs com contratos que ainda estavam vigentes ou suspensos no ano de 2018, sendo desconsiderados apenas os contratos extintos, o que totaliza 51 produtos (correspondente a 33 medicamentos em suas diferentes apresentações e formas de composição) a serem avaliados em relação aos aspectos de economicidade e vantajosidade (Quadro 5).

Quadro 5 – Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs
(continua)

Produto	Apresentação
Alfataliglicerase	Pó para solução injetável (200U)
Atazanavir	Cápsula (200 e 300mg)
Betainterferona 1 A	Solução injetável (22 e 44µg)
Cabergolina	Comprimido (0,5mg)
Clozapina	Comprimido (25 e 100mg)
Entecavir	Comprimido (0,5mg)
Entricitabina + Tenofovir	Comprimido revestido (200 + 300mg)
Etanercepte	Solução injetável (25mg/0,5ml; 50mg/ml)
Fator VIII recombinante	Pó para solução injetável (250, 500 e 1000 UI)
Galantamina	Cápsula de liberação prolongada (8, 16 e 24 mg)
Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (100 e 400 mg)
Infliximabe	Pó para solução injetável – frasco com 10ml (100mg)
Insulina NPH	Solução injetável 100 UI/ml
Insulina regular	Solução injetável 100 UI/ml
Leflunomida	Comprimido (20mg)
Micofenolato de sódio	Comprimido revestido (180 e 360mg)
Olanzapina	Comprimido (5 e 10mg)
Pramipexol	Comprimido (0,125; 0,25 e 1mg)
Quetiapina	Comprimido (25, 100 e 200mg)
Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático)	Comprimido (150mg + 75mg + 400mg + 275mg)
Rivastigmina	Cápsulas (1,5; 3; 4,5 e 6mg)
Riluzol	Comprimido revestido (50mg)
Ritonavir termoestável	Comprimido (100mg)
Sevelâmer	Comprimido (800mg)
Tacrolimo	Cápsula (1 e 5mg)
Tenofovir	Comprimido (300mg)
Tenofovir + Lamivudina (2 em 1)	Comprimido revestido (300 + 300mg)
Trastuzumabe	Pó para solução injetável (150mg)
Vacina Dtpa (vacina absorvida difteria, tétano e pertussis acelular)	Suspensão injetável
Vacina hepatite A	Suspensão injetável

Quadro 5 – Medicamentos, vacinas e hemoderivados em fases III e IV das PDPs
(conclusão)

Produto	Apresentação
Vacina HPV	Suspensão injetável
Vacina tetraviral	Pó para solução injetável
Ziprasidona	Cápsula (40 e 80mg)

Fonte: elaboração própria (2019)

Cabe ressaltar que, conforme explicado na metodologia da pesquisa, os contratos suspensos foram considerados em virtude da compreensão de que a suspensão se dá por motivos sanáveis, o que pode fazer com que o contrato volte a se tornar vigente quando corrigidos os problemas apontados pelo MS, diferente dos contratos extintos.

Ao iniciar esta pesquisa, cinco insumos em fase III e um em fase IV estavam com seus contratos suspensos: cabergolina 0,5mg, pramipexol 0,125/0,25/1mg, sevelâmer 800mg, trastuzumabe 150mg, vacina tetraviral e o alfataliglicerase 200U. No decorrer do trabalho, o MS noticiou a suspensão de mais dois contratos de parceria, relacionados aos insumos insulina NPH e insulina regular.

Após iniciar a coleta de dados, verificou-se que os medicamentos tuberculostático 4 em 1, tenofovir+lamivudina, ziprasidona e todas as vacinas com contrato de parceria não possuíam compras realizadas fora da vigência das PDPs no período analisado, impossibilitando uma pesquisa comparativa desses medicamentos, enquanto que o etanercepte 25mg e a entricitabina + tenofovir (300mg + 200mg) não foram adquiridos durante a parceria, optando-se por excluí-los da análise econômica, realizando apenas a análise do quesito vantajosidade.

Portanto, em relação à economicidade foram avaliados 39 produtos (correspondente a 23 medicamentos em suas diferentes apresentações) em suas diferentes dosagens e apresentações. No quesito vantajosidade, por se tratar de uma análise qualitativa, foram englobados todos os medicamentos. Os resultados foram divididos em dois tópicos, possibilitando a avaliação de cada quesito individualmente, para posterior discussão e análise final.

5.2.1 Economicidade

Realizou-se uma coleta de dados relacionada aos 39 medicamentos que possuem termos de compromisso assinados junto ao Ministério da Saúde e que já estão na fase III e IV das parcerias estabelecidas. Para fins de delimitação temporal,

foram avaliadas as compras realizadas no período compreendido entre os anos de 2005 e 2019.

No caso das PDPs, foram consideradas as compras registradas pelo Ministério da Saúde, cujas quantidades e valores gastos foram obtidos por meio do site do próprio MS, com dados atualizados até setembro de 2019 pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do órgão. Ao todo, foram realizadas 186 compras via PDPs entre os anos de 2009 e 2019.

E, para permitir a comparação entre os gastos efetuados com os mesmos insumos fora da vigência das PDPs, foram avaliadas as compras e valores pagos pelo Departamento de Logística em Saúde (UASG 250005), vinculado à Unidade Gerencial (UG) 36000 (Ministério da Saúde), delimitando a pesquisa para contratos firmados a partir de 2005.

Os dados foram obtidos por meio do Portal de Compras do Governo Federal. Realizou-se uma busca das licitações realizadas pela UASG 250005 para aquisição dos materiais pesquisados, além de uma busca das compras efetuadas sem licitações (dispensas e inexigibilidades).

Lembrando que as compras desses medicamentos, além de serem realizadas pelo MS, são feitas também por outros órgãos que possuem hospitais a eles vinculados, tais como o Ministério da Defesa e o Ministério da Educação. No entanto, a delimitação desta pesquisa é no âmbito do MS.

Dessas licitações, dispensas e inexigibilidades foram filtradas as aquisições concernentes aos medicamentos desejados vinculadas à UASG pesquisada, obtendo um total de 1.153 compras (Quadro 6).

Quadro 6 – Quantidade de compras por medicamento entre os anos de 2005 e 2018 (com e sem PDPs)

Produto	Nº de aquisições com PDPs	Nº de aquisições sem PDPs
Alfetaliglicerase	4	1
Atazanavir (200mg)	3	16
Atazanavir (300mg)	3	7
Betainterferona 1 A (22µg)	4	5
Betainterferona 1 A (44µg)	4	7
Cabergolina	5	63
Clozapina 25mg	5	9
Clozapina 100mg	5	36
Fator VIII recombinante	13	13
Galantamina (8mg)	1	7
Galantamina (16mg)	1	1

(continua)

Quadro 6 – Quantidade de compras por medicamento entre os anos de 2005 e 2018 (com e sem PDPs)

(conclusão)

Produto	Nº de aquisições com PDPs	Nº de aquisições sem PDPs
Galantamina (24mg)	1	7
Imatinibe (mesilato de) (100mg)	10	60
Imatinibe (mesilato de) (400mg)	11	76
Infliximabe	6	55
Insulina NPH	2	128
Insulina regular	2	77
Leflunomida	4	47
Micofenolato de sódio (180mg)	5	6
Micofenolato de sódio (360mg)	5	7
Olanzapina 5mg	8	16
Olanzapina 10mg	8	76
Pramipexol 0,125mg	4	2
Pramipexol 0,25mg	4	16
Pramipexol 1mg	4	81
Quetiapina 25mg	5	38
Quetiapina 100mg	5	47
Quetiapina 200mg	5	13
Riluzol	3	21
Ritonavir termoestável	3	14
Rivastigmina 1,5mg	4	40
Rivastigmina 3mg	4	51
Rivastigmina 4,5mg	4	21
Rivastigmina 6mg	4	22
Sevelâmer	5	11
Tacrolimo 1mg	5	31
Tacrolimo 5mg	5	8
Tenofovir 300mg	10	9
Trastuzumabe	2	8
TOTAL	186	1.153

Fonte: elaboração própria (2019).

Assim, no total foram avaliadas e comparadas 1.339 compras realizadas entre os anos de 2005 e 2018 pelo Departamento de Logística em Saúde do MS. Destaca-se que as unidades de medida dos diferentes medicamentos não são comparáveis, pois a forma de apresentação dos medicamentos pode ser distinta, isto é, em comprimidos, ampolas, frascos, etc., bem como apresentar concentração distinta do princípio ativo. Assim, a avaliação da economicidade das compras só é possível produto a produto, uma vez que os preços e quantidades são heterogêneos.

As tabelas contendo os quantitativos adquiridos por ano e valores pagos, tanto por meio das parcerias quanto fora da vigência (antes ou durante a vigência do contrato, por meio de processo normal de licitação), estão elencadas nos apêndices A, B e C deste trabalho, de maneira a não deixar a leitura destes resultados exaustiva, sendo apresentados neste espaço os resultados gerais.

Uma constatação inicial é o fato de que muitas das compras desvinculadas das PDPs foram realizadas na vigência de um TC. O limite temporal para a pesquisa de aquisições estabelecido nesta dissertação (2005 – 2018), foi estipulado em virtude da crença da autora de que compras sem parcerias seriam localizadas apenas nos anos anteriores à assinatura do termo de compromisso, sendo que as seguintes seriam apenas aquelas por meio das PDPs. No entanto, o levantamento realizado mostrou que muitas das aquisições de produtos ocorreram paralelamente ao TC assinado com o MS, o que evidencia o descumprimento do contrato firmado por parte do próprio MS.

Das tabelas contidas no apêndice B convém destacar a variação de quantitativos adquiridos em cada compra e a sua influência nos valores finais. Antes de ser estipulada a centralização nas compras realizadas pelo MS, qualquer unidade vinculada ao órgão podia realizar as compras consideradas necessárias. Isso se traduzia em uma variação de valores cobrados pelo mesmo insumo que, conforme apontam os dados apresentados, podia chegar a mais de 60% no mesmo ano de compra. Um exemplo disso é caso do tacrolimo 5mg, que no ano de 2015 foi adquirido em duas compras separadas, sendo em uma delas pelo valor unitário de R\$ 11,50 e na outra por R\$ 18,50, representando uma diferença de 60,87% no valor (APÊNDICE B).

Essa variação, além de prejudicar o orçamento destinado à saúde, podia provocar desabastecimento de alguns insumos, deixando a população desamparada, obrigando-a a recorrer à judicialização¹⁶ para obtenção de medicamentos. Inclusive, apenas a título de ilustração, visto que a judicialização não é tema nem objetivo de análise desta pesquisa, das compras realizadas fora das PDPs e elencadas nas tabelas do apêndice B, aproximadamente 69% (922) se referem a aquisições realizadas por demanda judicial, informação essa disponível no próprio extrato da compra (compras identificadas com um “J” na tabela).

De forma a tornar os dados obtidos mais compreensíveis, a seguir são apresentados os resultados dos dois indicadores de avaliação relacionados à economicidade.

¹⁶ A judicialização da saúde é um fenômeno que ganhou força com a garantia do direito à saúde preconizado pela CF/88, sendo compreendida como o protagonismo do judiciário na efetivação da saúde, o qual tem sido cada vez mais demandado para decidir sobre solicitações de saúde relacionadas ao fornecimento de medicamentos, disponibilização de exames e cobertura para tratamento de doenças pelo SUS (CNJ, 2015).

5.2.2.1 Indicador 1: Oferta de medicamentos no SUS

Com relação ao indicador relacionado à **oferta de medicamentos pelo SUS**, a Tabela 3 apresenta o total, por medicamento, da média das quantidades adquiridas por ano de cada medicamento por meio das PDPs e das compras realizadas por outros meios permitidos por lei. É discriminada também a razão entre as quantidades adquiridas.

As compras efetuadas fora dos contratos de PDPs, para a maioria dos insumos, foram realizadas durante vários anos, em detrimento das compras via PDPs, que, em alguns casos, foram efetuadas uma única vez. Sendo assim, justifica-se a necessidade de comparar as médias ao invés das quantidades totais. As quantidades totais adquiridas por ano estão disponibilizadas no Apêndice C desta dissertação.

Tabela 3 – Quantidades médias de medicamentos adquiridos por ano sem e com PDPs e razão entre as médias, Ministério da Saúde, Brasil: 2005-2019

(continua)

Medicamento	Unidade	Quant. média adquirida sem PDP (por ano)	Quant. média adquirida na PDP (por ano)	Razão entre as médias
Alfataliglicerase	Frasco-ampola	54.400	55.070	1,01
Atazanavir 200mg	Cápsula	6.579.369	7.607.130	1,16
Atazanavir 300mg	Cápsula	25.455.600	31.080.405	1,22
Betainterferona 22µg	Solução injetável	152.365	153.968	1,01
Betainterferona 44µg	Solução injetável	260.629	420.308	1,61
Cabergolina 0,5mg	Comprimido	462.372	2.413.253	5,22
Clozapina 25mg	Comprimido	1.092.978	962.640	-1,14
Clozapina 100mg	Comprimido	9.198.431	25.510.267	2,77
Fator recombinante VIII 250/500/1000 UI	Pó para solução injetável	171.480.333	555.289.375	3,24
Galantamina 8 mg	Cápsula	281	1.046.716	3.721,41
Galantamina 16 mg	Cápsula	180	1.070.440	5.946,89
Galantamina 24 mg	Cápsula	311	1.996.204	6.418,66
Imatinibe (mesilato) 100mg	Comprimido revestido	268.548	789.084	2,94
Imatinibe (mesilato) 400mg	Comprimido revestido	1.205.015	3.093.780	2,57
Infliximabe 100mg	Pó para solução injetável	109.768	315.603	2,88
Insulina NPH	Solução injetável	11.019.824	16.253.674	1,47
Insulina regular	Solução injetável	1.358.530	3.276.471	2,41
Leflunomida 20mg	Comprimido	1.375.663	16.746.790	12,17

Tabela 3 – Quantidades médias de medicamentos adquiridos por ano sem e com PDPs e razão entre as médias, Ministério da Saúde, Brasil: 2005-2019

(conclusão)

Medicamento	Unidade	Quant. média adquirida sem PDP (por ano)	Quant. média adquirida na PDP (por ano)	Razão entre as médias
Micofenolatode sódio 180mg	Comprimido revestido	2.264.160	5.007.420	2,21
Micofenolatode sódio 360mg	Comprimido revestido	25.552.080	42.011.250	1,64
Olanzapina 5 mg	Comprimido	1.216.425	22.275.202	18,31
Olanzapina 10 mg	Comprimido	1.534.043	32.503.407	21,19
Pramipexol 0,125	Comprimido	660	2.270.498	3.440,15
Pramipexol 0,25 mg	Comprimido	1.875	18.115.118	9.661,40
Pramipexol 1 mg	Comprimido	3.577	16.693.643	4.666,94
Quetiapina 25 mg	Comprimido	3.126.848	13.887.134	4,44
Quetiapina 100 mg	Comprimido	3.669.975	18.154.320	4,95
Quetiapina 200 mg	Comprimido	5.462.735	17.783.443	3,26
Riluzol 50mg	Comprimido revestido	6.368	1.787.091	280,64
Ritonavir termoestável 100mg	Comprimido	20.689.842	79.564.260	3,85
Rivastigmina 1,5mg	Cápsula	379.050	5.284.980	13,94
Rivastigmina 3mg	Cápsula	624.892	7.923.458	12,68
Rivastigmina 4,5mg	Cápsula	356.991	4.000.335	11,21
Rivastigmina 6mg	Cápsula	492.920	7.368.023	14,95
Sevelâmer 800mg	Comprimido	56.391.994	74.090.940	1,31
Tacrolimo 1mg	Cápsula	17.068.268	51.577.800	3,02
Tacrolimo 5mg	Cápsula	1.468.213	2.863.440	1,95
Tenofovir 300mg	Comprimido	13.896.857	36.648.000	2,64
Trastuzumabe 150mg	Pó para solução injetável	206.338	334.042	1,62

Fonte: elaboração própria (2020).

A comparação denota um aumento nas compras anuais realizadas por meio das parcerias. Ressalta-se o caso da galantamina (8mg, 16mg e 24mg), que teve uma média de aumento de mais de 5.300 vezes no quantitativo das compras anuais após o início da PDP. Da mesma forma, o pramipexol (0,125mg, 0,25mg e 1mg) também teve um aumento médio de quase 6.000 vezes no quantitativo adquirido. Por último, destaca-se o riluzol 50mg, com um aumento de mais de 280 vezes na quantidade comprada via PDP.

Para os demais medicamentos, não foi verificado um aumento tão expressivo no quantitativo adquirido, mas o simples fato de haver um aumento no número de aquisições mostra que as PDPs se mostraram efetivas na garantia ao abastecimento de medicamentos para a população.

O único caso no qual se verifica uma real diminuição na aquisição é o da clozapina 25mg. A sua última compra por meio do contrato de parceria foi registrada em 2015, sendo que nos anos posteriores (2016, 2017 e 2018) foram realizadas aquisições fora das PDPs.

Esse fato não é necessariamente negativo, tendo em vista que, no ano de 2017, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) deferiu a internalização da clozapina em favor do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe), laboratório com contrato de parceria firmado em 2009, sendo o primeiro medicamento internalizado por meio das PDPs¹⁷.

Assim, as compras realizadas posteriormente, já sem o contrato de parceria, continuaram sendo efetuadas diretamente do Lafepe, por dispensa de licitação por se tratar de aquisição de bens produzidos por entidade integrante da Administração Pública (art. 24, VIII, Lei 8.666/93).

Considerando o indicador avaliado, constata-se que as PDPs possibilitaram um aumento no quantitativo adquirido anualmente para 38 dos 39 medicamentos analisados.

5.2.1.2 Indicador 2: Economia do MS com as PDPs

Com relação à avaliação do indicador relacionado à economia gerada pelas PDPs, a Tabela 4 exibe a média de preços de cada insumo adquirido por meio das PDPs e das compras realizadas fora da vigência das parcerias, sendo também apresentado o percentual de variação entre os períodos. Neste primeiro momento, apresenta-se o preço atualizado pelo IPCA.

¹⁷ Notícia disponível em <http://www.lafepe.pe.gov.br/noticias/lafepe-sai-na-frente-e-internaliza-producao-de-pdp>. Acesso em: 14/01/2020

Tabela 4 – Preço unitário médio nas aquisições de medicamentos com e sem PDPs (em R\$) atualizado pelo IPCA (ano base 2018) e variação percentual entre os preços

Medicamento	Preço un. médio sem PDP	Preço un. médio com PDP	Variação (%)
Alfataliglicerase	1.796,16	1132,08	-36,97
Atazanavir 200mg	7,96	4,25	-46,61
Atazanavir 300mg	9,11	6,94	-23,82
Betainterferona 22µg	295,54	147,54	-50,08
Betainterferona 44µg	412,85	166,59	-59,65
Cabergolina 0,5mg	26,22	9,07	-65,41
Clozapina 25mg	0,63	0,48	-23,81
Clozapina 100mg	4,84	2,1	-56,61
Fator recombinante VIII 250/500/1000 UI	1,68	1,11	-33,93
Galantamina 8 mg	9,86	4,7	-52,33
Galantamina 16 mg	28,12	4,43	-84,25
Galantamina 24 mg	14,1	4,87	-65,46
Imatinibe (mesilato) 100mg	72,12	17,1	-76,29
Imatinibe (mesilato) 400mg	265,41	68,55	-74,17
Infliximabe 100mg	2.250,90	1029,68	-54,25
Insulina NPH	13,47	10,95	-18,71
Insulina regular	21,33	10,95	-48,66
Leflunomida 20mg	10,08	4,82	-52,18
Micofenolatode sódio 180mg	3,76	2,38	-36,70
Micofenolatode sódio 360mg	7,32	4,72	-35,52
Olanzapina 5 mg	9,96	3,68	-63,05
Olanzapina 10 mg	20,25	6,87	-66,07
Pramipexol 0,125	0,72	0,34	-52,78
Pramipexol 0,25 mg	1,95	0,77	-60,51
Pramipexol 1 mg	7,47	2,37	-68,27
Quetiapina 25 mg	2,21	0,99	-55,20
Quetiapina 100 mg	7,16	2,91	-59,36
Quetiapina 200 mg	12,47	5,71	-54,21
Riluzol 50mg	28,04	3,63	-87,05
Ritonavir termoestável 100mg	1,35	1,05	-22,22
Rivastigmina 1,5mg	5,99	2,48	-58,60
Rivastigmina 3mg	7,05	2,83	-59,86
Rivastigmina 4,5mg	8,85	3,24	-63,39
Rivastigmina 6mg	6,82	3,3	-51,61
Sevelâmer 800mg	1,66	1,22	-26,51
Tacrolimo 1mg	5,77	3,56	-38,30
Tacrolimo 5mg	15,55	17,31	11,32
Tenofovir 300mg	14,32	5,28	-63,13
Trastuzumabe	1.211,02	1.169,99	-3,39

Fonte: elaboração própria (2020).

Ao aplicar apenas o IPCA na atualização dos preços de aquisição dos produtos, constata-se a diminuição dos valores para 38 dos 39 medicamentos. Evidencia-se um aumento no preço unitário médio de compra de 11,32% para o tacrolimo 5mg.

No entanto, considerando que a taxa cambial do período analisado (2005-2018) sofreu grandes alterações no decorrer dos anos e que muitos insumos necessários para a produção dos medicamentos ainda são importados¹⁸, a análise não poderia deixar de considerar a taxa de câmbio.

A Tabela 5 apresenta a média de preços de cada insumo e percentual de variação entre os períodos atualizado pelo IPCA e taxa de câmbio do período, sendo 2018 o ano base¹⁹.

Tabela 5 – Preço unitário médio nas aquisições de medicamentos com e sem PDPs (em R\$) atualizado pelo IPCA e pela taxa cambial (ano base 2018) e variação percentual entre os preços
(continua)

Medicamento	Preço un. médio sem PDP	Preço un. médio com PDP	Variação (%)
Alfataliglicerase	3.960,50	1799,92	-54,55
Atazanavir 200mg	14,9	6,15	-58,72
Atazanavir 300mg	17,73	10,04	-43,37
Betainterferona 22µg	619,24	174,29	-71,85
Betainterferona 44µg	849,54	196,79	-76,84
Cabergolina 0,5mg	49,34	10,71	-78,29
Clozapina 25mg	0,86	0,89	3,49
Clozapina 100mg	9	3,84	-57,33
Fator recombinante VIII 250/500/1000 UI	3,38	1,48	-56,21
Galantamina 8 mg	18,86	5,08	-73,06
Galantamina 16 mg	56,82	4,79	-91,57
Galantamina 24 mg	28,5	5,26	-81,54
Imatinibe (mesilato) 100mg	131,15	25,06	-80,89
Imatinibe (mesilato) 400mg	511,17	100,49	-80,34
Infliximabe 100mg	4.624,08	1317,9	-71,50
Insulina NPH	22,64	11,82	-47,79
Insulina regular	37,15	11,82	-68,18
Leflunomida 20mg	19,11	6,45	-66,25
Micofenolatode sódio 180mg	7,72	3,12	-59,59
Micofenolatode sódio 360mg	15,19	6,23	-58,99

¹⁸ Dados da ABIFINA (2020) revelam a forte dependência da importação de insumos (farmoquímicos) para fabricação de medicamentos. Em 2019, o Brasil exportou US\$ 472.200 milhões, enquanto a importação correspondeu a US\$ 2.296.200 milhões, representando um déficit comercial de US\$ - 1.824.000 milhões.

¹⁹ Números índices utilizados disponíveis no Apêndice D.

Tabela 5 – Preço unitário médio nas aquisições de medicamentos com e sem PDPs (em R\$) atualizado pelo IPCA e pela taxa cambial (ano base 2018) e variação percentual entre os preços (conclusão)

Medicamento	Preço un. médio sem PDP	Preço un. médio com PDP	Variação (%)
Olanzapina 5 mg	18,61	5,98	-67,87
Olanzapina 10 mg	36,6	11,44	-68,74
Pramipexol 0,125	1,38	0,46	-66,67
Pramipexol 0,25 mg	3,67	1,02	-72,21
Pramipexol 1 mg	13,91	3,16	-77,28
Quetiapina 25 mg	4,16	1,8	-56,73
Quetiapina 100 mg	13,98	5,48	-60,80
Quetiapina 200 mg	23,11	10,51	-54,52
Riluzol 50mg	55,38	4,24	-92,34
Ritonavir termoestável 100mg	2,39	1,22	-48,95
Rivastigmina 1,5mg	11,73	3,88	-66,92
Rivastigmina 3mg	13,63	4,42	-67,57
Rivastigmina 4,5mg	17,51	5,06	-71,10
Rivastigmina 6mg	12,89	5,16	-59,97
Sevelâmer 800mg	2,84	1,44	-49,30
Tacrolimo 1mg	10,63	6,48	-39,04
Tacrolimo 5mg	28,38	31,48	10,92
Tenofovir 300mg	25,81	9,87	-61,76
Trastuzumabe	1.750,79	1.262,95	-27,86

Fonte: elaboração própria (2020).

Com os valores devidamente atualizados, verifica-se que os casos em que não foi constatada uma vantagem econômica com o contrato de parceria aumentam para dois: o tacrolimo 5mg, com um aumento de 10,92% e a clozapina 25mg, que teve um aumento no preço unitário de aquisição na ordem de 3,49%.

Com relação à clozapina 25mg, pode-se atribuir o aumento do preço unitário à redução no quantitativo adquirido constatado na Tabela 3. Conforme explicado anteriormente, a última compra por meio do contrato de parceria foi registrada em 2015, sendo que nos anos posteriores (2016, 2017 e 2018) foram realizadas aquisições fora das PDPs.

O tacrolimo 5mg, apesar de estar com o contrato vigente, teve sua última compra por PDP registrada em 2015, sendo realizadas outras compras por fora das parcerias nos anos de 2017 e 2018.

Essas compras podem caracterizar o descumprimento do contrato firmado entre o laboratório público e o MS, pois a produção do laboratório deve atender às demandas do SUS enquanto houver PDP firmada. Sendo esse o caso, a compra

realizada por outros meios e de outros fornecedores, desrespeita o instrumento de contrato e pode comprometer o próprio objetivo das PDPs. No entanto, considerando que os contratos possuem caráter sigiloso, não há como confirmar essa hipótese.

Outra possibilidade é a de que o laboratório não esteja conseguindo suprir a demanda do SUS. Hipótese também de difícil comprovação, tendo em vista que as compras “extras” foram realizadas do laboratório detentor da tecnologia e parceiro do laboratório público na internalização do tacrolimo 5mg.

Avaliando os dados conforme o indicador proposto, constata-se uma diminuição acentuada dos gastos com os insumos objeto de contrato de PDPs, denotando uma real economicidade ocasionada pela política pública.

Apenas um medicamento teve uma redução de preço médio inferior a 10% (clozapina 25mg). O medicamento trastuzumabe apresentou uma redução de valor entre 20% e 30%. O tacrolimo 1mg teve queda no preço médio na casa dos 30% a 40%. Em quatro medicamentos (atazanavir 300mg, insulina NPH, ritonavir termoestável e sevelâmer) foi constatada uma diminuição entre os 40% e 50%. Para os outros 32 medicamentos a redução no preço médio de aquisição foi superior aos 50%.

Ao analisar as tabelas relacionadas às quantidades adquiridas e valores pagos (Tabelas 3 e 5), constata-se que, em 37 dos 39 medicamentos, a diminuição e aumento das quantidades unitárias adquiridas são inversamente proporcionais à diminuição e aumento dos preços, o que denota que os contratos de PDPs firmados permitiram um planejamento de compras de maneira a aumentar o quantitativo adquirido e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade de medicamentos à população, além de garantir maior poder de negociação e, portanto, preços menores de aquisição.

No caso do tacrolimo 5mg houve um aumento do quantitativo adquirido em quase 2 vezes em relação às compras sem parcerias. No entanto, constatou-se também o aumento do preço de aquisição, conforme ressaltado anteriormente. Já no caso da clozapina 25mg foi verificado o aumento no preço de aquisição acompanhado da diminuição nas quantidades adquiridas do medicamento, caso também destacado anteriormente nesta pesquisa.

Apesar dos números se mostrarem alentadores para a maioria dos casos, faz-se necessário contrastar os dados com a análise qualitativa, de maneira a verificar se, para além da economicidade, denota-se a vantajosidade nessas aquisições.

5.2.2 Vantajosidade

Com relação à análise da vantajosidade das PDPs, foram avaliados os dois indicadores propostos na metodologia desta pesquisa. No entanto, antes de apresentar os resultados, convém ressaltar novamente que todo medicamento que inicia um contrato de parceria consta na lista de produtos estratégicos elencados pelo MS. Essa lista, conforme informação constante na Portaria 2.531/2014, é uma “relação de produtos estratégicos para o SUS que define as prioridades anuais para a apresentação de propostas de projeto de PDP” (BRASIL, 2014).

Esses produtos, apesar de serem nominados como estratégicos, não devem ser confundidos com os medicamentos do Componentes Estratégico da Assistência Farmacêutica. No caso das PDPs, o nome “estratégico” se destina apenas a esclarecer que os medicamentos são prioritários para atendimento das necessidades do SUS.

Conforme informa o art. 6º da Portaria GM/MS nº 2.531/2014, a lista de produtos estratégicas é definida considerando:

I - necessariamente os seguintes critérios:

- a) importância do produto para o SUS, conforme as políticas e os programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- b) aquisição centralizada do produto pelo Ministério da Saúde ou passível de centralização; e
- c) interesse de produção nacional do produto e de seus insumos farmacêuticos ativos ou componentes tecnológicos críticos relevantes para o CEIS; e

II - adicionalmente pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) alto valor de aquisição para o SUS;
- b) dependência expressiva de importação do produto para os programas e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito do SUS nos últimos 3 (três) anos;
- c) incorporação tecnológica recente no SUS; e
- d) produto negligenciado ou com potencial risco de desabastecimento (BRASIL, 2014).

Portanto, os medicamentos constantes na lista de “estratégicos” das PDPs podem ser destinados a atender aos componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica. A lista de medicamentos básicos inclui aqueles voltados aos principais agravos e programas de saúde da Atenção Básica. Entre eles, destaca-se a insulina NPH e regular, cuja responsabilidade pela aquisição é do MS. A lista de medicamentos estratégicos engloba aqueles destinados a programas estratégicos do SUS para tratamento de

tuberculose, hanseníase, malária, leishmanioses, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, tracoma, micoses sistêmicas, bem como outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. Também são garantidos antivirais para o combate à influenza, antirretrovirais para tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, hemoderivados e pró-coagulantes para pessoas com doenças hematológicas, vacinas, soros e imunoglobulinas, além de medicamentos e insumos destinados ao combate do tabagismo e ao programa de alimentação e nutrição (BRASIL, 2007).

Por sua vez, a lista de medicamentos especializados foi adotada como estratégia para garantir a integralidade do tratamento em situações clínicas com custos mais elevados ou de maior complexidade (BRASIL, 2007).

A Rename elenca a lista de medicamentos considerados essenciais para o SUS, sendo que tais produtos são listados nas três categorias: básicos, estratégicos e essenciais. Portanto, nem todo medicamento poderá ser considerado essencial, mas todo medicamento que estiver elencado na Rename será considerado essencial, seja ele do componente básico, estratégico ou especializado. Ainda, um medicamento pode fazer parte de mais de um componente, como, por exemplo, a cabergolina, que faz parte do componente básico e especializado.

5.2.2.1 Indicador 3: Medicamentos constantes na Rename

Inicialmente, de maneira a verificar o indicador relacionado à **cobertura da Rename** em relação aos insumos analisados, foi verificado se todos os medicamentos com contrato de PDP em fase III e IV constam ou já constaram na Rename publicadas, que conforme informações do Ministério da Saúde é um instrumento “que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS” (BRASIL, 2018).

A Rename não possui uma periodicidade exata para publicação, sendo que as versões existentes foram lançadas nos anos 2000, 2002, 2007, 2008, 2010, 2013, 2014, 2017, 2018 e, em dezembro de 2019, foi publicada a Rename 2020. Conforme explicado na metodologia, para fins desta pesquisa foram analisadas as relações publicadas entre 2000 e 2018 (Quadro 7).

Quadro 7 – Insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV, seu ano de inclusão na Rename (2000 a 2018) e ano de assinatura do TC da PDP

(continua)

Produto	Ano de inclusão na Rename	Ano de assinatura do TC da PDP
Alfataliglicerase	2013	2010
Atazanavir (200mg e 300 mg)	200 mg: 2007 300 mg: 2013	2011
Betainterferona 1 A (22µg e 44µg)	2013	2010
Cabergolina	2002	2011
Clozapina (25mg e 100mg)	2013	2009
Entecavir 0,5mg	2013	2010
Entricitabina + Tenofovir 200 + 300mg	--- ^a	2018
Etanercepte (25mg/0,5ml e 50mg/ml)	2013	2012
Fator VIII recombinante (250; 500 e 1000 UI)	2013	2012
Galantamina (8mg; 16mg e 24mg)	2013	2013
Imatinibe (mesilato de) (100mg e 400mg)	---	2012
Infliximabe	2013	2013
Insulina NPH	2002	2017
Insulina regular	2002	2017
Leflunomida	2013	2011
Micofenolato de sódio (180mg e 360mg)	2013	2012
Olanzapina (5mg e 10mg)	2013	2009
Pramipexol (0,125mg; 0,25mg; 1mg)	2013	2011
Quetiapina (25mg; 100mg e 200mg)	2013	2009
Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático)	2010	2009
Riluzol	2013	2011
Ritonavir termoestável	2002	2010
Rivastigmina (1,5mg; 3mg; 4,5mg e 6mg)	2013	2009
Sevelâmer	2013	2011
Tacrolimo (1mg e 5mg)	2013	2009
Tenofovir 300mg	2007	2009
Tenofovir + Lamivudina (2 em 1)	2014	2012
Trastuzumabe	---	2017
Vacina Dtpa (vacina absorvida difteria, tétano e pertussis acelular)	2002b	2013
Vacina hepatite A	2002c	2012
Vacina HPV	2014d	2013
Vacina tetraviral	2014	2012
Ziprasidona (40mg e 80mg)	2013	2010

Fonte: elaboração própria (2020).

Notas: a) O medicamento entricitabina + tenofovir não figura em nenhuma das Rename verificadas, no entanto, cabe salientar que ele foi incluído na Rename 2020. b) A vacina Dtpa entrou na Rename de 2002. No entanto, foi retirada das versões de 2007 e 2008, voltando a entrar na lista em 2010. c) A vacina para hepatite A entrou na Rename de 2002. No entanto, foi retirada das versões de 2007, 2008 e 2010, voltando a entrar na lista em 2013. d) A vacina para HPV foi incluída na Rename de 2014, sendo que em 2008 houve uma recomendação para que ela não fosse incluída na lista.

De todos os medicamentos, constatou-se que o Mesilato de imatinibe (100 e 400 mg) e o trastuzumabe não figuram entre os medicamentos essenciais em nenhuma das Rename verificadas, levantando questionamentos quanto à necessidade de existir uma PDP para tais insumos. O medicamento entricitabina +

tenofovir também não foi localizado nas Rename de 2000 a 2018. No entanto, foi constatado que entrou na lista de essenciais em 2020.

Constata-se, inicialmente, que dos 33 medicamentos em fase III e IV das PDPs e com contratos vigentes ou suspensos até 2018, 30 deles estavam incluídos na Rename até o ano de 2018. Desses 30, três fazem do componente básico, 10 do componente estratégico e 19 são do componente especializado.

Entretanto, analisando os dados anualmente, confrontando o ano de inclusão na Rename com o ano de assinatura do TC da PDP, verifica-se que 23 deles iniciaram o contrato de parceria sem que o produto estivesse elencado na lista de medicamentos essenciais, cuja elaboração, conforme mencionado anteriormente, é do próprio MS. Isso quer dizer que esses medicamentos tiveram projetos de PDPs aprovados sem que o produto sequer constasse na Rename. Desses 23 medicamentos, 21 foram incluídos na Rename posteriormente à assinatura do termo de compromisso. Dois deles (mesilato de imatinibe e trastuzumabe) continuam sem figurar entre os essenciais.

Chama a atenção também o caso da vacina para hepatite A, que figurou na primeira Rename (2000), foi excluída das três versões seguintes e voltou a figurar como produto essencial em 2013, um ano após a assinatura do contrato de PDP.

Essa divergência de dados levanta questionamentos quanto aos critérios para que um insumo seja considerado essencial pelo MS. Afinal, fica a dúvida se os produtos ingressaram na lista apenas por ser necessário justificar um contrato de PDP, ou seja, se a entrada para a lista dos essenciais foi “forçada” pela existência de uma parceria com o MS.

5.2.2.2 Indicador 4: Produtos estratégicos que passaram por uma ATS

No que concerne ao último indicador proposto e avaliado, relacionado aos **insumos que passaram por uma ATS**, foram analisados os relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

A análise dos relatórios da CONITEC permite verificar se os medicamentos objeto das PDPs passaram pela avaliação dessa comissão e quais foram os critérios que influenciaram a sua incorporação ao SUS. Lembrando que, desde seu surgimento em 2011, é a CONITEC quem auxilia na atualização da Rename, informando quais medicamentos devem entrar, ser excluídos ou alterados dentro da lista.

A verificação dos relatórios permitiu apurar quais dos medicamentos analisados passaram por uma avaliação da comissão que afirmasse a importância de inclusão do insumo na relação de itens adquiridos e disponibilizados pelo SUS (Quadro 8).

Quadro 8 – Medicamentos em fases III e IV das PDPs, existência ou não de avaliação da CONITEC, ano de inclusão ao SUS e ano de assinatura do TC

(continua)

Produto	Avaliado pela CONITEC	Ano de inclusão no SUS	Ano de assinatura do TC da PDP	Observações
Alfataliglicésare	SIM*	-	2010	Recomendada ampliação do uso em 2017
Atazanavir	NÃO	-	2011	-
Betainterferona 1A	SIM*	-	2010	Recomendada restrição do uso em 2016 / revogada decisão em 2017
Cabergolina	NÃO	-	2011	-
Clozapina	SIM	2015	2009	INCORPORADA em 2015 para transtorno bipolar / INCORPORADA em 2016 para Parkinson
Entecavir	SIM*	-	2010	Recomendada ampliação do uso em 2016
Etanercepte	SIM	2012	2012	INCORPORADA em 2012 para artrite reumatoide. NÃO INCORPORADA para psoríase em adultos em 2012. INCORPORADA em 2018 para psoríase em pacientes pediátricos
Entricitabina + tenofovir	SIM	2017	2018	-
Fator VIII recombinante	SIM	2013	2012	-
Galantamina	NÃO	-	2013	-
Imatinibe (mesilato de)	SIM	2014	2012	-
Infliximabe	SIM	2012	2013	INCORPORADO em 2012 para artrite reumatoide e em 2019 para retocolite ulcerativa moderada a grave. Não recomendada para psoríase.
Insulina NPH	NÃO	-	2017	-
Insulina regular	NÃO	-	2017	-
Leflunomida	SIM	-	2011	Recomendada EXCLUSÃO em 2013
Micofenolato de sódio	NÃO	-	2012	
Olanzapina	SIM	-	2009	INCORPORADO em 2015
Pramipexol	NÃO	-	2011	
Quetiapina	SIM	-	2009	INCORPORADA em 2015

Quadro 8 – Medicamentos em fases III e IV das PDPs, existência ou não de avaliação da CONITEC, ano de inclusão ao SUS e ano de assinatura do TC

(conclusão)

Produto	Avaliado pela CONITEC	Ano de inclusão no SUS	Ano de assinatura do TC da PDP	Observações
Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático)	NÃO	-	2009	-
Riluzol	NÃO	-	2011	-
Ritonavir termoestável	SIM	2016	2010	EXCLUSÃO em 2015 do ritonavir cápsula gelatinosa termolábil. NÃO INCORPORAÇÃO em 2015 para hepatite C. INCORPORAÇÃO em 2016 para hep. C
Rivastigmina	SIM	-	2016	2009
Sevelâmer	NÃO	-	2011	-
Tacrolimo	SIM	2012	2009	INCORPORADO em 2012 para tratamento da síndrome nefrótica primária, em 2015 para imunossupressão em transplante cardíaco e em 2016 para imunossupressão em transplante pulmonar. NÃO INCORPORADO em 2018 para profilaxia de rejeição de transplante renal e nem para profilaxia de rejeição de transplante hepático.
Tenofovir	SIM*	-	2009	Passou por análise em 2016 para AMPLIAÇÃO DO USO
Tenofovir+Lamivudina	NÃO	-	2012	-
Trastuzumabe	SIM	2012	2009	-
Vacina Dtpa (vacina absorvida difteria, tétano e pertussis acelular)	SIM	2013	2013	-
Vacina hepatite A	SIM	2013	2012	-
Vacina HPV	SIM	2013	2013	-
Vacina tetraviral	SIM	2013	2012	-
Ziprasidona	NÃO	-	2010	-

Fonte: elaboração própria (2020)

*Não localizado relatório com indicação inicial de uso

Verifica-se que, dos 33 insumos, apenas 17 (51,51%) passaram por uma efetiva avaliação da CONITEC para auferir a sua qualidade e necessidade ou não de inclusão no rol de medicamentos essenciais ao SUS. Do total, 12 insumos não foram avaliados e quatro tiveram avaliações concernentes a outros quesitos, não sendo identificada avaliação sobre inclusão da tecnologia ao SUS.

Um caso controverso é o do medicamento leflunomida, que passou por uma ATS que recomendou a sua **exclusão** do SUS em 2013, não havendo nova avaliação sugerindo incorporação.

Considerando que as recomendações da CONITEC se baseiam em critérios de custo-efetividade, por meio, especialmente, de revisões sistemáticas que demonstram se o insumo avaliado é superior a seus similares em termos terapêuticos e se o custo de sua incorporação compensa essa superioridade, há de se questionar por que motivo um medicamento que não foi considerado custo-efetivo acabou se tornando objeto de uma PDP.

Ainda, das tecnologias incorporadas, convém mencionar o fato de que 11 insumos iniciaram o processo de parceria antes de qualquer recomendação da CONITEC. Inclusive a leflunomida, que iniciou a PDP em 2011, sendo que em 2013 a CONITEC recomendou a sua exclusão.

O Quadro 9 apresenta um cruzamento dos dados disponíveis nos Quadros 7 e 8, permitindo verificar que muitos medicamentos, além de se tornarem objeto de PDPs, entraram na lista da Rename sem passar pela CONITEC. Ou seja, não houve avaliação da CONITEC para verificação do custo-efetividade do medicamento, porém, mesmo assim o medicamento acabou entrando na lista da Rename e se tornando objeto de PDP (não necessariamente nessa ordem).

Quadro 9 – Medicamentos em fases III e IV das PDPs, ano de inclusão ao SUS, ano de inclusão na Rename e ano de assinatura do TC da PDP

(continua)

Produto	Ano de inclusão no SUS (CONITEC)	Ano de inclusão na Rename	Ano de assinatura do TC da PDP
Alfataliglicerase	-	2013	2010
Atazanavir (200mg e 300 mg)	-	200 mg: 2007 300 mg: 2013	2011
Betainterferona 1 A (22µg e 44µg)	-	2013	2010
Cabergolina	-	2002	2011
Clozapina (25mg e 100mg)	2015	2013	2009
Entecavir 0,5mg	-	2013	2010
Entricitabina + Tenofovir (200 + 300mg)	2012	--- ^a	2018
Etanercepte (25mg/0,5ml e 50mg/ml)	2017	2013	2012
Fator VIII recombinante (250; 500 e 1000 UI)	2013	2013	2012
Galantamina (8mg; 16mg e 24mg)	-	2013	2013
Imatinibe (mesilato de) (100mg e 400mg)	2014	---	2012

Quadro 9 – Medicamentos em fases III e IV das PDPs, ano de inclusão ao SUS, ano de inclusão na Rename e ano de assinatura do TC da PDP

(conclusão)

Produto	Ano de inclusão no SUS (CONITEC)	Ano de inclusão na Rename	Ano de assinatura do TC da PDP
Infliximabe	2012	2013	2013
Insulina NPH	-	2002	2017
Insulina regular	-	2002	2017
Leflunomida	-	2013	2011
Micofenolato de sódio (180mg e 360mg)	-	2013	2012
Olanzapina (5mg e 10mg)	-	2013	2009
Pramipexol (0,125mg; 0,25mg; 1mg)	-	2013	2011
Quetiapina (25mg; 100mg e 200mg)	-	2013	2009
Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1 tuberculostático)	-	2010	2009
Riluzol	-	2013	2011
Ritonavir termoestável	2016	2002	2010
Rivastigmina (1,5mg; 3mg; 4,5mg e 6mg)	-	2013	2009
Sevelâmer	-	2013	2011
Tacrolimo (1mg e 5mg)	2012	2013	2009
Tenofovir 300mg	-	2007	2009
Tenofovir + Lamivudina (2 em 1)	-	2014	2012
Trastuzumabe	2012	---	2017
Vacina Dtpa (vacina absorvida difteria, tétano e pertussis acelular)	2013	2002 ^b	2013
Vacina hepatite A	2013	2002 ^c	2012
Vacina HPV	2013	2014 ^d	2013
Vacina tetraviral	2013	2014	2012
Ziprasidona (40mg e 80mg)	-	2013	2010

Fonte: elaboração própria (2020).

Para aqueles medicamentos que foram incluídos na Rename antes da formação da CONITEC, é passível uma justificativa. No entanto, os dados acima permitem apontar que desde 2011, quando a CONITEC começou a atuar no MS e no auxílio à atualização da lista da Rename, 15 dos 33 medicamentos em fase III e IV das PDPs analisados nesta pesquisa entraram na lista da Rename sem passar por nenhuma avaliação da comissão. Seis entraram na lista antes da existência da CONITEC e ainda não passaram por uma avaliação para verificar a necessidade de continuidade do medicamento no SUS.

Curiosamente, os três medicamentos que não apareceram nas listas da Rename verificadas, passaram por avaliação da CONITEC. Do total de 33 medicamentos analisados, apenas um deles (infiximabe) seguiu a sequência lógica

CONITEC – Rename – PDP. Dois seguiram a sequência CONITEC – Rename, mas tiveram TC assinados antes da avaliação da CONITEC. Todos os demais inverteram ou simplesmente desconsideraram o que seria o ideal em critérios de aferição da qualidade dos medicamentos que são disponibilizados à população, abrindo brechas para distintas discussões em relação aos critérios adotados pelo MS para considerar um medicamento vantajoso.

5.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme ressaltado no decorrer desta pesquisa, as PDPs tornam-se um caso especial dentro das políticas públicas de saúde, considerando seu viés social-capitalista, fruto do entendimento da característica sistêmica da saúde, cuja prestação só se torna possível com a existência de uma base produtiva que garanta a sua oferta (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012b).

Dentro dos objetivos almejados pelas PDPs é possível notar a preocupação do legislador em aliar o setor industrial ao serviço social, buscando garantir uma promoção ao desenvolvimento nacional de insumos de saúde que ampliem o acesso da população a esses bens sem, no entanto, prejudicar a Administração Pública.

E não há forma de verificar o cumprimento dos objetivos propostos sem o constante monitoramento e avaliação da política. Nesse aspecto, a normativa carece de instrumentos que possibilitem uma análise clara. Inclusive, nos mais de dez anos desde o surgimento da política, não há documentos que comprovem as avaliações que deveriam ser realizadas pelas CTA.

Assim, abre-se o leque para que pesquisadores formulem hipóteses e proponham ideias com relação a essa avaliação. E é isso que esta dissertação persegue. Baseado nas ideias iniciais de Silva (2017) com relação a indicadores de monitoramento e avaliação dos resultados das PDPs, foram propostos quatro indicadores relacionados especificamente à avaliação da economicidade e vantajosidade, considerando os conceitos que englobam esses princípios e o entendimento de Ham e Hill (1997) com relação à avaliação de políticas.

Portanto, para fins da análise proposta, o Quadro 10 apresenta um resumo dos resultados do estudo de caso atingidos por meio da análise por método misto.

Quadro 10 – Resumo dos resultados do estudo de caso obtidos pelo método misto

Avaliação de resultado intermediário – economicidade – Análise quantitativa			
	Denominação	Resultado positivo	Resultado negativo
1	Oferta de medicamentos no SUS	Aumento médio de 538 vezes na aquisição de medicamentos (por unidade) por meio das PDPs.	Diminuição de aproximadamente 12% na aquisição do medicamento clozapina 25mg após a PDP.
2	Economia do MS com as PDPs	Diminuição média de 53% nos valores pagos pelo MS com aquisições via PDPs.	Aumento de 16,09% no preço do medicamento tacrolimo 5mg.
Avaliação de resultado intermediário – vantajosidade – Análise qualitativa			
	Denominação	Resultado positivo	Resultado negativo
3	Insumos com contrato de PDPs vigente ou suspenso em fase III e IV que constam na relação nacional de medicamentos essenciais (Rename)	30 dos 33 medicamentos estão incluídos na Rename.	Apenas oito dos 30 medicamentos entraram na lista da Rename antes de assinar o TC da PDP.
4	Produtos estratégicos que passaram por uma ATS	17 dos 33 medicamentos passaram por uma avaliação da CONITEC (ATS).	Apenas 11 dos 33 medicamentos passaram por uma ATS antes de assinar o TC da PDP.

Fonte: elaboração própria (2020).

Com relação à análise quantitativa, os indicadores propostos evidenciam que a política atende quase em sua totalidade ao objetivo de economicidade, garantindo ampliação da oferta de medicamentos a um preço reduzido. Esse resultado condiz com pesquisas semelhantes, porém limitadas a alguns insumos, que constataram diminuição no preço após assinatura do TC das PDPs (COSTA *et al.*, 2015; MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016; CHAVES; HASENCLEVER; OLIVEIRA, 2018).

O único caso no qual não se evidenciou diminuição no preço de aquisição é o do tacrolimo 5mg que, conforme apontado anteriormente, apesar de ter um contrato de PDP vigente, teve sua última compra registrada em 2015. Nos anos posteriores (2016, 2017 e 2018) o produto foi adquirido diretamente do detentor da tecnologia do medicamento.

A redução nos gastos aliado ao aumento de produtos disponibilizados à população que tem sido possibilitado pelas PDPs podem indicar o sucesso da estratégia de internalização de tecnologia para possível diminuição da dependência externa e déficit da balança que, apesar de evidenciados como aspectos positivos por vários dos autores pesquisados (DIAS *et al.*, 2016; VIANA *et al.*, 2016; COSTA;

METTEN; DELGADO, 2016; BONFIM; SEGATTO; GONÇALVES, 2018; PRATA, 2018; ALMEIDA, 2018; MOREIRA, 2018), são temas para uma outra pesquisa.

Em relação ao aspecto da vantajosidade, considerando este princípio dentro do entendimento de que não basta apenas ser o produto “mais barato” para a administração, mas sim aquele que atenda com eficácia a um custo razoável (custo-efetividade), cabe ressaltar que não foram localizadas pesquisas apresentando avaliação de resultados, sendo apenas verificadas proposições com relação ao seu monitoramento e avaliação (PIMENTEL, 2017; SILVA, 2017).

Dentro dos indicadores aqui propostos, os resultados não poderiam ser mais controversos. Em primeiro lugar, destaca-se o fato de três dos medicamentos que possuem atualmente um TC junto ao MS (mesilato de imatinibe, trastuzumabe e entricitabina + tenofovir) não constarem sequer na lista dos medicamentos considerados essenciais para o SUS.

Se essa lista, conforme consta no próprio documento, apresenta os “produtos de comprovada segurança, eficácia e qualidade terapêuticas, consoantes às patologias e agravos predominantes e às peculiaridades regionais”, o que esperar desses insumos que não figuram na relação?

Cabe questionar também se não há falha no planejamento da própria Rename, pois ao verificar o indicador referente à análise da CONITEC, constata-se que os três medicamentos passaram por uma ATS que garantiu a sua incorporação ao SUS.

Ao avaliar o indicador relacionado à avaliação da CONITEC, os dados se tornam mais discrepantes. Dos 21 medicamentos que passaram pela Comissão, cinco deles foram para avaliar a continuidade do seu uso (modificação ou exclusão), sendo que em quatro deles optou-se pela continuidade do uso ou ampliação, e em um caso específico foi recomendada a exclusão (leflunomida).

Ainda com relação à leflunomida, verifica-se que a sua entrada na lista da Rename ocorreu no mesmo ano em que a CONITEC recomendou a sua exclusão. Apesar de se tratar apenas de uma recomendação, considerando os critérios adotados pela comissão para avaliação dos insumos, seria esperado que o Ministro da Saúde acatasse toda decisão, a menos que houvesse comprovação contrária.

E é nesse aspecto que o caso se torna mais grave, pois após a recomendação da CONITEC, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Portaria nº 59, de 17

de dezembro de 2013²⁰, que tornou pública a decisão de excluir a leflunomida para o tratamento de reumatismo da lista do SUS. Mesmo assim, o medicamento permaneceu na lista da Rename até 2019, sendo excluído apenas na nova versão publicada em 2020. Ou seja, mesmo com portaria homologando sua exclusão, o medicamento continuou fazendo parte da lista dos essenciais e, inclusive, se tornou objeto de uma PDP.

Dos outros 17 medicamentos que constam na Rename e passaram efetivamente por uma ATS, cabem questionamentos relacionados ao planejamento e morosidade de uma avaliação custo-efetiva desses insumos, que assinaram TC junto ao MS anos antes de passarem por qualquer avaliação a CONITEC e, em alguns casos, até antes de fazer parte da lista da Rename.

Quanto àqueles medicamentos que estão na Rename, são objeto de PDPs, mas ainda não passaram por nenhuma avaliação relacionada ao seu custo-efetividade, denota-se uma clara falta de planejamento e preocupação com os preceitos legais que fundamentam a política pública.

Afinal, se a ATS garante a indicação do insumo que atenda aos melhores critérios de custo-efetividade, aqui compreendidos nos aspectos de vantajosidade, não há justificativas para a inclusão desses medicamentos na Rename e, muito menos, para a assinatura de parcerias com o MS. A falta de critérios específicos que regulamentem a avaliação das PDPs pode ensejar esse tipo de discrepância e “vistas grossas” ao que estipula a normativa.

Quanto ao aspecto da economicidade, nota-se o cumprimento à normativa, evidenciado pelo aumento na aquisição de medicamentos por preços menores (binômio custo-benefício). No entanto, a economicidade pode estar sofrendo mitigações da falta de observância às características da vantajosidade. Ou seja, por mais que tenha sido constatada uma economia do MS na aquisição de insumos aliado ao aumento no volume de compras, se os medicamentos que estão sendo adquiridos não forem os mais custo-efetivos, essa economia é real?

O que a pesquisa evidenciou é que um volume considerável dos medicamentos que possuem contratos de PDP (aproximadamente 40%) não podem ser realmente considerados vantajosos do ponto de vista da avaliação de custo-efetividade proposta.

²⁰ Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2013/CP46e47_Portaria58a60_2013.pdf. Acesso em: 15/01/2020.

Portanto, não há evidências que comprovem que esses medicamentos são os melhores para atendimento à população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa realizou o estudo de caso de uma política pública de grande relevância para o desenvolvimento regional, considerando que se trata de uma política que visa à transferência de tecnologia para garantir a produção nacional de medicamentos e produtos de saúde, buscando, dessa forma, ampliar o acesso da população a insumos considerados essenciais para garantia do direito à saúde, sem, no entanto, prejudicar a Administração Pública.

Partiu-se da premissa que a saúde é parte inerente ao desenvolvimento, tendo em vista que o próprio processo de desenvolvimento regional depende da consolidação do direito à saúde. Assim, denota-se a característica sistêmica da saúde, que não pode ser analisada apenas pelo aspecto social, pois a sua prestação depende do capital. E, nesse aspecto, as PDPs se tornam um caso singular no escopo das políticas públicas, ao buscar aliar o público e o privado em prol de ampliar a disponibilidade de insumos de saúde à população por meio da internalização da produção.

Apesar de terem surgido em 2009, as PDPs foram regulamentadas apenas em 2012, com revisão da normativa em 2014, ano considerado como o marco regulatório da política. Pensada de maneira sistêmica, as parcerias foram articuladas para atingir múltiplos propósitos. No entanto, em virtude do seu pouco tempo de funcionamento e do fato de que, das 92 parcerias vigentes, apenas seis concluíram todas as fases, a análise dos resultados multifacetados dessa política está além do escopo desta pesquisa.

Neste ponto, ressaltam-se aspectos relacionados às limitações da pesquisa, pois a política das PDPs apresenta oito objetivos que incluem aspectos que vão além da economia de recursos públicos nas aquisições de insumos essenciais para atendimento das necessidades da população.

As PDPs visam reduzir a dependência produtiva e tecnológica do SUS frente ao mercado externo por meio do fomento ao desenvolvimento e fabricação em solo nacional dos produtos estratégicos para o sistema de saúde, atingindo, assim, a sustentabilidade tecnológica e aumentando a inovação, sendo consequência dessas ações a economicidade, sustentabilidade econômica e ampliação do acesso da população a esses insumos estratégicos, diminuindo, portanto, a vulnerabilidade do SUS.

Assim, ao buscar internalizar as tecnologias referentes à produção nacional de produtos estratégicos para o SUS, a vulnerabilidade externa decorrente da falta de estrutura produtiva do Brasil deixaria de existir para esses insumos específicos, possibilitando o atendimento das necessidades da sociedade.

A discussão sobre dependência e vulnerabilidade externa perpassa as barreiras da discussão ora proposta neste trabalho, uma vez que essa avaliação envolve estudos da melhoria da capacidade científica no país e da capacidade que o Brasil tem de resistir a pressões e fatores desestabilizadores externos, englobando diversos aspectos conceituais, passíveis de estudo em uma pesquisa própria para tal.

Da mesma forma, a verificação do possível aumento da capacidade produtiva nacional e inovação, e conseqüente redução do déficit comercial acarretado pelas PDPs, dependem dos estudos relacionados à redução da dependência externa.

Sendo assim, esta dissertação limitou o seu problema de pesquisa à avaliação de um dos objetivos elencados pela Portaria nº 2.531/2014: “proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao **buscar a economicidade e a vantajosidade**, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais” (BRASIL, 2014, grifo meu).

Do ponto de vista conceitual, economicidade no setor público se refere à busca do menor preço, prezando pela economia dos recursos disponibilizados. Já a vantajosidade complementa o termo anterior ao buscar aliar a economia à qualidade dos serviços prestados ou produtos adquiridos, de maneira que haja um olhar para além do preço, almejando o binômio custo-efetividade.

Na área da saúde, nada mais importante do que aliar esses conceitos em prol de garantir não apenas a prestação equânime, universal e gratuita a toda a população, mas também que essa prestação seja de qualidade, realmente efetiva nos objetivos de prevenção, tratamento e cura.

Ao falar de medicamentos, que são componentes essenciais e os mais utilizados terapeuticamente pelo SUS, não há como simplesmente buscar sempre o menor preço, pois na saúde nem sempre o mais barato será o mais efetivo.

Tendo isso em vista, esta dissertação realizou uma pesquisa no intuito de propor indicadores e avaliar os objetivos de economicidade e vantajosidade propostos pelas PDPs. Conforme demonstrou a pesquisa, não há indicadores consolidados de monitoramento e avaliação da política, o que torna este trabalho essencial nesse

passo inicial de buscar mostrar resultados efetivos das PDPs, servindo, assim, de aporte aos demais interessados nessa política pública.

Ao avaliar a economicidade, trabalhou-se essencialmente com preços de aquisições, tomando o cuidado de atualizar todas as compras localizadas, garantindo resultados inequívocos em relação a esse objetivo. Ao atualizar os valores pagos pelo MS pelo IPCA e taxa de câmbio do período, demonstrou-se uma real economia de recursos públicos na compra de medicamentos por meio das PDPs. Isso demonstra que um dos objetivos da política, com poucas ressalvas, tem sido rigorosamente cumprido, permitindo, inclusive, o aumento do quantitativo adquirido, o que favorece a sociedade.

Já ao avaliar a vantajosidade, foram propostos indicadores que pudessem, de alguma forma, avaliar esse quesito dentro do conceito da efetividade e qualidade dos insumos adquiridos, no intento de verificar se os medicamentos com contrato de PDPs são os mais efetivos. Para isso, partiu-se da premissa de que todo medicamento considerado essencial pelo MS deve constar na lista da Rename. Da mesma forma, todo medicamento inserido no SUS deve ser considerada a melhor tecnologia disponível no mercado, conforme critérios da CONITEC, cuja função primordial é assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo SUS.

Os resultados desses indicadores evidenciaram uma possível falta de preocupação dos gestores com relação à qualidade dos medicamentos que são ofertados à população. A melhoria dos critérios para escolha dos medicamentos que compõe a lista de insumos estratégicos do SUS deve partir do planejamento do MS. Para isso existe a CONITEC, e dada a sua importância, a sua atuação deveria ser ampliada.

Ao contar com medicamentos realmente custo-efetivos na lista de insumos estratégicos, garante-se a realização de PDPs não apenas econômicas do ponto de vista do dispêndio de recursos, mas também efetivas em termos de qualidade.

Alguns aspectos ficam em aberto para uma avaliação mais profunda da política. Espera-se que esta pesquisa incentive novos estudos concernentes aos demais objetivos almejados pelas PDPs, especialmente com relação ao aumento da competência tecnológica dos laboratórios públicos e privados nacionais e da superação da dependência tecnológica.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (ABDI). **Política Industrial**. Disponível em:

http://old.abdi.com.br/Paginas/politica_industrial_backup.aspx. Acesso em: 20/05/2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE QUÍMICA FINA, BIOTECNOLOGIA E SUAS ESPECIALIDADES (ABIFINA). **Estatísticas. Saldo comercial: química fina**. Disponível em: http://www.abifina.org.br/estatisticas_saldo.php. Acesso em: 13/03/2020.

AGÊNCIA SENADO. **Na saúde, o governo deve enfrentar desafio de financiar o SUS**. Janeiro, 2019. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus>. Acesso em: 13/01/2020.

ALMEIDA, Águida Cristina Santos. **Análise dos efeitos das parcerias para o desenvolvimento produtivo nos laboratórios farmacêuticos oficiais**. 2018. 318 p. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia da Indústria e da Tecnologia. Rio de Janeiro: 2018.

ARAÚJO JUNIOR, José Tavares de. **O enigma da política industrial no Brasil**. Revista de Economia Política, vol. 35, nº 3 (140), pp. 461-474, julho-setembro/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572015000300461. Acesso em: 20/03/2019.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. Guia 2018. **Dados do setor farmacêutico**. Disponível em:

https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2018/dados_do_setor#gasto_com_medicamentos. Acesso em: 14/05/2019.

BELIEIRO JÚNIOR, José Carlos Martines. **Política e Desenvolvimento no Brasil: a experiência do setor automotivo nos anos 1990**. NORUS Vol. 01 nº 01 janeiro-junho/2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/NORUS/article/view/2700/2485>. Acesso em: 13/07/2019.

BERCOVICI, Gilberto. **Complexo Industrial da Saúde, desenvolvimento e proteção constitucional ao mercado interno**. R. Dir. sanit., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-42, jul./out. 2013. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63990/66731>. Acesso em: 14/05/2019

BONFIM, Leandro R. C.; SEGATTO, Andrea P.; GONÇALVES, Sandro A. **A conical-helix model for technology transfer and public-private partnerships for technological development in Brazilian public health**. Technology in Society 53 (2018) 110e123. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160791X17301999>. Acesso em: 02/03/2019.

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1953. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm. Acesso em: 28/12/2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 01/06/2018.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 20/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 12/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior**. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.anped11.uerj.br/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.418, de 24 de julho de 2003**. Cria o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. Brasília, 2003b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5618.html>. Acesso em: 14/06/2019.

BRASIL. **Lei nº 10.742, de 06 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, 2003c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.742.htm. Acesso em: 14/05/2019.

BRASIL. **Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras

providências. Brasília, 2004a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm. Acesso em: 13/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 28/12/2019.

BRASIL. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 374, de 28 de fevereiro de 2008**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde. Brasília, 2008b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0374_28_02_2008.html. Acesso em: 24/05/2018.

BRASIL. **Decreto de 12 de maio de 2008**. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde- GECIS, e dá outras providências. Revogado pelo Decreto nº 9.245, de 2017. Brasília, 2008c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm. Acesso em: 24/05/2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 128, de 29 de maio de 2008**. Estabelece Diretrizes para a Contratação Pública de Medicamentos e Fármacos pelo Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008d. Disponível em:
http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/portarias/p128_08.htm. Acesso em: 25/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em: 15/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.540, de 02 de agosto de 2011**. Institui o Plano Brasil Maior – PBM e cria o seu Sistema de Gestão. Brasília, 2011a. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7540.htm>. Acesso em: 24/05/2018.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 10/07/2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 10/07/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012**. Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP). Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0837_18_04_2012.html. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 506, de 21 de março de 2012**. Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor. Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506_21_03_2012.html. Acesso em: Acesso em: 1º jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.531, de 12 de novembro de 2014**. Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2531_12_11_2014.html. Acesso em: 15/08/2018.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm. Acesso em: 15/05/2018.

BRASIL. **Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017**. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9245-20-dezembro-2017-785974-norma-pe.html>. Acesso em: 23/07/2018.

BRASIL. **Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo**. Ministério da Saúde. 2019a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>. Acesso em: 31/05/2019.

BRASIL. **O que é Rename?** Ministério da Saúde. 2019b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/rename>. Acesso em: 28/12/2019.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Nacionalismo no centro e na periferia do capitalismo**. Estud. av. vol.22 no.62 São Paulo Jan./Apr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000100012. Acesso em: 14/01/2020.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crescimento e desenvolvimento econômico**. Notas para uso em curso de desenvolvimento econômico na Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Versão de junho de 2008. Disponível em: <http://bresserpereira.org.br/Papers/2007/07.22.CrescimentoDesenvolvimento.Junho19.2008.pdf>. Acesso em: 19/02/2020.

BUGARIN, Paulo Soares. **O princípio constitucional da economicidade**. Correio Braziliense, Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.raul.pro.br/artigos/economic.pdf>. Acesso em: 15/07/2019.

CAETANO, Rosângela; SILVA, Rondineli Mendes da; PEDRO, Érica Militão; OLIVEIRA, Ione Ayala Gualandi de; BIZ, Aline Navega; SANTANA, Pamela. **Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(8):2513-2525, 2017.

CAMPOS, Humberto Alves de. **Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica**. Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial., Brasília, v. 5, n. 2, p. 281-303, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/prisma/article/view/702/572>. Acesso em: 13/07/2019.

CANUTO SANTOS, VC. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

CARRARA, B. S.; VENTURA, C. A. A. **A saúde e o desenvolvimento humano**. Saúde e Transformação social. v.3, n.4, p.89-96, 2012.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política social e desenvolvimento no Brasil**.

Econ. soc. vol.21 no.spe Campinas. Dezembro, 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182012000400012.
Acesso em: 12/01/2020.

CASTRO, L. B. **Esperança, frustração e aprendizado: a história da nova república (1985-1989)**. In: GIAMBIAGI; F. *et al.* (orgs.). Economia brasileira contemporânea: 1945-2010. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Estados reduzem participação no gasto com saúde**. Novembro, 2018. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27963:2018-11-12-18-36-26&catid=3. Acesso em: 13/01/2020.

CHAPARRO, Robson Gonçalves. **Sustentabilidade Ambiental nos Pregões Eletrônicos: análise em Órgão do Executivo Federal**. Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2016. Disponível em:
http://www.profiap.org.br/profiap/tcfs-dissertacoes-1/ufms/2016/75_ufms-2016-robson-chaparro.pdf. Acesso em: 14/11/2019.

CHAVES, Gabriela Costa; HASENCLEVER, Lia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. **Redução de preço de medicamento em situação de monopólio no Sistema Único de Saúde: o caso do Tenofovir**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(1), e280103, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280103>.

COELHO, Maria Francisca Pinheiro; TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza; RODRIGUES, Monica (org.). **Políticas sociais para o desenvolvimento: superar a pobreza e promover a inclusão**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2010. 360p. Disponível em:
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/politicas_d_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 13/01/2020.

CORONEL, André Filipe Zago de Azevedo; CAMPOS, Antônio Carvalho. **Política industrial e desenvolvimento econômico: a reatualização de um debate histórico**. Revista de Economia Política, vol. 34, nº 1 (134), pp. 103-119, janeiro-março/2014. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/134-7.PDF> Acesso em: 16/04/2019.

CORONEL, D. A.; CAMPOS, A. C.; AZEVEDO, A. F. Z.; CARVALHO, F. M. A. **Impactos da política de desenvolvimento produtivo na economia brasileira: uma análise de equilíbrio geral computável**. Pesquisa e planejamento econômico | ppe | v. 41 | n. 2 | ago. 2011. Disponível em:
<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/pppe/article/viewFile/1333/1101>. Acesso em: 25/03/2019.

COSTA, L. S.; METTEN, A.; DELGADO, I. J. G. **As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em saúde na nova agenda de desenvolvimento nacional**. Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 279-291, OUT-DEZ 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0279.pdf>. Acesso em: 21/03/2019.

COSTA, Roberta D. F.; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia G. S.; SILVA, Rondineli M.; MAIA, Aurélio. A.; RAMOS, Mariana C. B.; CAETANO, Rosângela. **Aquisição de medicamentos para a Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12):3827-3838, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.11542015.

DATHEIN, R., org. **Teoria neoschumpeteriana e desenvolvimento econômico**. In: *Desenvolvimentismo: o conceito, as bases teóricas e as políticas* [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. Estudos e pesquisas IEPE series, pp. 193-222. ISBN 978-85-386-0382-5. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m95t/epub/dathein-9788538603825.epub>. Acesso em: 13/01/2020.

DIAS, Elaine Cristina Ferreira; AMBROSINO, Munik Camargo Pereira; OLIVEIRA, Nubia Jorge de; MAGALHÃES, Jorge Lima de. **A dependência de insumos farmacêuticos importados no Brasil: um estudo de caso do medicamento antirretroviral nevirapina no laboratório farmacêutico oficial Farmanguinhos**. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/194/191>. Acesso em: 15/07/2019.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Política de Desenvolvimento Produtivo: Nova Política Industrial do Governo**. Nota técnica. Maio de 2008. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2008/notaTec67PoliticaDesenvolvimento.pdf>. Acesso em: 05/03/2019.

DÓRIA, R. S. et al. **Indicadores secundários do complexo industrial da saúde**. In: HASENCLEVER, L. et al. (Org.). *desafios de operação e desenvolvimento do complexo industrial da saúde*. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais Ltda, 2016. Cap. 1.

DUARTE, Pedro Henrique Evangelista; GRACIOLLI, Edílson José. **A teoria da dependência: interpretações sobre o (sub)desenvolvimento na América Latina**. Anais 5º Colóquio Internacional MarxEngels (5º CEMARX). Novembro, 2017. Disponível em: https://www.unicamp.br/ce marx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt3/sessao4/Pedro_Duarte.pdf. Acesso em: 28/05/2019.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 13 ed. USA: Pearson Education, 2011. p 01-27.

ERBER, F. S.; CASSIOLATO, J. E. **Política Industrial: teoria e prática no Brasil e na OCDE**. *Revista de Economia Política*, v. 17 n. 2 (66), abril-junho, 1997. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/15819394/politica-industrial-teoria-e-pratica-no-brasil-e-na-ocde-revista-de->. Acesso em: 22/03/2019.

- FELIPE, Ednilson Silva. **Instituições e mudanças institucionais: Uma Visão a partir dos Principais Conceitos Neo-Schumpeterianos**. *Economia*, Brasília (DF), v.9, n.2, p.245–263, mai/ago 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ednilson_Felipe/publication/240618668_cas_Institucionais_Uma_Vis_ao_a_partir_dos_Principais_Conceitos_Neo-Schumpeterianos/links/56261d6e08ae4d9e5c4c8822.pdf. Acesso em: 14/01/2020.
- FERRAZ, J. C.; PAULA, G. M.; KUPFER, D. **Política industrial**. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. *Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.
- FERREIRA, Jonathan Dias; JUNIOR, Oscar Luiz Legal Subeldia; SCHNEIDER, Mirian Beatriz. **Política Industrial Brasileira Recente**. *Rev. Acta Scientiarum: Human and Social Sciences*. v. 38, n. 2, Maringá, Jul-Dez, 2016.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **A era Vargas: dos anos 20 a 1945**. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao>. Acesso em: 29/12/2019.
- FONSECA, Elize Massard da; COSTA, Nilson do Rosario. **Federalismo, complexo econômico-industrial da saúde e assistência farmacêutica de alto custo no Brasil**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1165-1176, 2015.
- FONSECA, Regina. C. V da. **Metodologia do trabalho científico**. Curitiba: IESDE Brasil, 2008.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8 n. 2, p. 521-535, 2003. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015. Acesso em: 18/03/2019.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia**. *Saúde em Debate*; v. 19, n. 71, p. 326-327, set/dez. 2007.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BARBOSA, Pedro R.; MALDONADO, José; VARGAS, Marco; COSTA, Laís. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: conceitos e características gerais**. In: Informe CEIS. VPPIS/FIOCRUZ - Informe CEIS nº 1, ano 1 – agosto, 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/vppis/imagens/ceis/Boletim%20Complexo%20Saude%20Vol%201%202010.pdf>. Acesso em: 18/03/2019.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. *Revista Saúde Pública* 2012a; 46(Supl):13-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700003. Acesso em: 18/05/2019.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira; MALDONADO, José. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do**

desenvolvimento. Revista Saúde Pública 2012b;46(Supl):21-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4188.pdf>. Acesso em: 15/03/2019.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **Saúde e desenvolvimento: uma nova abordagem para uma nova política.** Revista Saúde Pública vol.4, supl.1 São Paulo Dec. 2012c. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700002. Acesso em: 10/03/2019.

GADELHA, C. A. G.; BRAGA, P. S. C. **Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil.** Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00150115, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00150115.pdf. Acesso em: 20/03/2019.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. **Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1891-1902, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1891.pdf>. Acesso em: 26/03/2019.

GALLINA, André Sekunda; AGUIRRE, Lissandra Espinosa de Mello. **Licitações sustentáveis: uma discussão à luz dos princípios da igualdade, da competitividade, da vantajosidade e da economicidade da licitação.** Revista da AGU, Brasília-DF, v. 15, n. 02, p. 37-62, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/685>. Acesso em: 15/07/2019.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIAMBIAGI, Fábio; VILLELA, André; CASTRO, Lavínia Barros de; HERMANN, Jennifer. (organizadores). **Economia Brasileira Contemporânea: 1945-2010.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLGHER, Denise; RODRIGUES, Roberto; MASSAFERA, Rodrigo Couto. **Biosimilars in Brazil. Developments in 2015 and Business Perspectives.** Journal of Commercial Biotechnology (2015) 21(4), 44-50. Disponível em: <https://commercialbiotechnology.com/index.php/jcb/article/view/724>. Acesso em: 14/05/2019.

GONÇALVES, Reinaldo. **Ciclo econômico global e vulnerabilidade externa estrutural do Brasil.** 2012. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/ciclo_economico_e_vulnerabilidade_rg_30_08_2012.pdf. Acesso em: 13/06/2019.

HAM, Christopher; HILL, Michael. **The policy process in the modern capitalist state.** Harvester Wheatsheaf, London, 1993, 2nd ed.

HASENCLEVER, Lia; PARANHOS, Julia; CHAVES, Gabriela; DAMASCENO, Claudio. **Uma análise das políticas industriais e tecnológicas entre 2003-2014 e suas implicações para o complexo industrial da saúde**. In: HASENCLEVER, L. et al. (orgs). *Desafios de operação e desenvolvimento do complexo industrial da saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL. **A política de desenvolvimento produtivo**. Disponível em: https://iedi.org.br/admin_ori/pdf/20080529_pdp.pdf. Acesso em: 05/03/2019.

IPEADATA. **Taxa de câmbio comercial para venda: real (R\$) / dólar americano (US\$) – média**. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=31924&module=M&chart=ChartsImage40417902344583176>. Acesso em: 15/07/2019.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 3a edição. Editora Alínea, 2009.

KUPFER, David. **Política industrial**. *Econômica*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.91-108, dezembro 2003, impressa em 2004.

KRAFT, Michael E.; FURLONG, Scott R. **Public Policy: politics, analysis and alternatives**. 3. ed. USA: CQ Press, 2010. p. 02-29.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTIN, Scott. **As câmaras setoriais e o meso-corporativismo**. *Revista Lua Nova*, nº 37, São Paulo, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451996000100008. Acesso em: 13/07/2019.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 40ª ed. São Paulo: Malheiros, 2014. p. 260.

MERRIAM, Sharan. B. **Qualitative research and case study applications in education**. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

METTEN, Antoine; COSTA, Laís Silveira; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, Jose. **A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon**. *Rev. Adm. Pública* — Rio de Janeiro 49(4):915-936, jul./ago. 2015.

MIGUEZ, Thiago de Holanda Lima et al. **Uma visão de política industrial para o Brasil: resultados a partir de uma proposta de matriz tecnológica**. [s.l.] : [s.n.], [2018]. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/15703/1/Artigo%20Matriz%20Tecnol%C3%B3gica%20-%20Atual.pdf>. Acesso em: 16/04/2019.

MORAES, Elaine Lazzaroni; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; CAETANO, Rosangela. **Compras federais de antineoplásicos no Brasil: análise do mesilato de imatinibe, trastuzumabe e L-asparaginase, 2004-2013**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1357-1382, 2016.

MOREIRA, Mario. **As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) no setor da saúde: o poder de compra do estado como política de indução à inovação e a capacitação tecnológica da Fiocruz no campo das biotecnologias**. 20/04/2018. 178 f. Doutorado em Políticas Públicas. Tese [Doutorado]. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2018.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3561-3567/pt>. Acesso em: 25/12/2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde**. In: _____. (Org.). Saúde nas Américas. Organização Pan-Americana de Saúde. Volume I. Washington, D.C.: OPAS, 2007. p. 314-405. Disponível em: <https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalpor/SNA07%20Regional%20POR%20Cap%204.pdf>. Acesso em: 25/12/2019.

PEREIRA, Vanusa Batista. **O princípio da economicidade no âmbito das licitações públicas**. Revista Contabilidade & Amazônia, Sinop, v. 1, n. 1, art. 11, pp. 91-97, Jan./Dez. 2008. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/rca/article/view/v1n1art11>. Acesso em: 15/07/2019.

PIMENTEL, Vitor Paiva. **Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos sob a ótica das compras públicas para inovação: 2009-2017**. 17/08/2018. Mestrado em políticas públicas, estratégias e desenvolvimento. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 27/01/2019.

PRADO, Clementina Corah Lucas. **A adoção do limite custo-efetividade na incorporação de tecnologias no SUS – o que se pode esperar**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 6 (Supl. 4). Outubro, 2015 p. 3127- 49.

PRATA, Wallace Mateus. **O papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na inovação: Um estudo sobre transferência de tecnologia no Brasil**. 12/04/2018. 222 f. Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

REZENDE, Kellen Santos. **As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas.** 01/02/2013. 176 f. Mestrado Profissional em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ROSSINI, Neusa; ROTTA, Edeimar; BORKOVSKI, Andréia. **Políticas públicas sociais e desenvolvimento: tecendo relações.** Anais VIII simpósio Ibero-americano de Cooperação para o Desenvolvimento e a Integração Regional. Outubro, 2017. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/cerro-largo/viii-simposio-iberoamericano-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-regional/anais>. Acesso em: 13/01/2020.

SILVA, Everton Nunes da. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde.** Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 8(1), 71-78, mar, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1455/1310>. Acesso em: 20/03/2019.

SILVA, Gabriela de Oliveira. **Parcerias para o desenvolvimento produtivo e a produção pública de medicamentos: uma proposta de monitoramento estratégico.** 286 f. Mestrado em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2017.

SILVA, Letícia Krauss. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 501-520, 2003.

SMALL, Mario Luis. **How to conduct a mixed methods study: recent trends in a rapidly growing literature.** Annu. Rev. Sociol. 2011.37:57-86. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.012809.102657>. Acesso em: 30/12/2019.

SOUZA, Celina. **Introdução Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 14/01/2020.

SUZIGAN, Wilson. **A indústria brasileira após uma década de estagnação: questões para Política Industrial.** Instituto de Economia: UNICAMP. Outubro, 1991. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643310>. Acesso em: 25/03/2019.

SUZIGAN, Wilson. **Experiência histórica de política industrial no Brasil.** Revista de Economia Política, v. 16 n. 1 (61), janeiro-março, 1996. Disponível em: <http://portalclubedeengenharia.org.br/2012/08/14/experiencia-historica-de-politica-industrial-no-brasil/>. Acesso em: 12/03/2019.

SUZIGAN, W.; FURTADO, J. **Política Industrial e Desenvolvimento.** Revista de Economia Política, vol. 26, nº 2 (102), pp. 163-185 abril-junho/2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n2/a01v26n2.pdf>. Acesso em: 02/03/2019.

TENÓRIO, Marge; MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1441-1454, 2017.

TORRES, Ricardo Lobo. **O Tribunal de Contas e o controle da legalidade, economicidade e legitimidade.** Revista de informação legislativa, v. 31, n. 121, p. 265-271, jan./mar. 1994. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/176237>. Acesso em: 15/06/2019.

TORRES, Ricardo Lobato. **A política de desenvolvimento da indústria farmacêutica brasileira de 2003 a 2014.** p. 74-83. In: Anais do 1º Encontro Nacional de Economia Industrial e Inovação, v.3, n.4, São Paulo: Blucher, 2016.

VARRICHIO, Pollyana de Carvalho. **SUS: o maior comprador de medicamentos do país.** Radar, 52, ago. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8021/1/Radar_n52_SUS.pdf. Acesso em: 01/06/2018.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; SILVA, Hudson Pacifico da; IBAÑEZ, Nelson; IOZZI, Fabíola Lana. **A política de desenvolvimento produtivo da saúde e a capacitação dos laboratórios públicos nacionais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00188814, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil.** Revista Panam Salud Pública. 2010;27(2): 149–56. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/149-156/pt>. Acesso em: 27/12/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: Investing in health for economic development.** Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch2005/CMHReport.pdf>. Acesso em: 26/05/2018.

YAZAN, Bedrettin. **Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake.** Meta: Avaliação | Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 149-182, jan. /abr. 2016. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/1038>. Acesso em: 31/12/2019.

APÊNDICE A – Quantidades totais unitárias e valores gastos (R\$) por ano das aquisições realizadas via PDPs (2009 a 2018)

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total (R\$)
Alfataliglicerase	200 U	2013	14.602	R\$ 13.313.903,16
		2014	15.360	R\$ 14.592.000,00
		2016	135.249	R\$ 106.822.140,00
Atazanavir	Cápsula 200mg	2014	10.584.840	R\$ 36.760.514,40
		2015	4.629.420	R\$ 15.415.968,60
Atazanavir	Cápsula 300mg	2014	34.439.070	R\$ 194.723.201,40
		2015	27.721.740	R\$ 151.360.700,40
Betainterferona	Solução injetável (22µg)	2015	150.240	R\$ 20.172.724,80
		2016	179.280	R\$ 23.589.662,40
		2017	132.384	R\$ 16.767.757,44
Betainterferona	Solução injetável (44µg)	2015	422.292	R\$ 64.019.467,20
		2016	433.464	R\$ 64.399.746,48
		2017	405.168	R\$ 57.939.024,00
Cabergolina	Comprimido 0,5mg	2015	2.054.896	R\$ 17.466.616,00
		2016	3.854.056	R\$ 30.582.524,60
		2017	1.330.808	R\$ 10.207.297,36
Clozapina	Comprimido 25 mg	2011	1.424.520	R\$ 549.562,00
		2013	612.900	R\$ 221.256,90
		2014	1.042.860	R\$ 357.700,98
		2015	770.280	R\$ 246.489,60
Clozapina	Comprimido 100 mg	2011	32.987.368	R\$ 55.205.146,64
		2013	21.271.080	R\$ 33.140.342,64
		2014	21.863.520	R\$ 32.358.009,60
		2015	25.919.100	R\$ 36.286.740,00
Fator VIII	Pó para solução injetável (250UI/500UI/1000 UI)	2013	350.000.000	R\$ 257.250.000,00
		2014	87.500.000	R\$ 64.312.500,00
		2015	450.000.000	R\$ 378.000.000,00
		2016	587.500.000	R\$ 652.375.000,00
		2017	751.236.250	R\$ 857.911.797,50
		2018	1.105.500.000	R\$ 1.291.905.000,00
Galantamina	Cápsula 8 mg	2018	1.045.716	R\$ 4.716.179,16
Galantamina	Cápsula 16 mg	2018	1.070.440	R\$ 4.549.370,00
Galantamina	Cápsula 24 mg	2018	1.996.204	R\$ 9.322.272,68
Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (100mg)	2013	571.440	R\$ 9.738.957,60
		2014	1.581.480	R\$ 25.226.391,60
		2016	906.960	R\$ 11.790.480,00
		2017	692.520	R\$ 8.626.293,00
		2018	193.020	R\$ 2.383.797,00

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total (R\$)
Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (400 mg)	2013	3.525.330	R\$ 241.424.923,20
		2014	4.907.580	R\$ 314.459.676,00
		2016	3.117.420	R\$ 162.105.840,00
		2017	3.036.330	R\$ 151.007.844,00
		2018	882.240	R\$ 43.582.656,00
Infliximabe	Pó para solução injetável – frasco com 10ml (100mg)	2014	178.969	R\$ 164.715.908,84
		2015	44.743	R\$ 41.179.667,48
		2016	689.973	R\$ 628.426.676,57
		2017	281.290	R\$ 248.134.347,70
		2018	383.038	R\$ 324.371.899,00
Insulina NPH	Solução injetável (100UI/ml)	2018	16.253.674	R\$ 170.663.577,00
Insulina regular	Solução injetável (100UI/ml)	2018	3.276.471	R\$ 34.402.945,50
Leflunomida	Comprimido 20mg	2014	14.450.250	R\$ 65.026.125,00
		2016	19.304.160	R\$ 78.567.931,20
		2018	16.485.960	R\$ 63.606.130,00
Micofenolato de sódio	Comprimido revestido 180mg	2014	3.887.040	R\$ 9.068.464,32
		2015	4.024.800	R\$ 8.920.566,72
		2016	4.499.280	R\$ 8.953.567,20
		2018	7.618.560	R\$ 11.708.736,00
Micofenolato de sódio	Comprimido revestido 360mg	2014	41.352.840	R\$ 198.721.072,62
		2015	39.574.800	R\$ 180.666.876,96
		2016	36.913.200	R\$ 146.914.536,00
		2018	50.204.160	R\$ 132.488.510,40
Olanzapina	Comprimido 5 mg	2012	9.905.672	R\$ 44.872.694,16
		2014	18.313.512	R\$ 78.638.220,53
		2015	39.791.566	R\$ 77.372.193,76
		2016	31.210.670	R\$ 57.115.526,10
		2018	12.154.590	R\$ 20.541.257,10
Olanzapina	Comprimido 10 mg	2012	17.826.816	R\$ 163.650.170,88
		2014	15.940.120	R\$ 138.710.924,24
		2015	63.280.868	R\$ 191.442.169,90
		2016	44.022.080	R\$ 125.462.928,00
		2018	21.447.150	R\$ 54.261.289,50
Pramipexol	Comprimido 0,125 mg	2014	2.308.140	R\$ 738.604,80
		2015	2.676.450	R\$ 813.640,80
		2016	2.794.710	R\$ 768.545,25
		2017	1.302.690	R\$ 340.002,09
Pramipexol	Comprimido 0,25 mg	2014	18.121.290	R\$ 13.047.328,80
		2015	20.484.120	R\$ 14.011.138,08
		2016	15.962.640	R\$ 9.848.948,88
		2017	17.892.420	R\$ 10.484.958,12

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total (R\$)
Pramipexol	Comprimido 1 mg	2014	15.487.020	R\$ 34.381.184,40
		2015	18.145.440	R\$ 38.268.732,96
		2016	15.801.300	R\$ 30.022.470,00
		2017	17.340.810	R\$ 31.300.162,05
Quetiapina	Comprimido 25 mg	2011	8.700.000	R\$ 7.830.000,00
		2012	13.995.968	R\$ 11.966.552,64
		2014	13.819.624	R\$ 9.397.344,32
		2015	14.779.380	R\$ 9.547.479,48
		2016	18.140.700	R\$ 10.547.002,98
Quetiapina	Comprimido 100 mg	2011	12.600.000	R\$ 38.682.000,00
		2012	18.862.788	R\$ 55.022.752,60
		2014	18.105.640	R\$ 28.969.024,00
		2015	19.305.870	R\$ 29.344.922,40
		2016	21.897.300	R\$ 29.955.506,40
Quetiapina	Comprimido 200 mg	2011	16.300.000	R\$ 89.813.000,00
		2012	22.015.952	R\$ 115.253.508,72
		2014	17.000.424	R\$ 61.371.530,64
		2015	18.292.980	R\$ 62.744.921,40
		2016	15.307.860	R\$ 47.255.363,82
Riluzol	Comprimido revestido 50mg	2015	2.227.512	R\$ 7.618.091,04
		2017	889.000	R\$ 2.921.480,00
		2018	2.244.760	R\$ 7.079.973,00
Ritonavir termoestável	Comprimido 100mg	2017	55.127.520	R\$ 54.576.244,80
		2018	104.001.000	R\$ 102.960.990,00
Rivastigmina	Cápsula 1,5mg	2012	6.325.500	R\$ 13.220.295,00
		2014	7.303.740	R\$ 14.534.442,60
		2015	3.862.860	R\$ 7.300.805,40
		2016	3.647.820	R\$ 6.566.076,00
Rivastigmina	Cápsula 3mg	2012	8.663.790	R\$ 20.706.458,10
		2014	10.364.910	R\$ 23.528.345,70
		2015	5.914.740	R\$ 12.716.691,00
		2016	6.750.390	R\$ 13.770.795,60
Rivastigmina	Cápsula 4,5mg	2012	4.431.240	R\$ 12.097.285,20
		2014	5.299.590	R\$ 13.725.938,10
		2015	3.039.480	R\$ 7.477.120,80
		2016	3.231.030	R\$ 7.560.610,20
Rivastigmina	Cápsula 6mg	2012	7.145.820	R\$ 19.936.837,80
		2014	8.757.360	R\$ 23.207.004,00
		2015	7.902.960	R\$ 19.836.429,60
		2016	5.665.950	R\$ 13.484.961,00
Sevelâmer	Comprimido 800mg	2015	68.930.100	R\$ 77.201.712,00
		2016	75.626.640	R\$ 82.433.037,60
		2017	77.716.080	R\$ 80.047.562,20

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total (R\$)
Tacrolimo	Cápsula 1mg	2011	28.980.000	R\$ 86.940.000,00
		2012	53.547.100	R\$ 152.609.235,00
		2013	55.885.200	R\$ 151.448.892,00
		2015	55.357.300	R\$ 126.214.644,00
		2016	64.119.400	R\$ 139.139.098,00
Tacrolimo	Cápsula 5mg	2011	1.020.000	R\$ 14.851.200,00
		2012	2.965.050	R\$ 41.006.641,50
		2013	2.540.100	R\$ 33.376.914,00
		2015	3.259.650	R\$ 36.410.290,50
		2016	4.532.400	R\$ 48.088.764,00
Tenofovir	Comprimido 300mg	2011	36.000.000	R\$ 144.720.000,00
		2012	39.600.000	R\$ 159.192.000,00
		2013	33.000.000	R\$ 126.027.000,00
		2014	48.000.000	R\$ 174.144.000,00
		2015	26.640.000	R\$ 91.817.424,00
Trastuzumabe	Pó para solução injetável (150mg)	2018	334.042	R\$ 374.693.371,30

Fonte: adaptado dos dados econômicos do Ministério da Saúde (2019)²¹.

²¹ Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/09/FASE-III---Dados-econ-micos---Aquisi---es-de-produtos-de-PDP---Plataforma-Sint--ticos--Biotecnol--gicos--Vacinas-e-Hemoderivados.pdf>. Acesso em: 22/10/2019.

APÊNDICE B – Quantidades totais unitárias, modalidade de aquisição e valores gastos (R\$) por cada aquisição realizada fora das PDPs (2005 a 2018)

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
Alfataliglicerase frasco-ampola 200U	D	2010	54.400	1.062,73	57.812.600,00	
Atazanavir Cápsula 200mg	I	2005	3.720.000	8,14	30.273.360,00	
	I	2005	3.720.000	9,39	34.930.800,00	
	I	2005	60.000	8,14	488.280,00	
	D	2005	558.420	9,39	5.243.563,80	
	I	2005	7.200.000	8,14	58.593.600,00	
	I	2006	7.200.000	8,14	58.593.600,00	
	I	2006	6.480.000	7,14	46.293.120,00	
	I	2007	4.410.000	4,56	20.109.600,00	
	I	2008	9.990.000	4,10	40.998.960,00	
	I	2009	2.004.000	5,23	10.470.900,00	
	I	2010	4.800.000	4,16	19.958.400,00	
	I	2011	5.800.000	3,47	20.129.850,00	
	I	2012	4.000.080	3,33	13.338.266,76	
	I	2013	6.000.000	3,40	20.412.000,00	
	I	2017	5.110.560	2,96	15.127.257,60	
I	2018	1.320.000	3,18	4.203.144,00		
Atazanavir Cápsula 300mg	I	2009	8.970.000	10,05	90.148.500,00	
	I	2010	10.200.000	7,52	76.683.600,00	
	I	2011	19.800.000	5,46	108.108.000,00	
	I	2012	10.000.020	5,46	54.600.109,20	
	I	2013	21.630.000	5,59	120.825.180,00	
	I	2017	51.856.680	4,32	224.020.857,60	
	I	2018	56.002.500	4,24	237.697.011,00	
Betainterferona 1A Solução injetável 22 µg	I	2010	119.718	267,75	32.054.494,50	
	I	2011	133.332	227,59	30.345.029,88	
	I	2012	153.000	185,57	28.392.210,00	
	I	2013	204.252	151,24	30.891.072,48	
	I	2014	151.524	145,95	22.114.927,80	
Betainterferona 1A Solução injetável 44 µg	D	2009	84	433,79	36.438,00	J
	D	2009	72	433,78	31.232,00	J
	I	2010	243.714	311,50	75.916.911,00	
	I	2011	253.752	264,78	67.188.454,56	
	I	2012	347.004	215,79	74.879.993,00	
	I	2013	327.084	175,87	57.524.263,08	
	I	2014	392.064	164,79	64.608.226,56	
Cabergolina	D	2005	24	32,47	779,34	J
	D	2005	24	24,41	585,75	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
Comprimido 0,5mg	D	2005	24	24,41	585,75	J
	D	2005	24	29,00	696,00	J
	D	2005	24	24,56	589,38	J
	D	2005	24	24,56	589,38	J
	D	2005	24	24,56	589,38	J
	D	2005	168	4,14	696,00	J
	D	2005	24	24,28	582,75	J
	D	2006	24	23,86	572,64	J
	D	2006	24	24,56	589,38	J
	D	2006	112	21,94	2.456,72	J
	D	2006	104	21,94	2.281,24	J
	D	2006	24	24,63	591,00	J
	D	2006	24	24,56	589,38	J
	D	2006	24	7,13	171,00	J
	D	2007	45	27,42	1.234,00	J
	D	2007	104	25,31	2.632,24	J
	D	2007	104	13,68	1.422,72	J
	D	2008	104	17,04	1.772,16	J
	D	2008	366	19,72	7.218,00	J
	D	2008	14	19,47	272,58	J
	D	2008	104	19,47	2.024,88	J
	D	2009	14	19,47	272,58	J
	D	2009	104	17,83	1.854,32	J
	D	2009	32	17,84	570,88	J
	D	2010	104	18,33	1.906,32	J
	D	2010	144	18,33	2.640,00	J
	D	2010	104	19,14	1.990,56	J
	D	2010	18	22,14	398,52	J
	D	2011	360	19,15	6.894,00	J
	D	2011	140	21,70	3.038,00	J
	D	2011	12	22,47	269,64	J
	D	2012	480	19,42	9.322,00	J
	D	2012	144	35,89	5.168,16	J
	D	2012	70	16,61	1.163,00	J
	D	2012	480	16,62	7.977,60	J
	D	2013	12	19,22	230,64	J
	D	2013	104	16,62	1.728,48	J
	D	2013	40	17,07	682,80	J
	D	2013	208	17,06	3.548,48	J
	D	2013	720	17,06	12.283,20	J
D	2013	208	16,60	3.452,80	J	
D	2014	104	17,05	1.773,20	J	
D	2014	208	17,06	3.548,48	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2014	264	17,23	4.548,72	J
	D	2014	312	17,23	5.375,76	J
	D	2015	46	20,72	953,12	J
	D	2015	2.054.896	8,50	17.466.616,00	
	D	2015	70	20,73	1.451,10	J
	D	2015	104	21,77	2.264,08	J
	D	2015	112	18,81	2.106,72	J
	D	2015	208	18,75	3.900,00	J
	D	2015	4	20,73	82,92	J
	D	2016	1.261.624	8,08	10.187.613,80	
	D	2016	72	18,84	1.356,48	J
	D	2016	12	24,72	296,64	J
	D	2016	104	18,84	1.959,36	J
	D	2016	104	18,84	1.959,36	J
	D	2016	1.330.808	7,67	10.207.297,36	
	D	2017	208	21,37	4.444,96	J
	P	2018	1.818.904	2,05	3.728.753,20	
	P	2018	4	2,05	8,20	
Clozapina Comprimido (25mg)	D	2014	480	0,86	412,80	J
	D	2014	480	0,86	412,80	J
	D	2015	360	0,96	345,60	J
	D	2015	480	0,96	460,80	J
	D	2016	2.633.520	0,29	763.720,80	
	D	2016	240	1,09	261,60	J
	D	2017	720	1,10	792,00	J
	D	2017	1.355.640	0,28	373.478,82	
	D	2018	1.473.450	0,28	405.935,48	
	D	2019	2.340.510	0,28	644.810,51	
Clozapina Comprimido (100mg)	D	2005	1.260	4,27	5.384,40	J
	D	2006	1.260	2,13	2.683,80	J
	D	2006	1.080	3,24	3.499,00	J
	D	2007	1.260	2,47	3.113,00	J
	D	2007	1.080	2,48	2.678,00	J
	D	2007	1.080	2,76	2.981,00	J
	D	2008	1.620	2,46	3.985,00	J
	D	2008	1.260	2,46	3.103,00	J
	D	2008	360	6,26	2.254,00	J
	D	2008	1.260	3,04	3.830,00	J
	D	2008	360	6,91	2.488,00	J
	D	2009	1.260	5,73	7.220,00	J
	D	2009	360	5,73	2.063,00	J
	D	2009	2.520	3,22	8.116,92	J
	D	2009	750	3,22	2.416,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2010	720	3,46	2.491,00	J
	D	2010	1.260	3,46	4.360,00	J
	D	2010	360	3,46	1.246,00	J
	D	2011	720	3,46	2.491,00	J
	D	2011	1.260	3,46	4.360,00	J
	D	2011	360	3,46	1.246,00	J
	D	2012	480	3,51	1.685,00	J
	D	2012	300	6,60	1.980,00	J
	D	2013	720	3,09	2.224,80	J
	D	2014	3.240	3,28	10.627,20	J
	D	2014	360	3,47	1.249,20	J
	D	2014	960	3,47	3.331,20	J
	D	2015	2.880	3,89	11.203,20	J
	D	2015	360	3,89	1.400,40	J
	D	2016	34.986.420	1,26	44.082.889,20	
	D	2016	720	4,41	3.175,20	J
	D	2016	26.239.830	1,26	33.062.185,80	
	D	2017	360	4,41	1.587,60	J
	D	2017	37.144.650	1,20	44.462.146,05	
	D	2018	30.375.300	1,17	35.630.226,90	
	D	2019	34.695.930	1,13	39.067.617,18	
Fator recombinante 250UI VIII	D	2011	64.000	1,46	93.600,00	J
	D	2011	32.000	2,93	93.600,00	J
	D	2012	45.000	2,14	96.188,40	J
	D	2012	12.000	1,87	22.427,00	
	D	2013	105.000.000	0,74	77.175.000,00	
Fator recombinante 500UI VIII	D	2010	39.000	1,58	61.425,00	
	D	2012	90.000	1,07	96.188,40	J
	D	2013	175.000.000	0,74	128.625.000,00	
	D	2014	420.000.000	0,84	352.800.000,00	
	D	2017	258.000.000	1,15	296.700.000,00	
Fator recombinante 1000UI VIII	D	2011	120.000	1,31	157.500,00	J
	D	2012	480.000	1,09	522.664,00	J
	D	2013	70.000.000	0,31	21.437.500,00	
Galantamina (8mg)	D	2007	182	6,49	1.181,18	J
	D	2008	182	6,47	1.177,54	J
	D	2008	182	6,63	1.206,66	J
	D	2009	182	12,37	2.251,34	J
	D	2009	371	7,02	2.604,42	J
	D	2010	180	6,18	1.112,40	J
	D	2017	126	7,47	941,22	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
Galantamina (16 mg)	D	2007	180	14,44	2.599,00	J
Galantamina (24 mg)	D	2008	180	8,21	1.478,00	J
	D	2008	196	15,25	2.989,00	J
	D	2009	364	8,69	3.163,00	J
	D	2010	196	7,65	1.499,00	J
	D	2011	196	7,77	1.523,00	J
	D	2012	480	8,02	3.850,00	J
	D	2015	252	9,04	2.278,08	J
Imatinibe (mesilato de) Comprimido revestido (100mg)	D	2005	240	38,98	9.355,20	J
	D	2005	240	38,98	9.355,20	J
	D	2005	240	38,98	9.355,20	J
	D	2005	240	38,98	9.355,20	J
	D	2006	300	38,98	11.694,00	J
	D	2006	240	38,98	9.355,20	J
	D	2006	240	38,98	9.355,20	J
	D	2006	270	43,31	11.694,00	J
	D	2006	540	38,98	21.049,20	J
	D	2006	240	38,98	9.355,20	J
	D	2006	540	38,98	21.049,20	J
	D	2006	480	38,98	18.710,40	J
	D	2006	1.080	38,98	42.098,40	J
	D	2006	720	38,98	28.065,60	J
	D	2007	480	38,98	18.710,40	J
	D	2007	1.080	38,98	42.098,00	J
	D	2007	1.080	40,40	43.632,00	J
	D	2007	720	48,70	35.064,00	J
	D	2007	480	48,71	23.379,60	J
	D	2007	1.080	48,71	52.607,00	J
	D	2007	360	48,71	17.536,00	J
	D	2007	1.080	48,71	52.604,10	J
	D	2008	720	48,56	34.963,00	J
	D	2008	1.080	48,56	52.443,54	J
	D	2008	1.080	48,56	52.445,00	J
	D	2008	1.080	48,56	52.445,00	J
	D	2008	1.080	48,56	52.445,00	J
	D	2008	720	49,78	35.842,00	J
	D	2008	1.080	49,78	53.765,10	J
	D	2008	1.080	49,78	53.762,00	J
	D	2008	1.080	49,78	53.762,00	J
	D	2008	360	49,78	17.920,80	J
D	2008	1.080	49,78	53.762,00	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2008	720	49,78	35.842,00	J
	D	2008	1.080	49,78	53.762,00	J
	D	2009	720	49,78	35.841,60	J
	D	2009	360	49,78	17.921,00	J
	D	2009	360	49,78	17.920,80	J
	D	2009	1.080	49,78	53.762,00	J
	D	2009	720	52,72	37.958,00	J
	D	2009	1.080	52,72	56.938,00	J
	D	2009	2.160	52,72	113.874,00	J
	D	2009	1.080	52,72	56.938,00	J
	D	2010	1.080	52,72	56.938,00	J
	D	2010	1.080	26,32	28.426,00	J
	D	2010	720	26,32	18.950,00	J
	D	2010	1.080	26,32	28.426,00	J
	D	2010	120	26,32	3.158,00	J
	D	2010	360	26,32	9.475,00	J
	D	2010	720	26,32	18.950,00	J
	I	2011	698.460	20,60	14.388.276,00	
	I	2011	1.258.440	20,60	25.923.864,00	
	D	2012	240	82,40	19.776,00	J
	D	2014	480	61,36	29.452,80	J
	D	2014	480	61,36	29.453,00	J
	D	2015	1.440	67,87	97.732,80	J
	D	2016	480	50,11	24.052,80	J
	D	2018	1.020.180	11,00	11.221.980,00	
	D	2018	205.440	8,28	1.701.043,20	
	P	2019	772.560	5,61	4.334.061,60	
Imatinibe (mesilato de) Comprimido revestido (400 mg)	D	2005	90	155,90	14.031,00	J
	D	2005	90	155,92	14.032,80	J
	D	2005	90	155,92	14.032,80	J
	D	2005	180	155,92	28.066,00	J
	D	2005	90	155,92	14.032,80	J
	D	2005	90	155,92	14.033,00	J
	D	2005	90	155,92	14.033,00	J
	D	2005	90	155,92	14.032,80	J
	D	2005	180	155,92	28.066,00	J
	D	2005	90	155,92	14.033,00	J
	D	2006	90	155,92	14.032,80	J
	D	2006	90	155,92	14.033,00	J
	D	2006	90	155,92	14.032,80	J
	D	2006	90	155,92	14.033,00	J
	D	2006	180	155,92	28.065,60	J
	D	2006	180	155,92	28.065,60	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2007	180	155,92	28.065,60	J
	D	2007	180	155,92	28.066,00	J
	D	2007	60	194,83	11.690,00	J
	D	2007	180	194,83	35.069,00	J
	D	2007	90	194,83	17.535,00	J
	D	2007	360	194,83	70.139,00	J
	D	2007	180	194,83	35.069,40	J
	D	2007	180	194,83	35.069,00	J
	D	2007	180	194,83	35.069,00	J
	D	2008	180	194,23	34.961,00	J
	D	2008	180	194,23	34.962,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,40	J
	D	2008	180	199,13	35.843,40	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	180	199,13	35.843,00	J
	D	2008	30	199,13	5.973,90	J
	I	2009	2.130	210,88	449.174,00	J
	D	2009	180	199,13	35.843,00	J
	D	2009	180	199,13	35.843,40	J
	D	2009	180	199,13	35.843,00	J
	D	2009	180	199,13	35.843,00	J
	D	2009	180	199,13	35.843,40	J
	D	2009	180	199,13	35.843,00	J
	D	2009	90	210,88	18.979,00	J
	D	2009	180	199,13	35.843,00	J
	D	2009	180	210,88	37.958,00	J
	D	2009	180	210,88	37.958,00	J
	D	2009	390	210,88	82.243,20	J
	D	2009	390	210,88	82.243,20	J
	D	2009	390	210,88	82.243,00	J
	D	2009	390	210,88	82.243,00	J
	D	2010	180	210,88	37.958,00	J
	D	2010	180	226,33	40.739,00	J
	D	2010	180	105,28	18.950,40	J
	D	2010	180	105,28	18.950,40	J
	I	2011	2.146.620	82,40	176.881.488,00	
	I	2011	2.022.960	82,40	166.691.904,00	
	I	2011	2.146.620	82,40	176.881.488,00	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	I	2011	2.022.960	82,40	166.691.904,00	
	D	2012	120	82,40	9.888,00	J
	D	2012	240	82,40	19.776,00	J
	D	2012	360	82,40	29.664,00	J
	D	2012	240	82,40	19.776,00	J
	D	2013	90	82,40	7.416,00	J
	D	2013	240	236,73	56.815,00	J
	D	2013	240	236,73	56.815,20	J
	D	2014	30	242,96	7.288,80	J
	D	2014	240	242,96	58.310,40	J
	D	2014	480	245,44	117.811,00	J
	D	2014	240	245,44	58.906,00	J
	D	2014	240	245,44	58.906,00	J
	D	2014	120	245,44	29.452,80	J
	D	2018	4.067.280	46,00	187.094.880,00	
	D	2018	834.330	23,28	19.423.202,40	
	P	2019	3.135.060	11,99	37.589.369,40	
Infliximabe	D	2007	3.600	1.598,67	5.755.212,00	J
Pó para solução injetável – frasco com 10ml (100mg)	D	2007	2	2.101,67	4.203,34	J
	D	2007	44	2.101,66	92.473,00	J
	D	2007	30	1.598,67	47.960,00	J
	D	2007	30	1.598,67	47.960,00	J
	D	2007	10	1.598,70	15.987,00	J
	D	2007	19	1.598,68	30.375,00	J
	D	2007	30	1.598,67	47.960,00	J
	D	2008	18	1.598,67	28.776,00	J
	D	2008	18	1.593,78	28.688,00	J
	D	2008	32	1.593,78	51.001,00	J
	D	2008	15	1.634,00	24.510,00	J
	D	2008	12	1.633,92	19.607,00	J
	D	2008	10	1.634,00	16.340,00	J
	D	2008	9	1.634,00	14.706,00	J
	D	2008	30	1.633,97	49.019,00	J
	D	2008	12	1.633,92	19.607,00	J
	D	2008	15	1.633,93	24.509,00	J
	D	2008	40	1.633,95	65.358,00	J
	D	2008	6	1.634,00	9.804,00	J
	D	2008	6	1.634,00	9.804,00	J
	D	2008	15	1.633,95	24.509,25	J
	D	2008	20	1.633,95	32.679,00	J
	D	2008	6.000	1.593,78	9.562.680,00	
	D	2009	18	1.633,94	29.411,00	J
	D	2009	6	1.634,00	9.804,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2009	15	1.633,93	24.509,00	J
	D	2009	6	1.634,00	9.804,00	J
	D	2009	14	1.633,93	22.875,00	J
	D	2009	30	1.730,37	51.911,00	J
	D	2009	10	1.730,40	17.304,00	J
	D	2009	15	1.730,33	25.955,00	J
	D	2009	15	1.730,33	25.955,00	J
	D	2009	20	1.730,35	34.607,00	J
	D	2009	12	1.730,33	20.764,00	J
	I	2010	97.893	1.480,00	144.881.640,00	
	D	2010	15	1.730,27	25.954,00	J
	D	2010	18	1.777,94	32.003,00	J
	D	2010	28	2.264,85	63.415,80	
	D	2010	15	1.778,00	26.670,00	J
	D	2010	6	1.778,00	10.668,00	J
	D	2010	28	1.777,96	49.783,00	J
	D	2010	27	1.777,96	48.005,00	J
	D	2010	9	1.778,06	16.002,54	J
	D	2010	6	1.480,00	8.880,00	J
	D	2010	3	1.480,00	4.440,00	J
	D	2010	5	1.480,00	7.400,00	J
	I	2010	214.560	1.220,00	261.763.200,00	
	D	2011	5	1.220,00	6.100,00	J
	D	2011	24	1.220,00	29.280,00	J
	I	2011	189.342	1.136,70	215.225.051,40	
	D	2012	15	1.136,70	17.050,50	J
	D	2012	20	1.942,47	38.849,40	J
	I	2013	178.908	1.023,03	183.028.251,24	
	I	2014	187.030	939,14	175.647.354,20	
Insulina NPH	D	2005	600.000	19,00	11.400.000,00	
	D	2005	200.000	18,85	3.770.000,00	
	P	2005	9.900.000	17,35	171.765.000,00	
	D	2005	800.000	18,96	15.170.000,00	
	P	2006	1.273.000	9,18	11.686.140,00	
	P	2006	450.000	9,18	4.131.000,00	
	P	2006	700.000	9,18	6.426.000,00	
	P	2006	772.100	9,18	7.087.878,00	
	P	2006	400.000	9,18	3.672.000,00	
	D	2006	2	33,83	67,66	J
	D	2006	3	35,81	107,43	J
	D	2006	1	32,68	32,68	J
	D	2006	5	30,62	153,10	J
	P	2007	1.213.000	9,18	11.135.340,00	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	P	2007	450.000	9,18	4.131.000,00	
	P	2007	1.300.000	9,18	11.934.000,00	
	P	2007	468.000	9,18	4.296.240,00	
	P	2007	1.200.000	9,18	11.016.000,00	
	P	2007	773.900	9,18	7.104.402,00	
	P	2007	1.325.000	9,18	12.163.500,00	
	P	2007	493.000	9,18	4.525.740,00	
	P	2007	776.000	9,18	7.123.680,00	
	P	2007	300.000	9,18	2.754.000,00	
	P	2007	960.900	9,18	8.821.062,00	
	D	2007	2	30,62	61,24	
	D	2007	5	34,16	170,80	J
	P	2008	300.000	9,18	2.754.000,00	
	P	2008	762.000	9,18	6.995.160,00	
	P	2008	306.000	9,18	2.809.080,00	
	P	2008	800.000	9,18	7.344.000,00	
	P	2008	350.000	9,18	3.213.000,00	
	P	2008	1.232.000	9,18	11.309.760,00	
	P	2008	1.822.600	9,18	16.731.468,00	
	P	2008	1.575.000	5,48	8.631.000,00	
	P	2008	700.000	5,48	3.836.000,00	
	P	2008	1.100.000	5,48	6.028.000,00	
	D	2008	10	10,89	108,87	J
	D	2008	10	11,18	111,80	J
	D	2008	18	12,14	218,52	J
	P	2009	1.045.000	5,48	5.726.600,00	
	P	2009	1.800.000	5,48	9.864.000,00	
	P	2009	700.000	5,48	3.836.000,00	
	P	2009	1.700.000	5,48	9.316.000,00	
	P	2009	1.200.000	5,48	6.576.000,00	
	P	2009	2.810.000	5,48	15.398.800,00	
	P	2009	1.214.000	3,28	3.981.920,00	
	D	2009	18	12,15	218,70	J
	D	2009	1	46,72	46,72	J
	D	2009	18	12,86	231,48	J
	P	2010	933.000	3,28	3.060.240,00	
	P	2010	1.214.000	3,28	3.981.920,00	
	P	2010	1.633.000	3,28	5.356.240,00	
	P	2010	1.214.000	3,28	3.981.920,00	
	P	2010	1.033.000	3,28	3.388.240,00	
	P	2010	900.000	3,28	2.952.000,00	
	P	2010	1.500.000	3,28	4.920.000,00	
	P	2010	800.000	3,28	2.624.000,00	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	P	2010	1.400.000	3,28	4.592.000,00	
	P	2010	1.017.000	3,28	3.335.760,00	
	P	2010	642.000	3,28	2.105.760,00	
	P	2010	1.750.000	3,28	5.740.000,00	
	D	2010	18	13,22	237,96	J
	D	2010	15	12,17	182,55	J
	D	2010	18	13,97	251,46	J
	P	2011	600.000	3,28	1.968.000,00	
	P	2011	906.000	3,28	2.971.680,00	
	P	2011	500.000	3,28	1.640.000,00	
	P	2011	1.400.000	3,28	4.592.000,00	
	P	2011	600.000	3,28	1.968.000,00	
	P	2011	1.600.000	3,28	5.248.000,00	
	P	2011	700.000	2,69	1.883.000,00	
	P	2011	2.200.000	2,69	5.918.000,00	
	P	2011	900.000	2,69	2.421.000,00	
	P	2011	4.344.000	2,69	11.685.360,00	
	D	2011	20	12,89	257,80	J
	D	2011	24	14,18	340,32	J
	D	2011	24	14,18	340,32	J
	P	2012	908.000	4,58	4.158.640,00	
	P	2012	1.229.200	4,58	5.629.736,00	
	P	2012	1.680.000	4,58	7.694.400,00	
	P	2012	1.550.000	4,58	7.099.000,00	
	P	2012	1.000.000	4,58	4.580.000,00	
	D	2012	20	26,58	531,60	J
	D	2012	16	26,58	425,28	J
	P	2013	1.500.000	4,58	6.870.000,00	
	P	2013	2.000.000	4,58	9.160.000,00	
	P	2013	1.500.000	4,58	6.870.000,00	
	P	2013	5.632.800	4,58	25.798.224,00	
	D	2013	5.269.800	11,35	59.812.230,00	
	D	2013	25	13,37	334,25	J
	D	2013	16	10,20	163,20	J
	D	2013	5.269.800	11,35	59.812.230,00	
	D	2013	20	15,01	300,20	J
	P	2014	9.902.500	11,60	114.869.000,00	
	D	2014	112	5,50	616,00	J
	D	2014	20	11,32	226,40	J
	D	2014	10	11,43	114,30	J
	D	2014	24	12,42	298,00	J
	D	2014	16	12,42	198,72	J
	D	2014	24	12,42	298,08	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	P	2015	12.600.000	8,79	110.754.000,00	
	P	2015	11.400.000	8,79	100.206.000,00	
	D	2015	18	12,92	232,56	J
	D	2015	25	11,88	297,00	J
	D	2015	24	12,92	310,00	J
	D	2015	10	11,88	118,80	J
	D	2015	20	11,88	237,60	J
	D	2015	22	12,92	284,24	J
	D	2015	25	12,48	312,00	J
	D	2015	115	12,48	1.435,00	J
	D	2015	15	12,48	187,20	J
	D	2015	35	15,05	526,75	J
	D	2015	22	13,55	298,10	J
	D	2015	24	13,54	325,00	J
	D	2015	10	12,48	124,80	J
	D	2015	24	13,56	325,44	J
	D	2016	15	12,48	187,20	J
	D	2016	112	13,40	1.501,00	J
	D	2016	34	13,40	455,60	J
	D	2016	52	13,57	705,64	J
	D	2016	24	15,08	362,00	J
	D	2016	24	15,40	369,60	J
	D	2016	10	15,40	154,00	J
	D	2016	18	15,39	277,00	J
	P	2017	8.461.254	10,50	88.843.167,00	
	D	2017	112	15,40	1.725,00	J
	P	2018	8.461.254	10,50	88.843.167,00	
	P	2018	4.354.127	11,30	49.201.635,10	
Insulina regular	D	2005	3	30,41	91,23	J
	D	2006	3	27,96	83,88	J
	D	2006	3	27,96	83,88	J
	D	2006	30	29,03	870,90	J
	D	2006	3	17,90	53,70	J
	D	2006	10	16,90	169,04	J
	D	2006	4	61,14	244,56	J
	D	2006	3	34,55	103,65	J
	D	2007	10	16,90	169,04	J
	D	2007	10	16,90	169,04	J
	D	2007	8	33,02	264,16	J
	D	2007	2	34,16	68,32	J
	D	2007	8	22,03	176,24	J
	D	2007	2	22,04	44,08	J
	D	2007	5	22,03	110,15	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	P	2008	214.200	8,19	1.754.298,00	
	P	2008	303.750	8,19	2.487.712,50	
	P	2008	357.600	8,19	2.928.744,00	
	D	2008	6	21,83	130,95	J
	D	2008	6	11,89	71,33	J
	D	2008	4	21,97	87,87	J
	D	2008	6	17,30	103,80	J
	D	2008	6	46,72	280,32	J
	D	2008	5	11,16	55,80	J
	P	2009	108.450	8,19	888.205,50	
	P	2009	278.200	8,19	2.278.458,00	
	P	2009	260.000	8,19	2.129.400,00	
	P	2009	350.200	8,19	2.868.138,00	
	D	2009	6	22,52	135,12	J
	D	2009	6	22,52	135,12	J
	D	2009	3	22,52	67,56	J
	D	2009	2	42,20	84,40	J
	D	2009	6	12,86	77,16	J
	D	2009	11	11,18	122,98	J
	D	2009	6	23,85	143,10	J
	D	2009	3	23,68	71,04	J
	D	2009	10	11,84	118,40	J
	P	2010	300.000	8,19	2.457.000,00	
	P	2010	311.600	8,19	2.552.004,00	
	P	2010	300.000	3,80	1.140.000,00	
	D	2010	10	12,71	127,10	J
	P	2011	350.000	3,80	1.330.000,00	
	P	2011	280.000	4,60	1.288.000,00	
	P	2011	400.000	4,60	1.840.000,00	
	P	2011	420.000	3,77	1.583.400,00	
	P	2011	400.000	3,77	1.508.000,00	
	D	2011	10	12,89	128,90	J
	P	2012	375.000	4,58	1.717.500,00	
	P	2012	500.000	4,58	2.290.000,00	
	P	2012	600.000	4,58	2.748.000,00	
	P	2013	525.000	4,58	2.404.500,00	
	D	2013	930.400	11,35	10.560.040,00	
	D	2013	6	12,00	72,00	J
	D	2013	930.400	11,35	10.560.040,00	
	P	2013	850.000	11,29	9.596.500,00	
	D	2014	16	12,30	196,80	J
	D	2014	5	11,40	57,00	J
	D	2014	20	11,43	228,60	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2014	12	12,42	149,04	J
	D	2014	112	12,42	1.391,04	J
	D	2014	28	12,43	348,00	J
	P	2014	2.650.000	11,29	29.918.500,00	
	D	2015	4	12,92	51,68	J
	D	2015	8	12,92	103,36	J
	D	2015	20	11,88	237,60	J
	D	2015	16	12,92	206,72	J
	D	2015	5	12,48	62,40	J
	D	2015	20	12,48	249,60	J
	P	2015	2.100.000	8,80	18.480.000,00	
	P	2015	1.400.000	8,80	12.320.000,00	
	D	2016	12	13,42	161,00	J
	D	2016	4	13,57	54,28	J
	D	2016	20	15,40	308,00	J
	D	2016	12	15,40	184,80	J
	D	2017	8	15,40	123,20	J
	P	2017	2.627.388	10,60	27.850.312,80	
	P	2018	896.689	11,30	10.132.585,70	
	Leflunomida Comprimido 20mg	D	2005	90	5,69	512,10
D		2005	90	5,95	535,50	J
D		2005	90	5,96	536,00	J
D		2005	90	6,02	541,80	J
D		2005	90	9,06	815,00	J
D		2005	90	6,02	542,00	J
D		2005	90	6,02	542,00	J
D		2006	90	8,41	756,90	J
D		2006	90	6,02	541,80	J
D		2006	90	8,57	771,30	J
D		2006	90	7,27	654,00	J
D		2006	90	8,86	797,00	J
D		2006	180	8,65	1.557,00	J
D		2006	90	8,66	779,00	J
D		2006	180	8,65	1.557,00	J
D		2007	60.000	6,28	376.800,00	J
D		2007	180	8,40	1.512,00	J
D		2007	90	6,26	563,00	J
D		2007	180	8,72	1.570,00	J
D		2007	90	5,79	521,00	J
D		2007	60.000	6,28	376.800,00	J
D		2007	180	4,75	855,00	J
D		2008	90	4,74	427,00	J
D		2008	60.000	4,74	284.400,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2008	180	4,86	875,00	J
	D	2008	180	4,86	875,00	J
	D	2008	90	4,86	437,00	J
	D	2008	60.000	4,74	284.400,00	J
	D	2009	30	4,87	146,00	J
	D	2009	180	4,86	875,00	J
	D	2009	180	4,86	874,62	J
	D	2009	90	4,90	441,00	J
	D	2009	90	4,77	429,00	J
	D	2009	390	5,15	2.007,00	J
	D	2010	90	11,66	1.049,00	J
	D	2010	90	5,16	464,00	J
	D	2011	180	5,52	994,00	J
	D	2012	240	5,67	1.360,80	J
	D	2012	120	5,86	703,00	J
	D	2012	240	12,49	2.997,60	J
	D	2013	720	6,00	4.320,00	J
	D	2013	360	6,00	2.160,00	J
	D	2014	60	5,99	359,40	J
	D	2015	20	12,48	249,60	J
	P	2015	3.443.730	4,25	14.635.852,50	
	P	2015	8.752.890	4,25	37.199.782,50	
	P	2015	4.065.480	4,25	17.278.290,00	
Micofenolato de sódio	I	2010	1.573.680	3,06	4.815.460,80	
	I	2011	2.106.840	2,85	6.004.494,00	
Comprimido revestido 180mg	I	2012	2.728.560	2,74	7.476.254,40	
	I	2013	2.981.280	2,54	7.572.451,20	
	D	2017	808.680	1,03	834.557,76	
	P	2017	1.121.760	1,89	2.120.126,40	
Miconenolato de sódio	I	2010	15.423.720	6,12	94.393.166,40	
	I	2011	16.669.800	5,70	95.017.860,00	
Comprimido revestido 360mg	I	2012	26.146.560	5,47	143.021.683,20	
	I	2013	32.157.720	5,09	163.682.794,80	
	D	2017	6.931.680	2,13	14.729.820,00	
	P	2017	22.823.280	2,16	49.298.284,80	
	P	2017	7.607.640	2,16	16.432.502,40	
Olanzapina	D	2005	280	9,27	2.595,60	J
Comprimido 5mg	D	2008	634	5,92	3.755,00	J
	D	2009	364	6,07	2.209,00	J
	D	2009	84	5,34	448,30	J
	D	2009	756	6,43	4.861,00	J
	D	2010	196	12,12	2.375,52	J
	D	2010	364	5,72	2.082,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2011	196	12,28	2.406,88	J
	D	2011	504	4,55	2.293,00	J
	D	2012	240	9,37	2.248,80	J
	P	2012	5.000	3,09	15.450,00	
	D	2014	364	6,56	2.387,84	J
	D	2015	150	3,25	487,50	J
	D	2016	180	4,13	743,40	J
	D	2018	3.649.380	1,69	6.167.452,20	
	D	2018	8.505.210	1,69	14.373.804,90	
Olanzapina	D	2005	112	17,69	1.981,28	J
Comprimido (10mg)	D	2005	120	17,67	2.120,16	J
	D	2005	112	18,93	2.120,16	J
	D	2006	224	18,93	4.240,32	J
	D	2006	156	18,75	2.925,00	J
	D	2006	360	18,57	6.683,43	J
	D	2007	196	15,26	2.990,96	J
	D	2007	364	18,54	6.750,25	J
	D	2007	196	18,55	3.635,00	J
	D	2007	364	11,87	4.321,00	J
	D	2007	196	22,79	4.467,00	J
	D	2007	364	22,79	8.295,56	J
	D	2007	168	9,86	1.656,00	J
	D	2008	364	11,85	4.312,09	J
	D	2008	364	12,15	4.421,22	J
	D	2008	364	12,15	4.421,00	J
	D	2008	196	12,15	2.381,00	J
	D	2008	364	12,14	4.419,00	J
	D	2008	392	12,14	4.758,88	J
	D	2008	364	12,14	4.418,96	J
	D	2008	364	12,14	4.419,00	J
	D	2008	196	12,14	2.379,00	J
	D	2009	364	12,14	4.418,96	J
	D	2009	364	12,14	4.419,00	J
	D	2009	140	12,14	1.699,60	J
	D	2009	364	22,90	8.335,60	J
	D	2009	364	12,14	4.418,96	J
	D	2009	196	12,86	2.521,00	J
	D	2009	364	12,86	4.681,00	J
	D	2009	364	12,70	4.622,80	J
	D	2009	168	10,67	1.793,20	J
	D	2009	364	12,86	4.681,04	J
	D	2009	364	24,25	8.827,00	J
	D	2009	364	24,25	8.827,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2010	392	12,86	5.041,00	J
	D	2010	364	12,86	4.681,04	J
	D	2010	364	12,86	4.681,00	J
	D	2010	364	13,22	4.812,00	J
	D	2010	364	12,70	4.622,80	J
	D	2010	364	13,22	4.812,08	J
	D	2010	364	13,20	4.805,00	J
	D	2010	364	11,46	4.171,44	J
	D	2010	364	11,46	4.171,00	J
	D	2010	364	11,46	4.171,00	J
	D	2010	364	11,46	4.171,44	J
	D	2010	364	11,46	4.171,44	J
	D	2011	720	11,46	8.251,00	J
	D	2011	196	11,46	2.246,00	J
	D	2011	364	11,46	4.171,00	J
	D	2011	504	11,23	5.659,92	J
	D	2011	480	12,21	5.862,00	J
	D	2011	504	11,80	5.947,20	J
	D	2011	504	10,95	5.518,80	J
	D	2012	504	10,95	5.518,80	J
	D	2012	360	2,10	756,00	J
	D	2012	728	12,35	8.991,00	J
	D	2012	720	2,80	2.016,00	J
	D	2013	728	7,90	5.751,20	J
	D	2013	364	7,90	2.875,60	J
	D	2014	728	13,12	9.551,36	J
	D	2014	728	13,12	9.551,36	J
	D	2014	720	5,40	3.888,00	J
	D	2014	270	14,40	3.888,00	J
	D	2014	720	5,40	3.888,00	J
	D	2014	360	3,33	1.199,00	J
	D	2015	360	5,40	1.944,00	J
	D	2015	728	15,53	11.306,00	J
	D	2016	720	17,42	12.542,00	J
	D	2017	360	5,04	1.814,40	J
	D	2017	720	5,80	4.176,00	J
	D	2017	1.680	18,19	30.559,20	J
	D	2018	20.114.190	2,53	50.888.900,70	
	D	2018	1.332.960	2,53	3.372.388,80	
	D	2018	600	3,88	2.328,00	J
	D	2019	540	18,50	9.990,00	J
Pramipexol Comprimido 0,125mg	D	2012	240	0,50	120,00	J
Pramipexol Comprimido 0,125mg	D	2013	1.080	0,50	540,00	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
Pramipexol Comprimido 0,25mg	D	2008	360	1,35	486,00	J
	D	2009	360	1,42	511,20	J
	D	2009	750	1,43	1.072,50	J
	D	2010	1.080	1,53	1.652,40	J
	D	2012	1.440	1,56	2.246,40	J
	D	2012	480	1,33	638,40	J
	D	2013	720	1,19	856,80	J
	D	2013	2.160	1,37	2.959,20	J
	D	2013	1.080	1,26	1.360,80	J
	D	2014	420	0,99	415,80	J
	D	2014	1.440	1,38	1.987,20	J
	D	2015	1.080	1,50	1.620,00	J
	D	2015	1.110	0,52	577,20	J
	D	2015	720	1,50	1.080,00	J
	D	2016	1.080	0,66	712,80	J
	D	2016	720	1,30	936,00	J
Pramipexol Comprimido 1mg	D	2005	300	5,40	1.620,10	J
	D	2005	180	5,53	995,40	J
	D	2005	180	6,29	1.132,20	J
	D	2005	450	6,29	2.830,50	J
	D	2005	270	6,29	1.698,30	J
	D	2005	300	6,29	1.887,00	J
	D	2005	180	5,85	1.053,00	J
	D	2005	450	6,29	2.830,50	J
	D	2005	300	5,59	1.677,00	J
	D	2005	270	6,23	1.682,10	J
	D	2005	450	6,63	2.984,85	J
	D	2005	180	5,59	1.006,20	J
	D	2006	450	5,75	2.588,10	J
	D	2006	270	4,81	1.298,70	J
	D	2006	300	5,59	1.677,00	J
	D	2006	180	7,24	1.303,20	J
	D	2006	270	5,96	1.609,20	J
	D	2006	270	5,05	1.364,40	J
	D	2006	300	5,79	1.735,70	J
	D	2006	450	6,15	2.768,40	J
	D	2006	600	5,23	3.138,00	J
	D	2006	180	6,15	1.107,36	J
	D	2006	540	5,23	2.824,20	J
	D	2006	540	5,23	2.824,20	J
	D	2006	540	5,19	2.802,60	J
	D	2006	630	5,23	3.294,90	J
D	2006	540	5,23	2.824,20	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2007	990	5,23	5.177,60	J
	D	2007	570	5,23	2.981,10	J
	D	2007	540	6,44	3.477,60	J
	D	2007	540	5,23	2.824,20	J
	D	2007	540	7,30	3.942,00	J
	D	2007	990	3,91	3.870,90	J
	D	2007	570	3,98	2.268,60	J
	D	2007	540	7,47	4.033,80	J
	D	2007	540	3,98	2.149,20	J
	D	2008	360	2,45	882,00	J
	D	2008	360	8,50	3.060,00	J
	D	2008	570	3,97	2.262,90	J
	D	2008	540	4,07	2.197,42	J
	D	2008	540	7,61	4.109,40	J
	D	2008	990	8,22	8.137,80	J
	D	2008	570	4,05	2.308,50	J
	D	2008	360	4,06	1.462,00	J
	D	2008	540	4,06	2.192,40	J
	D	2009	990	7,33	7.256,70	J
	D	2009	570	7,33	4.180,00	J
	D	2009	360	4,06	1.462,00	J
	D	2009	540	4,30	2.322,00	J
	D	2009	1.110	4,31	4.784,10	J
	D	2009	900	4,31	3.879,00	J
	D	2009	1.110	4,31	4.784,10	J
	D	2010	540	4,31	2.327,40	J
	D	2010	630	4,31	2.715,30	J
	D	2010	540	4,60	2.484,00	J
	D	2010	900	4,62	4.158,00	J
	D	2010	630	4,63	2.917,00	J
	D	2010	540	4,63	2.500,20	J
	D	2010	540	4,50	2.428,22	J
	D	2011	900	4,63	4.167,00	J
	D	2011	540	4,63	2.500,00	J
	D	2011	630	4,63	2.917,00	J
	D	2011	450	4,63	2.083,50	J
	D	2011	180	4,25	765,00	J
	D	2011	480	4,25	2.040,00	J
	D	2011	480	2,53	1.214,00	J
	D	2011	90	4,69	422,10	J
	D	2012	1.080	2,70	2.916,00	J
	D	2012	1.200	3,49	4.188,00	J
	D	2012	720	4,01	2.887,20	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2012	360	3,57	1.285,20	J
	D	2013	1.080	2,80	3.024,00	J
	D	2013	450	3,53	1.588,50	J
	D	2013	630	4,12	2.595,60	J
	D	2014	1.080	4,16	4.492,80	J
	D	2014	450	4,16	1.872,00	J
	D	2014	1.800	4,16	7.488,00	J
	D	2015	1.080	4,54	4.903,20	J
	D	2016	1.080	3,40	3.672,00	J
	D	2016	1.080	2,53	2.732,40	J
	D	2017	540	3,30	1.782,00	J
Quetiapina Comprimido 25mg	D	2006	360	1,82	655,20	J
	D	2006	588	1,87	1.097,88	J
	D	2006	728	1,82	1.324,96	J
	D	2007	252	1,81	457,02	J
	D	2007	720	1,85	1.332,00	J
	D	2007	336	1,83	615,60	J
	D	2007	364	2,15	783,90	J
	D	2007	280	1,84	515,20	J
	D	2007	540	2,44	1.317,60	J
	D	2007	336	1,38	463,44	J
	D	2008	280	1,37	384,72	J
	D	2008	546	2,64	1.441,44	J
	D	2008	336	1,40	470,40	J
	D	2008	182	1,40	254,80	J
	D	2008	364	1,40	509,60	J
	D	2008	350	1,40	490,00	J
	D	2008	182	1,40	254,80	J
	D	2008	546	1,40	764,40	J
	D	2009	364	2,62	953,68	J
	D	2009	280	1,40	392,00	J
	D	2009	180	1,40	252,00	J
	D	2009	546	2,81	1.534,26	J
	D	2009	280	2,81	786,80	J
	D	2010	182	1,53	278,46	J
	D	2010	546	1,53	835,38	J
	D	2010	182	2,89	525,98	J
	D	2012	728	1,62	1.179,36	J
	D	2012	280	0,22	61,60	J
	D	2014	728	1,52	1.106,56	J
	D	2014	364	0,93	338,52	J
D	2014	1.330	0,93	1.236,90	J	
D	2015	728	1,68	1.223,04	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2015	480	1,09	523,20	J
	D	2015	510	0,69	351,90	J
	D	2016	480	0,70	336,00	J
	D	2017	14.515.080	0,51	7.402.690,80	
	D	2018	19.864.770	0,48	9.535.089,60	
Quetiapina Comprimido 100mg	D	2006	364	6,05	2.202,20	J
	D	2006	180	6,05	1.089,00	J
	D	2006	224	7,09	1.588,40	J
	D	2006	196	6,00	1.176,00	J
	D	2007	924	5,60	5.174,40	J
	D	2007	196	7,58	1.485,68	J
	D	2008	196	4,58	896,76	J
	D	2008	196	8,16	1.599,36	J
	D	2008	364	4,69	1.707,16	J
	D	2008	196	8,16	1.599,36	J
	D	2008	364	4,68	1.703,52	J
	D	2008	280	4,69	1.313,00	J
	D	2008	196	8,16	1.599,36	J
	D	2008	196	8,16	1.599,36	J
	D	2008	560	4,69	2.626,40	J
	D	2009	364	4,68	1.703,52	J
	D	2009	280	4,69	1.313,00	J
	D	2009	728	4,69	3.414,32	J
	D	2009	196	8,84	1.732,64	J
	D	2009	196	8,84	1.732,64	J
	D	2009	560	4,97	2.782,00	J
	D	2009	756	4,96	3.749,76	J
	D	2009	1.120	4,96	5.555,20	J
	D	2009	1.484	4,96	7.360,64	J
	D	2010	196	4,97	974,12	J
	D	2010	196	5,33	1.044,68	J
	D	2010	120	6,22	746,00	J
	D	2011	532	5,33	2.836,13	J
	D	2011	196	5,33	1.044,68	J
	D	2011	252	9,40	2.368,80	J
	D	2011	252	9,90	2.494,80	J
	D	2011	252	9,90	2.494,80	J
	D	2012	336	2,50	840,00	J
	D	2013	360	3,73	1.342,80	J
D	2013	252	4,76	1.199,52	J	
D	2013	364	5,07	1.845,48	J	
D	2014	364	5,35	1.947,40	J	
D	2014	2.520	3,25	8.190,00	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2015	480	2,83	1.358,40	J
	D	2016	480	2,38	1.142,40	J
	D	2016	360	2,38	856,80	J
	D	2016	180	2,70	486,00	J
	D	2016	360	3,10	1.116,00	J
	D	2017	23.405.490	1,30	30.403.731,51	
	D	2017	360	3,90	1.404,00	J
	D	2018	24.285.090	1,28	31.084.915,20	
Quetiapina	D	2006	224	14,25	3.192,72	J
Comprimido 200mg	D	2006	448	12,76	5.714,56	J
	D	2006	900	10,80	9.720,00	J
	D	2007	900	11,17	10.053,00	J
	D	2007	900	6,85	6.166,53	J
	D	2008	900	8,22	7.398,00	J
	D	2008	196	15,19	2.977,24	J
	D	2009	364	8,92	3.247,00	J
	D	2012	364	8,58	3.123,12	J
	D	2016	750	5,90	4.425,00	J
	D	2017	16.717.380	2,81	46.975.837,80	
	D	2018	21.516.180	2,75	59.255.559,72	
Riluzol	D	2006	392	24,06	9.433,13	J
Comprimido revestido 50mg	D	2006	728	24,06	17.518,67	J
	D	2007	392	16,99	6.660,08	J
	D	2007	728	15,76	11.473,00	J
	D	2007	360	15,76	5.674,00	J
	D	2007	360	15,76	5.674,00	J
	D	2007	54.000	17,10	923.400,00	J
	D	2007	728	12,92	9.406,00	J
	D	2008	728	34,61	25.196,00	J
	D	2008	392	13,21	5.178,00	J
	D	2009	392	13,99	5.484,00	J
	D	2010	392	14,04	5.504,00	J
	D	2011	392	15,02	5.888,00	J
	D	2011	360	15,02	5.407,00	J
	D	2011	480	15,24	7.315,00	J
	D	2012	280	15,24	4.267,00	J
	D	2012	504	15,71	7.917,84	J
	D	2013	504	16,12	8.124,48	J
	D	2014	728	16,28	11.852,00	J
	D	2016	448	8,95	4.009,60	J
	D	2016	392	8,95	3.508,40	J
Ritonavir termoestável	D	2005	3.200.000	1,28	4.096.000,00	
	P	2005	2.520.000	1,28	3.225.600,00	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
Comprimido 100mg	P	2006	11.854.080	1,28	15.173.222,40	
	P	2007	11.425.008	0,55	6.280.721,08	
	P	2008	14.952.000	0,49	7.335.226,92	
	P	2009	15.300.000	0,59	9.000.000,00	
	P	2011	18.000.000	0,55	9.922.176,00	
	P	2012	20.700.000	0,84	17.284.500,00	
	D	2013	20.700.000	0,83	17.139.600,00	
	D	2014	7.050.000	0,91	6.408.450,00	
	P	2014	36.167.130	0,74	26.781.759,77	
	D	2017	22.282.440	0,87	19.385.722,80	
Rivastigmina Cápsula 1,5mg	D	2005	168	4,03	676,38	J
	D	2005	280	4,46	1.248,80	J
	D	2005	140	3,94	551,95	J
	D	2006	280	4,33	1.212,40	J
	D	2006	140	4,33	606,65	J
	D	2006	196	3,90	764,00	J
	D	2006	280	4,22	1.181,60	J
	D	2006	140	4,11	575,40	J
	D	2006	196	4,06	796,11	J
	D	2006	112	4,10	459,60	J
	D	2006	112	4,10	459,60	J
	D	2006	360	4,00	1.440,00	J
	D	2007	364	4,09	1.487,85	J
	D	2007	364	4,09	1.488,76	J
	D	2007	364	4,09	1.488,76	J
	D	2007	364	4,15	1.509,00	J
	D	2007	364	4,58	1.667,25	J
	D	2007	364	4,86	1.768,00	J
	D	2007	360	2,43	875,00	J
	D	2007	364	2,43	885,00	J
	D	2008	364	5,61	2.042,04	J
	D	2008	364	5,82	2.118,00	J
	D	2008	364	2,99	1.088,00	J
	D	2008	364	2,99	1.088,36	J
	D	2008	364	8,06	2.933,00	J
	D	2009	360	5,63	2.027,00	J
	D	2009	364	5,65	2.056,60	J
	D	2009	364	3,00	1.092,00	J
	D	2009	364	3,18	1.158,00	J
	D	2009	392	3,18	1.245,00	J
D	2009	728	3,18	2.315,00	J	
D	2010	364	3,41	1.241,00	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2010	364	3,41	1.241,00	J
	D	2011	364	3,41	1.241,00	J
	D	2011	504	3,46	1.744,00	J
	D	2012	728	3,57	2.598,96	J
	P	2017	329.730	1,71	563.838,30	
	P	2017	989.280	1,21	1.197.028,80	
	D	2018	2.459.460	1,21	2.975.946,60	
Rivastigmina Cápsula 3mg	D	2005	84	4,63	388,74	J
	D	2005	364	4,98	1.811,03	J
	D	2005	112	4,49	503,20	J
	D	2005	364	5,36	1.949,35	J
	D	2006	364	4,78	1.739,92	J
	D	2006	112	2,49	278,62	J
	D	2006	168	4,94	829,92	J
	D	2006	112	4,94	553,28	J
	D	2006	196	4,65	911,12	J
	D	2006	364	5,21	1.895,01	J
	D	2006	270	4,82	1.302,00	J
	D	2006	56	4,72	264,32	J
	D	2006	112	4,72	529,00	J
	D	2006	112	4,71	527,56	J
	D	2006	560	4,70	2.632,00	J
	D	2006	360	4,76	1.713,00	J
	D	2006	360	4,60	1.656,00	J
	D	2006	728	4,60	3.348,80	J
	D	2006	112	4,71	527,56	J
	D	2006	252	4,60	1.159,20	J
	D	2007	364	4,60	1.674,00	J
	D	2007	360	5,51	1.984,00	J
	D	2007	540	4,77	2.576,00	J
	D	2007	364	4,71	1.714,57	J
	D	2007	728	4,76	3.463,46	J
	D	2007	364	5,26	1.914,00	J
	D	2007	364	5,71	2.080,00	J
	D	2007	540	2,89	1.562,00	J
	D	2008	360	6,67	2.401,00	J
	D	2008	360	6,67	2.401,00	J
	D	2008	360	6,67	2.401,00	J
	D	2008	540	3,43	1.852,20	J
	D	2008	560	3,45	1.932,00	J
D	2008	360	3,45	1.242,00	J	
D	2009	168	3,45	579,60	J	
D	2009	540	6,71	3.623,20	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2009	360	3,48	1.252,00	J
	D	2009	360	7,44	2.679,00	J
	D	2009	364	6,88	2.504,32	J
	D	2009	336	6,88	2.311,68	J
	D	2009	756	3,65	2.759,40	J
	D	2009	1.092	3,65	3.985,80	J
	D	2010	364	3,75	1.365,00	J
	D	2010	364	3,75	1.365,00	J
	D	2010	364	3,91	1.423,24	J
	D	2010	196	3,91	766,36	J
	D	2011	224	3,97	889,28	J
	D	2011	252	3,97	1.000,00	J
	P	2017	1.926.990	1,94	3.738.360,60	
	D	2018	3.680.340	1,94	7.139.859,60	
Rivastigmina Cápsula 4,5mg	D	2006	196	5,41	1.060,36	J
	D	2006	196	5,54	1.085,84	J
	D	2006	164	9,46	1.550,64	J
	D	2006	252	4,26	1.073,52	J
	D	2007	140	5,34	748,15	J
	D	2007	364	6,18	2.249,52	J
	D	2007	364	5,40	1.964,56	J
	D	2007	360	9,00	3.240,00	J
	D	2007	364	7,24	2.635,36	J
	D	2008	360	7,89	2.839,00	J
	D	2008	364	7,79	2.835,56	J
	D	2008	364	3,90	1.419,60	J
	D	2008	360	7,88	2.836,00	J
	D	2009	364	7,36	2.679,04	J
	D	2009	756	4,14	3.127,65	J
	D	2011	504	4,51	2.273,04	J
	D	2011	504	4,51	2.273,04	J
	D	2012	728	8,15	5.933,20	J
	P	2017	950.760	2,22	2.110.687,20	
	D	2018	1.898.460	2,22	4.214.581,20	
Rivastigmina Cápsula 6mg	D	2005	196	3,87	758,52	J
	D	2005	112	5,36	600,08	J
	D	2005	112	5,24	586,88	J
	D	2006	112	5,76	645,08	J
	D	2006	112	5,47	612,64	J
	D	2007	364	3,23	1.175,72	J
	D	2008	364	3,23	1.175,72	J
	D	2008	364	3,22	1.172,08	J
	D	2008	360	3,99	1.436,40	J

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2009	364	4,22	1.536,80	J
	D	2010	364	4,29	1.561,56	J
	D	2010	364	4,53	1.649,00	J
	D	2011	364	4,53	1.648,92	J
	D	2011	504	4,60	2.318,00	J
	D	2011	504	4,60	2.318,40	J
	D	2012	168	8,40	1.411,20	J
	D	2014	728	4,03	2.933,84	J
	D	2015	728	4,45	3.239,60	J
	P	2017	180.840	2,26	408.698,40	
	P	2017	542.550	1,37	743.293,50	
	D	2018	5.185.470	1,37	7.104.093,90	
Sevelâmer Comprimido 800mg	P	2009	41.729.040	0,90	37.490.000,00	
	P	2010	16.110.000	0,80	12.873.501,00	
	P	2010	48.330.000	0,80	38.620.503,00	
	P	2011	71.427.600	0,64	45.713.664,00	
	D	2012	71.427.600	0,64	45.713.664,00	
	P	2013	40.969.440	1,07	43.980.693,84	
	P	2013	40.969.080	1,07	43.980.307,38	
	P	2014	42.520.320	1,15	48.792.067,20	
	P	2014	21.260.160	1,15	24.396.033,60	
	D	2016	720	3,36	2.419,20	J
Tacrolimo Cápsula 1mg	D	2007	800	4,79	3.832,00	J
	D	2007	1.100	3,93	4.323,00	J
	D	2007	800	3,93	3.144,00	J
	D	2008	1.100	3,92	4.312,00	J
	D	2008	800	3,92	3.136,00	J
	D	2008	1.300	4,02	5.226,00	J
	D	2009	1.300	4,02	5.226,00	J
	D	2009	800	4,02	3.216,00	J
	D	2009	2.555	4,26	10.884,30	J
	D	2009	1.500	4,26	6.390,00	J
	I	2010	24.079.300	3,70	88.973.014,00	
	D	2010	1.300	4,37	5.681,00	J
	D	2010	400	4,56	1.824,00	J
	D	2010	400	4,57	1.828,00	J
	D	2010	400	4,57	1.828,00	J
	D	2010	1.300	4,56	5.928,00	J
	I	2011	38.582.108	3,15	121.533.640,00	
	D	2011	1.000	5,58	5.580,00	J
	D	2012	1.000	4,77	4.770,00	J
	D	2013	1.450	4,90	7.105,00	J
D	2014	500	5,90	2.950,00	J	

Produto	Modalidade licitação	Ano	Quantidade adquirida	Valor unitário (R\$)	Valor total compra (R\$)	Obs.
	D	2015	2.400	5,15	12.360,00	J
	D	2015	750	3,70	2.775,00	J
	D	2015	2.400	5,25	12.600,00	J
	D	2016	1.450	5,98	8.671,00	J
	P	2017	27.403.500	0,39	10.687.365,00	
	P	2017	21.501.400	0,39	8.385.546,00	
	D	2018	800	6,00	4.800,00	J
	P	2018	16.301.600	0,67	10.922.072,00	
	P	2018	57.723.700	0,78	45.024.486,00	
	P	2018	19.200.000	0,78	14.976.000,00	
Tacrolimo Cápsula 5mg	D	2010	200	22,84	4.568,00	J
	D	2010	200	22,84	4.568,00	J
	D	2015	200	11,50	2.300,00	J
	D	2015	400	18,50	7.400,00	J
	P	2017	1.261.300	1,90	2.396.470,00	
	P	2017	551.050	1,90	1.046.995,00	
	P	2018	604.100	2,69	1.625.029,00	
	P	2018	3.455.400	2,89	9.986.106,00	
Tenofovir Comprimido 300mg	I	2005	1.800.000	23,04	41.472.000,00	
	I	2005	3.978.000	18,46	73.423.537,20	
	I	2006	8.100.000	9,50	76.950.000,00	
	I	2007	10.500.000	8,55	89.775.000,00	
	I	2008	11.400.000	7,60	86.640.000,00	
	I	2008	18.000.000	6,35	114.300.000,00	
	I	2009	30.000.000	4,03	120.750.000,00	
	P	2017	5.100.000	1,50	7.650.000,00	
	P	2018	8.400.000	1,21	10.164.000,00	
Trastuzumabe Pó para solução injetável (150mg)	I	2013	58.587	1.406,01	82.373.907,87	
	I	2013	58.587	1.167,00	68.371.029,00	
	I	2013	222.652	1.096,98	244.244.790,96	
	I	2014	280.927	1.020,00	286.545.540,00	
	I	2016	189.005	989,40	187.001.547,00	
	I	2017	219.931	938,94	206.502.013,14	
	D	2018	2.000	938,94	1.877.880,00	J

Fonte: Elaboração própria (2020)

Legenda: P = pregão
D = dispensa
I = inexigibilidade
J = judicialização

APÊNDICE C – Quantidades totais unitárias e valores gastos (R\$) por ano nas aquisições realizada fora das PDPs (2005 a 2018)

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
Alfataliglicerase	200U	2010	54.400	R\$ 57.812.600,00
Atazanavir	Cápsula 200mg	2005	15.258.420	R\$ 129.529.603,80
		2006	13.680.000	R\$ 104.886.720,00
		2007	4.410.000	R\$ 20.109.600,00
		2008	9.990.000	R\$ 40.998.960,00
		2009	2.004.000	R\$ 10.470.900,00
		2010	4.800.000	R\$ 19.958.400,00
		2011	5.800.000	R\$ 20.129.850,00
		2012	4.000.080	R\$ 13.338.266,76
		2013	6.000.000	R\$ 20.412.000,00
		2017	5.110.560	R\$ 15.127.257,60
2018	1.320.000	R\$ 4.203.144,00		
Atazanavir	Cápsula 300mg	2009	8.970.000	R\$ 90.148.500,00
		2010	10.200.000	R\$ 76.683.600,00
		2011	19.800.000	R\$ 108.108.000,00
		2012	10.000.020	R\$ 54.600.109,20
		2013	21.630.000	R\$ 120.825.180,00
		2017	51.586.680	R\$ 224.020.857,60
		2018	56.002.500	R\$ 237.697.011,00
Betainterferona 1A	22	2010	119.718	R\$ 32.054.494,50
		2011	133.332	R\$ 30.345.029,88
		2012	153.000	R\$ 28.392.210,00
		2013	204.252	R\$ 30.891.072,48
		2014	151.524	R\$ 22.114.927,80
Betainterferona 1A	44	2009	156	R\$ 67.670,00
		2010	243.714	R\$ 75.916.911,00
		2011	253.752	R\$ 67.188.454,56
		2012	347.004	R\$ 74.879.993,00
		2013	327.084	R\$ 57.524.263,08
		2014	392.064	R\$ 64.608.226,56
Cabergolina	Comprimido 0,5mg	2005	360	R\$ 5.693,73
		2006	336	R\$ 7.234,86
		2007	253	R\$ 5.288,96
		2008	588	R\$ 11.287,62
		2009	150	R\$ 2.697,78
		2010	370	R\$ 6.935,40
		2011	512	R\$ 10.201,64
		2012	1.174	R\$ 23.630,76
		2013	1.292	R\$ 21.926,40
		2014	888	R\$ 15.246,16

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2015	2.055.440	R\$ 17.477.373,94
		2016	2.592.724	R\$ 20.400.483,00
		2017	208	R\$ 4.444,96
		2.018	1.818.908	R\$ 3.728.761,40
Clozapina	Comprimido 25mg	2014	480	R\$ 412,80
		2015	840	R\$ 806,40
		2016	2.633.760	R\$ 763.982,40
		2017	1.356.360	R\$ 374.270,82
		2018	1.473.450	R\$ 405.935,48
Clozapina	Comprimido (100mg)	2005	1.260	R\$ 5.384,40
		2006	2.340	R\$ 6.182,80
		2007	3.420	R\$ 8.772,00
		2008	4.860	R\$ 15.660,00
		2009	4.890	R\$ 19.815,92
		2010	2.340	R\$ 8.097,00
		2011	2.340	R\$ 8.097,00
		2012	780	R\$ 3.665,00
		2013	720	R\$ 2.224,80
		2014	4.560	R\$ 15.207,60
		2015	3.240	R\$ 12.603,60
		2016	61.226.970	R\$ 77.148.250,20
		2017	37.145.010	R\$ 44.463.733,65
2018	30.375.300	R\$ 35.630.226,90		
Fator VIII	250/500/1000 UI	2.010	39.000	R\$ 61.425,00
		2.011	216.000	R\$ 344.700,00
		2.012	627.000	R\$ 737.467,80
		2.013	350.000.000	R\$ 227.237.500,00
		2.014	420.000.000	R\$ 352.800.000,00
		2.017	258.000.000	R\$ 296.700.000,00
Galantamina	8 mg	2.007	182	R\$ 1.181,18
		2.008	364	R\$ 2.384,20
		2.009	553	R\$ 4.855,76
		2.010	180	R\$ 112,40
		2.017	126	R\$ 941,22
Galantamina	16 mg	2.007	180	R\$ 2.599,00
Galantamina	24 mg	2.008	376	R\$ 4.467,00
		2.009	364	R\$ 3.163,00
		2.010	196	R\$ 1.499,00
		2.011	196	R\$ 1.523,00
		2.012	480	R\$ 3.850,00
		2.015	252	R\$ 2.278,08
Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (100mg)	2005	960	R\$ 37.420,80
		2006	4.650	R\$ 182.426,40
		2007	6.360	R\$ 285.631,10

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2008	12.240	R\$ 603.159,44
		2009	7.560	R\$ 391.153,40
		2010	5.160	R\$ 164.323,00
		2011	1.956.900	R\$ 40.312.140,00
		2012	240	R\$ 19.776,00
		2014	960	R\$ 58.905,80
		2015	1.440	R\$ 97.732,80
		2016	480	R\$ 24.052,80
		2018	1.225.620	R\$ 12.923.023,20
Imatinibe (mesilato de)	Comprimido revestido (400 mg)	2005	1.080	R\$ 168.393,20
		2006	720	R\$ 112.262,80
		2007	1.590	R\$ 295.772,00
		2008	2.010	R\$ 398.484,70
		2009	5.400	R\$ 1.123.943,20
		2010	720	R\$ 116.597,80
		2011	8.339.160	R\$ 687.146.784,00
		2012	960	R\$ 79.104,00
		2013	570	R\$ 121.046,20
		2014	1.350	R\$ 330.675,00
2018	4.901.610	R\$ 206.818.082,40		
Infliximabe	Pó para solução injetável – frasco com 10ml (100mg)	2007	3.765	R\$ 6.042.130,34
		2008	6.258	R\$ 9.981.597,25
		2009	161	R\$ 272.899,00
		2010	312.613	R\$ 406.938.061,34
		2011	189.371	R\$ 215.260.431,40
		2012	35	R\$ 55.899,90
		2013	178.908	R\$ 183.028.251,24
Insulina NPH		2005	11.500.000	R\$ 202.105.000,00
		2006	3.595.111	R\$ 33.003.378,87
		2007	9.259.807	R\$ 85.005.196,04
		2008	8.947.638	R\$ 69.651.907,19
		2009	10.469.037	R\$ 54.699.816,90
		2010	14.036.051	R\$ 46.038.751,97
		2011	13.750.068	R\$ 40.295.978,44
		2012	6.367.236	R\$ 29.162.732,88
		2013	21.172.461	R\$ 168.323.481,65
		2014	9.902.706	R\$ 114.870.751,50
		2015	24.000.389	R\$ 210.965.014,49
		2016	289	R\$ 4.012,04
		2017	8.461.366	R\$ 88.844.892,00
2018	12.815.381	R\$ 138.044.802,10		
Insulina regular		2005	3	R\$ 91,23
		2006	56	R\$ 1.609,61
		2007	45	R\$ 1.001,03

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2008	875.583	R\$ 7.171.484,57
		2009	996.903	R\$ 8.165.156,38
		2010	911.610	R\$ 6.149.131,10
		2011	1.850.010	R\$ 7.549.528,90
		2012	1.475.000	R\$ 6.755.500,00
		2013	3.235.806	R\$ 33.121.152,00
		2014	2.650.193	R\$ 29.920.870,48
		2015	3.500.073	R\$ 30.800.911,36
		2016	48	R\$ 708,08
		2017	2.627.396	R\$ 27.850.436,00
2018	896.689	R\$ 10.132.585,70		
Leflunomida	Comprimido 20mg	2005	630	R\$ 4.024,40
		2006	900	R\$ 7.414,00
		2007	120.720	R\$ 758.621,00
		2008	120.540	R\$ 571.414,00
		2009	960	R\$ 4.772,62
		2010	180	R\$ 1.513,00
		2011	180	R\$ 994,00
		2012	600	R\$ 5.061,40
		2013	1.080	R\$ 6.480,00
		2014	60	R\$ 359,40
		2015	3.443.730	R\$ 14.635.852,50
2016	12.818.370	R\$ 54.478.072,50		
Micofenolato de sódio	Comprimido revestido 180mg	2010	1.573.680	4.815.460,80
		2011	2.106.840	6.004.494,00
		2012	2.728.560	7.476.254,40
		2013	2.981.280	7.572.451,20
		2017	1.930.440	R\$ 2.954.684,16
Micofenolato de sódio	Comprimido revestido 360mg	2010	15.423.720	94.393.166,40
		2011	16.669.800	95.017.860,00
		2012	26.146.560	143.021.683,20
		2013	32.157.720	163.682.794,80
		2017	37.362.600	R\$ 80.460.607,20
Olanzapina	5 mg	2005	624	R\$ 8.817,20
		2008	634	R\$ 3.755,00
		2009	1.204	R\$ 7.518,30
		2010	560	R\$ 4.457,52
		2011	700	R\$ 4.699,88
		2012	5.240	R\$ 17.698,80
		2013	364	R\$ 2.387,84
		2015	150	R\$ 487,50
		2016	180	R\$ 743,40
2018	12.154.590	R\$ 20.541.257,10		
Olanzapina	10 mg	2005	344	R\$ 6.221,60

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2006	740	R\$ 13.848,75
		2007	1.848	R\$ 32.572,79
		2008	2.968	R\$ 35.930,15
		2009	3.780	R\$ 59.245,16
		2010	4.396	R\$ 54.311,24
		2011	3.272	R\$ 37.655,92
		2012	2.312	R\$ 17.281,80
		2013	1.092	R\$ 8.626,80
		2014	3.526	R\$ 31.965,72
		2015	1.088	R\$ 13.250,00
		2016	720	R\$ 12.542,00
		2017	2.760	R\$ 36.549,60
		2018	21.447.750	R\$ 54.263.617,50
Pramiprexol	0,125 mg	2012	240	R\$ 120,00
		2013	1.080	R\$ 540,00
Pramiprexol	0,25 mg	2008	360	R\$ 486,00
		2009	1.110	R\$ 1.583,70
		2010	1.080	R\$ 1.652,40
		2012	1.920	R\$ 2.884,80
		2013	3.960	R\$ 5.176,80
		2014	1.860	R\$ 2.403,00
		2015	2.910	R\$ 3.277,20
		2016	1.800	R\$ 1.648,80
Pramiprexol	1 mg	2005	3.510	R\$ 21.397,15
		2006	6.060	R\$ 33.160,16
		2007	5.820	R\$ 30.725,00
		2008	4.830	R\$ 26.612,42
		2009	5.580	R\$ 28.667,90
		2010	4.320	R\$ 25.034,12
		2011	3.750	R\$ 16.108,60
		2012	3.360	R\$ 11.276,40
		2013	2.160	R\$ 7.208,10
		2014	3.330	R\$ 13.852,80
		2015	1.080	R\$ 4.903,20
		2016	2.160	R\$ 6.404,40
		2017	540	R\$ 1.782,00
Quetiapina	25 mg	2006	1.676	R\$ 3.078,04
		2007	2.828	R\$ 5.484,76
		2008	2.786	R\$ 4.570,16
		2009	1.650	R\$ 3.918,74
		2010	910	R\$ 1.639,82
		2012	1.008	R\$ 1.240,96
		2014	2.422	R\$ 2.681,98
		2015	1.718	R\$ 2.098,14

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2016	480	R\$ 336,00
		2017	14.515.080	7.402.690,80
		2018	19.864.770	9.535.089,60
Quetiapina	100 mg	2006	964	R\$ 6.055,60
		2007	1.120	R\$ 6.660,08
		2008	2.548	R\$ 14.644,28
		2009	5.684	R\$ 29.343,72
		2010	512	R\$ 2.764,80
		2011	1.484	R\$ 11.239,21
		2012	700	R\$ 3.963,12
		2013	976	R\$ 4.387,80
		2014	2.884	R\$ 10.137,40
		2015	480	R\$ 1.358,40
		2016	1.380	R\$ 3.601,20
		2017	23.405.850	R\$ 30.405.135,51
		2018	24.285.090	31.084.915,20
Quetiapina	200 mg	2006	1.572	R\$ 18.627,28
		2007	1.800	R\$ 16.219,53
		2008	1.096	R\$ 10.375,24
		2009	364	R\$ 3.247,00
		2016	750	R\$ 4.425,00
		2017	16.717.380	46.975.837,80
		2018	21.516.180	59.255.559,72
Riluzol	Comprimido revestido 50mg	2006	1.120	R\$ 26.951,80
		2007	56.568	R\$ 962.287,08
		2008	1.120	R\$ 30.374,00
		2009	392	R\$ 5.484,00
		2010	392	R\$ 5.504,00
		2011	1.232	R\$ 18.610,00
		2012	784	R\$ 12.184,84
		2013	504	R\$ 8.124,48
		2014	728	R\$ 11.852,00
2016	840	R\$ 7.518,00		
Ritonavir termoestável	Comprimido 100mg	2005	5.720.000	R\$ 7.321.600,00
		2006	11.854.080	R\$ 15.173.222,40
		2007	11.425.008	R\$ 6.280.326,90
		2008	14.952.000	R\$ 7.335.451,20
		2009	15.300.000	R\$ 9.000.000,00
		2011	18.000.000	R\$ 9.922.176,00
		2012	20.700.000	R\$ 17.284.500,00
		2013	20.700.000	R\$ 17.139.600,00
		2014	43.217.130	R\$ 33.190.209,77
		2015	43.437.600	R\$ 48.650.112,00
2017	22.282.440	R\$ 19.385.722,80		

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
Rivastigmina	Cápsula 1,5mg	2005	588	R\$ 2.477,13
		2006	1.816	R\$ 7.495,36
		2007	2.908	R\$ 11.169,62
		2008	1.820	R\$ 9.269,40
		2009	2.572	R\$ 9.893,60
		2010	728	R\$ 2.482,00
		2011	868	R\$ 2.985,00
		2012	728	R\$ 2.598,96
		2017	1.319.010	R\$ 1.760.867,10
		2018	2.459.460	2.975.946,60
Rivastigmina	Cápsula 3mg	2005	924	R\$ 4.652,32
		2006	3.874	R\$ 18.127,39
		2007	3.624	R\$ 16.968,03
		2008	2.540	R\$ 12.229,20
		2009	3.976	R\$ 19.695,00
		2010	1.288	R\$ 4.919,60
		2011	476	R\$ 1.889,28
		2017	1.926.990	R\$ 3.738.360,60
		2018	3.680.340	7.139.859,60
Rivastigmina	Cápsula 4,5mg	2006	808	R\$ 4.770,36
		2007	1.592	R\$ 10.837,59
		2008	1.448	R\$ 9.930,16
		2009	1.120	R\$ 5.806,69
		2011	1.008	R\$ 4.546,08
		2012	728	R\$ 5.933,20
		2017	950.760	R\$ 2.110.687,20
		2018	1.898.460	4.214.581,20
Rivastigmina	Cápsula 6mg	2005	420	R\$ 1.945,48
		2006	224	R\$ 1.257,72
		2007	364	R\$ 1.175,72
		2008	1.088	R\$ 3.784,20
		2009	364	R\$ 1.536,80
		2010	728	R\$ 3.210,56
		2011	1.372	R\$ 6.285,32
		2012	168	R\$ 1.411,20
		2014	728	R\$ 2.933,84
		2015	728	R\$ 3.239,60
		2017	723.390	R\$ 1.151.991,90
		2018	5.185.470	7.104.093,90
Sevelâmer	Comprimido 800mg	2009	41.729.040	R\$ 37.490.000,00
		2010	64.440.000	R\$ 51.494.004,00
		2011	71.427.600	R\$ 45.713.664,00
		2012	71.427.600	R\$ 45.713.664,00
		2013	81.938.520	R\$ 87.961.001,22

Produto	Apresentação	Ano	Quantidade total	Gasto total anual
		2014	63.780.480	R\$ 73.188.100,80
		2016	720	R\$ 2.419,20
Tacrolimo	Cápsula 1mg	2007	2.700	R\$ 11.299,00
		2008	3.200	R\$ 12.674,00
		2009	6.155	R\$ 25.716,30
		2010	24.083.100	R\$ 88.990.103,00
		2011	38.583.108	R\$ 121.539.220,00
		2012	1.000	R\$ 4.770,00
		2013	1.450	R\$ 7.105,00
		2014	500	R\$ 2.950,00
		2015	5.550	R\$ 27.735,00
		2016	1.450	R\$ 8.671,00
		2017	48.904.900	R\$ 19.072.911,00
		2018	93.226.100	R\$ 70.927.358,00
		Tacrolimo	Cápsula 5mg	2010
2015	600			R\$ 9.700,00
2017	1.812.350			R\$ 3.443.465,00
2018	4.059.500			R\$ 11.611.135,00
Tenofovir	Comprimido 300mg	2005	5.778.000	R\$ 114.895.537,20
		2006	8.100.000	R\$ 76.950.000,00
		2007	10.500.000	R\$ 89.775.000,00
		2008	29.400.000	R\$ 200.940.000,00
		2009	30.000.000	R\$ 120.750.000,00
		2017	5.100.000	R\$ 7.650.000,00
		2018	8.400.000	R\$ 10.164.000,00
Trastuzumabe	Pó para solução injetável (150mg)	2013	339.826	R\$ 394.989.727,83
		2014	280.927	R\$ 286.545.540,00
		2016	189.005	R\$ 187.001.547,00
		2017	219.931	R\$ 206.502.013,14
		2018	2.000	R\$ 1.877.880,00

Fonte: elaboração própria (2019).

APÊNDICE D – Números índices de IPCA e taxa de câmbio 2005 a 2018 (ano base 2018)

Ano	IPCA var. % a.a.	em decimais	Número índice Base 2005	Número-índice Base 2018	Taxa de câmbio	Tx. Cam. Var. % a.a.	em decimais	Número índice Base 2005	Número-índice Base 2018
2005	5,68973	0,05690	1,00000	0,49707	2,43	20,57613	0,20576	1	0,665753425
2006	3,14177	0,03142	1,03142	0,51269	2,18	-10,28807	-0,10288	0,89712	0,597260274
2007	4,45733	0,04457	1,07739	0,53554	1,95	-10,55046	-0,10550	0,80247	0,534246575
2008	5,90231	0,05902	1,14098	0,56715	1,83	-6,15385	-0,06154	0,75309	0,501369863
2009	4,31203	0,04312	1,19018	0,59161	2,00	9,28962	0,09290	0,82305	0,547945205
2010	5,90907	0,05909	1,26051	0,62657	1,76	-12,00000	-0,12000	0,72428	0,482191781
2011	6,50311	0,06503	1,34248	0,66731	1,67	-5,11364	-0,05114	0,68724	0,457534247
2012	5,83857	0,05839	1,42086	0,70628	1,95	16,76647	0,16766	0,80247	0,534246575
2013	5,91082	0,05911	1,50485	0,74802	2,16	10,76923	0,10769	0,88889	0,591780822
2014	6,40762	0,06408	1,60127	0,79595	2,35	8,79630	0,08796	0,96708	0,643835616
2015	10,67350	0,10674	1,77219	0,88091	3,33	41,70213	0,41702	1,37037	0,912328767
2016	6,28806	0,06288	1,88362	0,93630	3,49	4,80480	0,04805	1,43621	0,956164384
2017	2,94735	0,02947	1,93914	0,96390	3,19	-8,59599	-0,08596	1,31276	0,873972603
2018	3,74548	0,03745	2,01177	1,00000	3,65	14,42006	0,14420	1,50206	1

ANEXO 1 – Indicadores de monitoramento dos resultados intermediários das PDPs propostos por Silva (2017)

	Denominação	Conceito	Método de cálculo
1	Índice de adesão de produtores públicos às PDPs	Índice de produtores públicos que apresentaram propostas no ano considerado	Nº de produtores públicos que apresentaram propostas no ano considerado / nº total de produtores públicos
2	Adesão de entidades privadas às PDPs	Nº de entidades privadas em propostas apresentadas no ano considerado	Nº de entidades privadas em propostas apresentadas no ano considerado
3	Taxa de rejeição de produtos estratégicos	Taxa de produtos da lista que não foram objeto de proposta de projeto de PDPs no ano considerado	Nº de produtos que não foram objeto de proposta no ano considerado / Nº total de produtos da lista de estratégicos
4	Cobertura da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) pela lista de produtos estratégicos	Percentual de produtos na lista de produtos estratégicos em razão dos produtos constantes na Rename no ano considerado	(Nº de produtos na lista de estratégicos no ano considerado / Nº de produtos da Rename) x 100
5	Evolução da oferta de medicamentos	Proporção de unidades farmacêuticas ofertadas em relação ao ano anterior	Nº de unidades farmacêuticas do produto objeto de PDP ofertadas no ano considerado / Nº de unidades farmacêuticas ofertadas no ano anterior
6	Economia do MS com as PDPs	Diferença de investimentos do MS com aquisição dos produtos antes das PDPs e com as PDPs	Valor gasto pelo MS na aquisição de produtos antes das PDPs (-) Valor gasto com as PDPs.

Fonte: Silva (2017)