

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SETOR PRODUTIVO
ESTATAL FARMACÊUTICO: O CASO DA FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO
POPULAR DE SÃO PAULO - FURP

*Este exemplar
corresponde ao original
da tese defendida por Gabriel
dos Santos em 17/05/96 e
assinada pelo Prof. Dr. João Manuel
Cardoso de Mello.
CPQ/IE, 17/05/96*

GABRIEL FERRATO DOS SANTOS

Tese de doutoramento apresentada ao
Instituto de Economia da Universidade
Estadual de Campinas

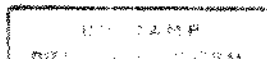
Orientador: Prof. Dr. João Manuel Cardoso de Mello

Campinas

Maio de 1996

Sa59p

27918/BC



UNIDADE	BC
N.º DE INSCRIÇÃO	TUNICAMP
Ser	59p
V.º	27918
DATA	667/96
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	04/07/196
N.º CPD	CM.00083816-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA**

Sa59p

Santos, Gabriel Ferrato dos

Política de assistência farmacêutica e o setor produtivo estatal farmacêutico: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo - FURP / Gabriel Ferrato dos Santos. -- Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador : João Manuel Cardoso de Mello.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Instituto de Economia.

1. Saúde. 2.*Política de assistência farmacêutica. 3.
*Política de medicamentos. 4. *Empresas públicas estaduais.
I. Mello, João Manuel Cardoso de. II. Universidade Estadual de
Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo I - Política de Assistência Farmacêutica versus Política de Medicamentos	03
Capítulo II - A Política de Assistência Farmacêutica no Brasil e a Constituição do Setor Produtivo Estatal Farmacêutico	08
II.1. O Regime, a Economia e o Estado	16
II.2. As Razões para a Intervenção do Estado no Setor Farmacêutico	24
II.3. A CEME, o Plano Diretor de Medicamentos e Principais Desdobramentos	28
II.4. A Política de Assistência Farmacêutica, a CEME e o Setor Produtivo Estatal Farmacêutico	42
Capítulo III - O Caso Da Fundação Para O Remédio Popular De São Paulo - FURP	65
III.1. Aspectos da História da Constituição e Desenvolvimento da FURP .	69
III.1.1. Evolução e Desempenho Anuais	69
III.1.2. Análise do Comportamento de Longo Prazo	90
III.2. O Desempenho Econômico - Financeiro da Empresa.....	98
III.3. Custos e Preços da FURP versus Preços de Mercado	103
III.4. A FURP e a Política de Assistência Farmacêutica em São Paulo	147
Capítulo IV - Assistência Farmacêutica, Preços dos Medicamentos e Regulação Estatal ..	160
IV.1. Aspectos Relativos ao Método para a Determinação dos Preços de Referência	160
IV.2. Preços de Referência, Regulação Estatal e Política de Assistência Farmacêutica	166
Conclusão	170
Bibliografia	176

A meus filhos

Guilherme e Gustavo

AGRADECIMENTOS

Ao professor João Manuel Cardoso de Mello, a quem devo, além dos vários gestos de confiança ao longo de nossa convivência no Instituto de Economia, a orientação segura logo no início do trabalho, o que permitiu que o desenvolvessemos com segurança e liberdade, evitando caminhos tortuosos que, com certeza, tornariam mais penosa nossa tarefa.

Aos amigos e professores Luís Antonio Vasconcellos e José Walter Martinez, cujo auxílio foi decisivo para a conclusão do trabalho.

Aos professores Geraldo Giovanni e Wilson Cano pela colaboração em momentos importantes.

Aos companheiros e professores Waldir Quadros, Otaviano, Mariano, Rinaldo e José Ricardo, pelo apoio e compreensão que sempre recebi.

À equipe com quem tive oportunidade de trabalhar na pesquisa sobre preços de medicamentos, cujos resultados foram muito importantes para o desenvolvimento desta tese.

Ao professor Barjas Negri, cujas cobranças sempre significaram um alerta positivo.

A todo o pessoal da FURP, sem a colaboração dos quais não teria sido possível este trabalho: professor Magalhães, professora Maria Inês, Dr. Cesário, Dr. Tuyoshi, Waldomiro e Dr. Walter Ferrari do Conselho Deliberativo; Dr. Wihlem, Gerente da Divisão Industrial; os recém-chegados prof. Haroldo, Superintendente e Maria Antonia, Gerente de Divisão Administrativa; e Paulo, Chefe de Custos, em nome do qual estendo o agradecimento a todos os demais funcionários da FURP que nos auxiliaram.

Ao professor João Baptista Domingues, ex-Superintendente da FURP e ex-membro do Conselho Deliberativo que, mesmo gozando dos direitos da aposentadoria, deu grande contribuição para desfazermos algumas dúvidas a respeito da história da empresa.

Ao pessoal da CEME, em particular à Nilzete e Marcia Muniz, que nos atenderam com gentileza e presteza.

Aos funcionários do Instituto de Economia que sempre nos auxiliaram em meio às dificuldades: Márcia Leitão, Cláudia, Alberto, Cida, Betinha e Elvira, além do pessoal do CEDOC.

Ao assessor Admir e à secretária Rosalina pelo apoio decisivo na difícil missão de conciliar tantas tarefas.

À Selma, companheira, que teve a compreensão e o desprendimento necessários.

Aos filhos, Guilherme e Gustavo, os que mais sofreram os efeitos do mergulho na tese. Fica nosso compromisso de tentar compensar, a partir de agora, o longo período de ausência.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto do inconformismo do autor ao longo de sua história de dupla militância: de um lado, a necessidade de reflexão permanente exigida pela vida acadêmica; de outro, a experiência profissional no setor público convivendo com debates e diagnósticos sobre a questão social do país, bem como propondo e avaliando as políticas sociais implementadas.

O inconformismo nasce de duas constatações. A primeira, a dura realidade social do país retratada nas análises de cunho acadêmico. A segunda, as dificuldades que o setor público encontra para construir políticas de enfrentamento dessas questões e, complementarmente, a observação da ineficiência na utilização de recursos e a ineficácia das ações do Poder Público.

Uma dessas áreas de atuação do setor público que tem sido objeto de nosso interesse há muitos anos, é a área de saúde pública. No Instituto de Economia da UNICAMP temos nos envolvido em pesquisas nessa área desde 1989, quando integramos um grupo de pesquisa sobre a pobreza no Brasil. O tema da assistência farmacêutica é posterior aos trabalhos desenvolvidos junto aquele grupo e transformou-se em projeto de tese. No entanto, nossa reflexão sobre o assunto só pôde ser concluída após a participação em outra equipe de pesquisa, que realizou um estudo sobre preços de referência para medicamentos, em 1994, cujos resultados confirmaram algumas das hipóteses de nosso projeto.

No Capítulo I fazemos uma breve discussão sobre os conceitos de política de medicamentos e política de assistência farmacêutica, propondo uma distinção entre tais conceitos que permita delimitar o escopo do trabalho. Vale destacar que tal distinção se faz necessária pois existe uma tradição, aparentemente apoiada nos componentes políticos que envolvem o tema, de tratá-los associadamente como se fosse uma única questão. Trata-se de um recorte analítico possível, embora inadequado aos propósitos de nosso trabalho.

No Capítulo II reconstituímos e analisamos a história da intervenção do Estado na assistência farmacêutica. Demonstramos que a origem dessa intervenção se confunde com a criação da Central de Medicamentos (CEME) e que as ações desse órgão irão resultar na constituição e desenvolvimento de um setor produtivo estatal farmacêutico. Discute-se, a partir daí, tanto a importância da CEME quanto desse setor na assistência farmacêutica do país.

O Capítulo III é dedicado ao estudo de caso do maior e mais importante laboratório estatal farmacêutico - a Fundação para o Remédio Popular de São Paulo (FURP). A análise de sua história e desempenho tem dupla finalidade: mostrar a importância da CEME para o seu desenvolvimento e a viabilidade econômica e importância social de um empreendimento dessa natureza. Permite, discutir, ainda, a presença desse laboratório na assistência farmacêutica do setor público em São Paulo e ampliar a reflexão sobre a importância do conjunto do setor produtivo estatal farmacêutico na política de assistência farmacêutica do país.

Finalmente, o Capítulo IV mostra a relevância dos preços dos medicamentos para uma política de assistência farmacêutica. Demonstra-se que, na ausência de uma política de reembolso de medicamentos, comum na maioria dos países avançados, o país tem que dispor de algum instrumento de regulação estatal para o setor farmacêutico. Admite-se que os preços de referência podem constituir um instrumento importante de regulação setorial e de implementação de uma política de assistência farmacêutica, bem como, de uma política de medicamentos.

Capítulo I - Política de Assistência Farmacêutica Versus Política de Medicamentos

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho e da leitura da bibliografia pertinente, deparamo-nos com a necessidade de tornar claros os conceitos envolvidos no tratamento do tema objeto desta investigação, bem como de delimitar o escopo do estudo.

Uma primeira distinção importante é entre os conceitos de política de medicamentos e política de assistência farmacêutica. Não raro, há uma tendência em tratá-los como sinônimos ou, no mínimo, não existe muito cuidado ou interesse em diferenciá-los. Entretanto, em nosso estudo ver-se-á que é crucial, desde logo, o tratamento adequado desses conceitos.

Vamos entender política de medicamentos como o conjunto de ações relacionadas à política industrial voltada para o ramo farmacêutico, cujo conteúdo se refere fundamentalmente à propostas de desenvolvimento da capacitação tecnológica e inserção competitiva da indústria farmacêutica nacional no mercado. Por seu turno, vamos entender política de assistência farmacêutica como o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde.

A política de medicamentos - enquanto política industrial relativa à indústria farmacêutica - está fartamente documentada na bibliografia internacional e existem alguns bons estudos recentes sobre o tema no Brasil¹. Tais estudos, como não poderia deixar de ser, concentram-se na análise da estrutura e dinâmica da indústria farmacêutica, seja em suas relações internacionais, seja em estruturas nacionais. Em geral, tais análises, quando dirigidas à economias dependentes, conduzem à propostas de política industrial que perseguem o objetivo de reduzir o grau de dependência do país em relação às estruturas

¹ Dentre os nacionais, destaca-se o estudo pioneiro da FINEP, "Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica", de 1978, além de dois estudos de 1990, realizados no âmbito do Instituto de Economia da Unicamp, a saber: "Biotecnologia em Saúde", de Carlos Augusto Graboys Gadelha e "A Indústria de Química Fina no Brasil: Dificuldades de Implantação e Perspectivas", de Jacob Frenkel.

oligopólicas da indústria farmacêutica mundial, através de esforços de capacitação tecnológica interna.

Contrariamente, não existe no Brasil nenhum estudo específico ou sistemático sobre assistência farmacêutica. Não que o assunto não seja debatido. Ele o é, mas talvez não o seja na proporção em que deveria. O que ocorre é que a tradição dos atores políticos envolvidos na discussão desse tema leva, necessariamente, ao debate anterior da política de medicamentos. Assim, a maioria dos trabalhos, embora preocupados com a assistência farmacêutica, tendem a discutir, fundamentalmente, política industrial. E dada a complexidade do tema, a política de assistência farmacêutica acaba ficando em segundo plano, aparecendo apenas subsidiariamente nesses estudos. Nossa proposta é justamente inverter essa situação: sem perder de vista a política de medicamentos, aprofundar um pouco a reflexão sobre o tema da assistência farmacêutica.

Como dissemos, a política de assistência farmacêutica pretende garantir o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde, medicamentos esses prescritos através de ato médico praticado pelo sistema de saúde². É claro que o sistema de saúde é um conceito muito amplo e poderia englobar a assistência à saúde de qualquer natureza, nível ou esfera. Assim, é importante demarcar o espaço de nossos estudos. O que pretendemos discutir é a política de assistência farmacêutica no âmbito do setor público, ao nível ambulatorial, considerada qualquer esfera de Governo.

A opção por essa delimitação do escopo exige alguns esclarecimentos. Com a eliminação do setor privado da análise, estamos extraíndo de nossas considerações aquela parcela da população que possui renda suficiente para o acesso ao sistema de saúde, seja de caráter individual, seja através dos diversos planos de saúde dos trabalhadores ocupados no setor

² Não se pretende, no âmbito deste trabalho, discutir ou qualificar o sistema de saúde prevalente no país. Embora reconheçamos que a ausência dessa discussão possa ser uma limitação de nosso trabalho, o tema é tão vasto que qualquer abordagem seria insuficientemente tratada. Portanto, optamos por não fazê-la.

formal da economia. Por outro lado, ao não considerar o atendimento hospitalar, além de continuar deixando o setor privado fora da análise, e mesmo entendendo que é o principal responsável pelas internações hospitalares no país, estamos, na verdade, privilegiando as necessidades de assistência farmacêutica no nível primário de assistência à saúde, onde, teoricamente, o grau de resolutividade seria de ordem de 80%, sem necessidade de recorrer a outros níveis do sistema de saúde.

Quando nos referimos a esse grau de resolutividade, queremos dizer que, de acordo com estudos realizados³, se o sistema de saúde possuísse portas de entrada compostas por unidades básicas de saúde e prontos-socorros que dispusessem de recursos materiais e humanos adequados, a maioria dos casos de saúde poderiam ser resolvidos nesse nível de atenção, sem necessidade de recorrer a outros níveis de complexidade do sistema como os ambulatórios de especialidades, hospitais geral e hospitais especializados. É claro que estamos longe de atingirmos tais condições de infraestrutura em todo o país. Contudo, não vislumbramos uma outra racionalidade para a política de assistência farmacêutica que não seja a mesma a ser exigida para as ações de saúde.

A outra vantagem dessa opção, é não termos que recorrer à discussão sobre políticas de reembolso de medicamentos, uma das formas que pode assumir a política de assistência farmacêutica. Como se sabe, uma parte dos países avançados tem adotado políticas de reembolso para enfrentar a questão da assistência farmacêutica. Todavia, essa alternativa passa por uma série de regulações por parte do Estado e pressupõe não só um sistema de saúde - não importando o seu modelo - já amadurecido, como a possibilidade de discussão, em condições não muito desvantajosas, com a indústria farmacêutica instalada no país. No Brasil, sequer dispomos de quaisquer das condições exigidas para essa discussão: nosso sistema de saúde é precário e o Estado não criou as condições para uma discussão privilegiada com a indústria farmacêutica.

³ Vide, entre outros, "Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo", São Paulo, Secretaria da Saúde, 1981.

É claro que a estrutura e organização da política de assistência farmacêutica tem como pano de fundo ou tem que acompanhar o desenho da política de saúde do país. Como se sabe, a política de saúde no Brasil vem caminhando, particularmente a partir dos anos 80, em direção à universalização do atendimento e à descentralização das ações. A universalização já é, há alguns anos, uma conquista, além de definitivamente consagrada na Constituição Federal de 1988. A descentralização das ações, embora também inscrita na mesma Constituição, tem sido um processo mais lento - embora irreversível - e pressupõe a adoção de um modelo assistencial que exige uma articulação permanente entre cada estado da federação e seus respectivos municípios na busca incessante de estruturação dos investimentos e atividades nos vários níveis de complexidade do sistema.

De qualquer maneira, tanto a universalização como o processo de descentralização, ampliaram substancialmente o acesso e o atendimento à saúde da população através não só dos programas nacionais de combate às endemias e outros programas especiais, como também dos programas estaduais e municipais de atendimento às gestantes, às crianças, aos idosos e aos adultos, e de todo tipo de atendimento ambulatorial e hospitalar nas várias especialidades médicas. Entretanto, a eficiência e eficácia dessas ações passaram a depender, na mesma medida de sua extensão, da assistência farmacêutica como o complemento indispensável do ato médico e das demais ações de saúde.

Não restam dúvidas que a política de saúde requer, necessariamente, uma política de assistência farmacêutica. Esta, por seu turno, pode contemplar ou não uma política de medicamentos. O fato de concentrarmos nossos esforços de análise na primeira não significa menosprezarmos a importância da segunda. Significa, de um lado, a necessidade de delimitarmos o espaço de nossa investigação; de outro, considerarmos que já existem bons trabalhos recentes de pesquisa sobre política de medicamentos, o que não ocorre com a assistência farmacêutica. De qualquer forma, mesmo que o recorte

utilizado não dê a devida ênfase à política de medicamentos, ela é tão importante que nunca estará ausente na discussão.

Por outro lado, é fundamental destacar que uma das peculiaridades do Brasil é a existência de um sistema oficial de produção de medicamentos que atua na assistência farmacêutica junto ao setor público. Dada a sua presença e face às delimitações propostas em nosso trabalho, esse sistema constituir-se-á no principal elemento de nossa investigação. Desenvolvido a partir do início dos anos 70, sua história confunde-se com a história da CEME - Central de Medicamentos - e sua evolução está basicamente atrelada às marchas e contramarchas da política de medicamentos e da política de assistência farmacêutica que sempre gravitaram em torno dessa instituição.

Na verdade, a análise da política da assistência farmacêutica do país a partir da atuação da CEME e do setor produtivo estatal farmacêutico é o pano de fundo e o referencial necessário para atingirmos os objetivos de nosso trabalho, a saber: através de um estudo de caso sobre a Fundação para o Remédio Popular (FURP) - o principal laboratório do sistema oficial de produção de medicamentos - fazer uma reflexão sobre as possibilidades de elaborar uma política de assistência farmacêutica consistente no Estado de São Paulo. Pretende-se, a partir dessa análise, discutir os possíveis rumos da assistência farmacêutica no país.

Capítulo II - A Política de Assistência Farmacêutica no Brasil e a Constituição do Setor Produtivo Estatal Farmacêutico

Os primeiros debates sobre a constituição de um setor produtivo estatal farmacêutico no Brasil foram travados no início dos anos 60, frutos de uma conjugação de fatores favoráveis à abertura dessa discussão. De um lado, tínhamos a presença de uma mobilização nacionalista - reunindo desde a esquerda até setores da burguesia industrial - que ocupava espaços importantes da cena política nos anos 50 e início dos 60. De outro, houvera no pós-guerra, por uma série de circunstâncias, um intenso processo de entrada de novas firmas estrangeiras no ramo farmacêutico, bem como um aumento de sua participação no mercado nacional, ocupando espaços importantes antes preenchidos pelo capital nacional.

O movimento nacionalista era constituído por segmentos que defendiam os interesses populares, no sentido de garantir sua participação nos destinos do desenvolvimento do país, de forma a assegurar que tal desenvolvimento adquirisse um caráter distributivo nos planos econômico e social. Já, os setores da burguesia industrial buscavam sua afirmação nas esferas econômica e política como um instrumento de garantia de dominação numa fase de transição para a consolidação do desenvolvimento industrial. Enquanto ambos os movimentos puderam ter um percurso comum, prevaleceu, no plano das idéias e da ação política, o nacionalismo, o que significava, na prática, uma luta contra a dependência e o colonialismo.

A perda de espaço do capital nacional no mercado farmacêutico doméstico havia sido o resultado de uma combinação da política econômica adotada entre 1953 e 1961 e das mudanças tecnológicas ocorridas na indústria farmacêutica mundial. No tocante à política econômica, dois instrumentos foram particularmente importantes: as Instruções 70 (que vigorou de 1953 a 1961) e a 113 (de 1955 a 1961), ambas da antiga Superintendência da Moeda e do Crédito (SUMOC). A primeira, ao encarecer as importações de produtos acabados,

estimulava a instalação no país de plantas industriais de origem estrangeira; a segunda, criava substanciais facilidades para o investimento de capital estrangeiro no Brasil, pois permitia à CACEX a emissão de licenças de importação, sem cobertura cambial, para investimento em equipamentos a serem instalados no país, não sendo facultado o pagamento ao exterior de divisas correspondentes ao valor dessas importações.

No que se refere às mudanças tecnológicas na indústria farmacêutica, o que ocorreu foi a intensificação do ritmo de inovações de produtos e fármacos decorrentes do grande esforço de pesquisa e desenvolvimento realizado pelas empresas multinacionais, a partir dos anos 30, na farmacologia de base química em substituição à biológica. Esse fato criou, em especial no pós-guerra, um hiato tecnológico intransponível para as empresas de capital nacional, pois não detinham capacidade ou dispunham de incentivos para a pesquisa. A quantidade de lançamentos de novos produtos e fármacos pelas empresas estrangeiras aqui instaladas e pelas novas empresas que entraram no período, consolidou a desnacionalização desse ramo industrial e a consequente perda de mercado do capital nacional (vide Quadros I e II). No início dos anos 60 cerca de 85% do mercado nacional já era dominado pelas empresas multinacionais (MACHADO, 1982:38).

Esse conjunto de fatores e circunstâncias presentes no período seriam, por si só, suficientes para criar um ambiente favorável à crítica quanto a presença do capital estrangeiro nesse ramo industrial no país. Se acrescentarmos a isso alguns fatos relativos às práticas dessa indústria decorrentes de sua vantagem monopolística como, entre outros, os altos preços dos medicamentos e o superfaturamento na importação de insumos, teremos os ingredientes necessários à geração de um conflito entre o segmento estrangeiro dessa indústria e os setores nacionalistas do país.

QUADRO I

Entrada de Firmas Estrangeiras no Brasil 20 Maiores Americanas (1975)

ANTES DE 1945	DATA DA FUNDAÇÃO(*)
1. Sidney Ross	1920
2. Johnson-Johnson	1936
3. Abbot	1937
4. Merch-Sharp-Dohme	1941
5. Bristol Myers	1943
6. Schering	1944
ENTRE 1945-55	
7. Wyeth	1949**
8. Squibb	1953
9. Upjohn	1954
DEPOIS DE 1955	
10. Cyanamid (Lederle)	1955
11. Parke-Davis	1955
12. Sintex	1957
13. B. Nerrell	1958**
14. Searle	1959
15. Ayerst	1960
16. Need-Johnson	1961
17. Eli Lilly	1962
18. Pfizer	1965
19. ICN	1971**
20. Smith Eline & French	1973**

* Fonte: Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica, ABIFARMA, Diretório Brasileiro da Indústria Farmacêutica, Rio de Janeiro, 1975, através Pesquisa da FINEP, apud "CPI da Indústria Farmacêutica", 1980.

** Data de compra de Laboratório Local.

QUADRO II
20 Maiores Européias (1975)

ANTES DE 1945	DATA DA FUNDAÇÃO (*)
1. Bayer	1890
2. Rhodia	1919
3. Decchar	1922
4. Nerck	1923
5. Androwaco	1928
6. Roche	1931
7. Roussel	1936**
8. Glaxo	1936
9. Ciba	1937
10. Organon	1940
ENTRE 1945-55	
12. Recordati	1947
13. Sandoz	1947
14. Hoechst	1949
15. De Angeli	1950
16. Carlo Erba	1950
17. B. Brown	1954
18. Berlimed	1954
19. Wellcome	1955
DEPOIS DE 1955	
20. Boehringer	1956
21. Byk	1969**

* Fonte: ABIFARMA, através Pesquisa da FINEP, apud "CPI da Indústria Farmacêutica", 1980

** Data de compra de Laboratório Local.

Com efeito, a denúncia dessas práticas da indústria farmacêutica estrangeira resultou na criação, em 1961, no Governo Jânio Quadros, de uma Comissão de Sindicância e, no mesmo ano, na instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para a Indústria Farmacêutica. A CPI tinha, entre seus principais objetivos, investigar:

"a) a progressiva e alarmante absorção das indústrias farmacêuticas nacionais pelos trustes ou grupos monopolistas internacionais;

b) as razões determinantes do permanente, insuportável e desumano aumento do custo dos medicamentos que vêm tornando inacessíveis ao bolso do consumidor;

c) as razões da liberalidade que permite o lançamento abusivo e desordenado de novas especialidades farmacêuticas, produtos similares aos já existentes, numa comercialização abusiva, e como uma das modalidades de burlar os tabelamentos, já em si inoperantes;

d) a procedência de fatos, periodicamente notificados pela imprensa, de que determinados produtos não contêm, nas dosagens referidas, os ingredientes constantes da fórmula.” (MACHADO, 1982:27)

As conclusões dessa CPI foram um verdadeiro libelo contra a indústria farmacêutica estrangeira:

“O processo progressivo de desnacionalização dos laboratórios nacionais - absorvidos total ou incorporados parcialmente pelos laboratórios estrangeiros, que detêm cerca de 90% do capital investido na indústria farmacêutica no país - é flagrantemente danoso aos interesses nacionais.

O sistema é monopolista, montado pelos grandes laboratórios estrangeiros, não só no que se refere à matéria prima, como também no que diz respeito à comercialização de 85% dos medicamentos vendidos no território nacional.

O domínio da indústria e o monopólio do comércio representam um processo espoliativo da economia brasileira, drenando enormes recursos nacionais para o estrangeiro, através do pagamento de patentes, *know how* ou assistência técnica, remessa de lucros, dividendos, *royalties* e superfaturamento.

Desta forma, há mais pseudo-indústria, que manipula matéria-prima importada, que propriamente uma indústria químico-farmacêutica, que deverá ter por base a pesquisa e produção da matéria-prima e dos medicamentos.” (MACHADO, 1982:89)

Os trabalhos dessa CPI prosseguiram por cerca de dois anos, período em que diferentes segmentos da sociedade denunciaram a

desnacionalização do setor e suas implicações para o país. Inclusive, alguns setores das Forças Armadas já começavam a considerar o tema como uma questão de segurança nacional, como assim se expressou o General-Médico Ernestino Gomes de Oliveira em depoimento àquela Comissão: "Esta absorção progressiva da indústria nacional pela estrangeira é um caso de segurança nacional." (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1980:15)

Em resposta à essas denúncias, a CPI, na conclusão de seus trabalhos, fez, entre outras, as seguintes recomendações:

"a) adoção de uma política governamental de enérgica interferência no setor da indústria farmacêutica, subordinando-a ao interesse da saúde pública e relacionando-se diretamente com nossa situação de país subdesenvolvido;

b) criação de um Conselho Nacional destinado a elaborar, orientar e supervisionar a política governamental;

c) criação de uma empresa estatal, a FARMACOBRAS, à semelhança da Petrobras, para estudar e utilizar nossas reservas e promover a produção da matéria-prima necessária à nossa indústria farmacêutica, a produção dos medicamentos mais reclamados e de maior procura popular;

d) fusão de todos os laboratórios oficiais, civis e militares, criação de um Laboratório Central de Produção de Medicamentos, concentrando capital, mão-de-obra, equipamentos e técnicas até agora dispersos, num trabalho comum e num esforço unificado de produção de medicamentos essenciais e populares." (MACHADO, 1982:90)

O reflexo desses debates se manifesta com toda força na discussão das reformas de base no governo populista e nacionalista de João Goulart. A resposta desse Governo foi a criação, através do Decreto nº 5247, de 13/09/63, do Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica - GEIFAR, presidido pelo Ministro da Saúde e composto por representantes do Ministério da Indústria e Comércio, do Ministério da Saúde, do Conselho de Segurança Nacional, do

Banco do Brasil, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, da Superintendência da Moeda e do Crédito, da Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil e da Superintendência Nacional do Abastecimento.

Ao GEIFAR competiria, entre outros: elaborar a relação básica e prioritária de medicamentos mais necessários a fim de conceder estímulos às empresas nacionais para sua produção; propor medidas para o suprimento de medicamentos às populações; propor tetos de preços de medicamentos; promover o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional, apoiando as empresas de capital nacional; promover o desenvolvimento da pesquisa químico-farmacêutica, elaborando sugestões para se criar um fundo de Pesquisa Químico-Farmacêutica, com recursos a serem providos, entre outros, por tributações específicas sobre *royalties* ou taxas de assistência técnica, pagos ao exterior, por empresas do setor; estudar a reforma do Código de Propriedade Industrial a fim de que se pudesse evitar o monopólio dos processos de fabricação de produtos químico-farmacêuticos; propor medidas disciplinadoras da propaganda de medicamentos; estabelecer normas para concessão de bonificações e prazos de pagamento às farmácias; supervisionar e fiscalizar, por iniciativa própria ou em colaboração com outros órgãos governamentais, a execução das diretrizes e planos relacionados à indústria químico-farmacêutica; promover e coordenar, em colaboração com outros órgãos governamentais, estudos sobre nomenclatura, classificação, padronização, preparo de técnicas, elaboração de normas técnicas, redução de custos, instituição de normas contábeis, etc.; levantar as necessidades dos laboratórios estatais e dotá-los dos meios necessários à fabricação dos produtos químico-farmacêuticos essenciais.

O Decreto que criou o GEIFAR propunha também, no plano mais genérico, fundamentalmente estabelecer as diretrizes básicas para a expansão da indústria farmacêutica nacional; substituir as importações e reduzir os gastos em moeda estrangeira; ampliar a produção de medicamentos mediante a facilidade de acesso às matérias-primas pela indústria nacional, e reduzir o custo dos medicamentos.

O GEIFAR não conseguiu cumprir a maior parte de seus objetivos. Segundo GIOVANNI (1980:71), "os primeiros efeitos da atuação do GEIFAR vieram em fevereiro de 1964 (Decreto nº 58584, de 21/02/64), quando se estabeleceu a obrigatoriedade de uniformização de preços nas grandes cidades e a obrigatoriedade, para a indústria farmacêutica, de apresentação de contas e cálculos de custo para o controle governamental destes. Imediatamente após a queda do Governo João Goulart, em 16/06/64, o Decreto foi revogado, após intensa campanha da ABIF - Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica".

Aliás, após o golpe militar de 1964, o GEIFAR foi incorporado a uma nova instância executiva criada pelo Decreto nº 53975/64, o GEIQUIM - Grupo Executivo da Indústria Química, dirigido pelo Ministro da Indústria e Comércio e supervisionado pela Comissão de Desenvolvimento Industrial. Como sub-grupo dessa nova instância, além de deixar de atuar diretamente sob a direção do Ministério da Saúde, sua composição também foi alterada, passando a incorporar representantes dos interesses privados. E sua finalidade básica, a partir de então, resumiu-se praticamente à concessão de incentivos fiscais à empresas interessadas na substituição de importações.

Em 1969, com a criação do Conselho de Desenvolvimento Industrial (CDI), o GEIQUIM passou a integrar o Grupo Setorial III (GS III) desse Conselho. Sua composição foi novamente alterada, excluindo os representantes da indústria privada. As principais atribuições do GS III eram analisar projetos industriais do setor químico para a concessão de incentivos fiscais e propor financiamento em condições favorecidas pelas agências financeiras governamentais.

Na verdade, o que se assiste após o golpe de 1964, além da interrupção do debate político acerca das reformas de base no país, é o reforço das tendências já manifestas do processo de acumulação capitalista do Brasil. Como afirma CARDOSO (1973:69): "O golpe de 1964 deslocou o setor nacional-burguês e o grupo estatista-desenvolvimentista da posição hegemônica que mantinham, em proveito do setor mais internacionalizado da burguesia, mais

dinâmico e mais 'moderno', porque parte integrante do sistema produtivo do capitalismo internacional".

Ainda de acordo com CARDOSO (1972:54): "Por certo, a empresa pública, o Estado e os capitalistas locais continuaram a existir e a atuar. Mas o eixo hegemônico do sistema de poder e a base dinâmica do sistema produtivo modificaram-se. Neste novo contexto, ganharam importância os grupos sociais que expressam o capitalismo internacional, sejam eles compostos por brasileiros ou por estrangeiros, por empresas brasileiras que se associam às estrangeiras ou por estas diretamente. Entretanto, também ganharam influência os setores das Forças Armadas e da tecnocracia que - por serem antipopulistas - estavam excluídos do sistema anterior, mas que em função de suas afinidades ideológicas e programáticas com o novo eixo de ordenação política e econômica constituíram-se em peça importante do regime atual: assumiram tanto funções repressivas no plano social, como modernizadoras, no plano administrativo".

Se esses eram os principais traços do novo regime, deve-se procurar uma explicação para o surgimento e tentativa de implementação de uma proposta autonomista e nacionalista que procurou-se concretizar em torno da criação da Central de Medicamentos - CEME.

II.1. O Regime, a Economia e o Estado

Tanto a criação da CEME, em 1971, como o não reconhecimento das patentes de processos da indústria farmacêutica, em 1969, são fruto de uma série de circunstâncias e fatores que refletem, basicamente, algumas das contradições do regime político instaurado em 1964. Estas contradições resultam, por seu turno, das características de um modelo de desenvolvimento de natureza dependente-associado⁴, voltado para a acumulação privada, mas com forte

⁴ Expressão cunhada por Cardoso e Faletto em Cardoso, Fernando Henrique e Faletto, Enzo, Dependência e Desenvolvimento na América Latina, Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1970.

presença do Estado; gerador de riquezas, mesmo que socialmente excludente; internacionalizante, porém também nacionalista.

Claro está que nessas condições, ao buscar sua afirmação econômica e sua legitimação política, o regime tendia a apresentar alguns movimentos pendulares, dependendo da facção representada no poder em seus vários momentos e da conjuntura econômica e política. Esse movimento pendular, entretanto, não atinge o núcleo do modelo econômico. Trata-se, na verdade, de pontual e circunstancialmente, mover-se de acordo com o que se imagina serem os interesses do regime e de sua sustentação, mesmo que suas intervenções adquiram contornos contraditórios. Mas, exatamente porque circunstancial, é mais provável que tais intervenções percam força ao longo do tempo em favor dos atributos que dão consistência a esse núcleo do modelo.

De fato, o modelo econômico brasileiro se assentava naquilo que Conceição Tavares denominava de “solidariedade orgânica” entre o Estado e o capitalismo internacional, em que “ambos participam de modo predominante no investimento e produção dos principais setores dinâmicos sem que haja entre eles contradições importantes no plano da tomada de decisões”. (TAVARES, 1973:177) Desta forma, o Estado brasileiro promoveu uma divisão de tarefas em que “cabe, em geral, ao Estado a responsabilidade mais pesada, ou seja, a de atender ao mercado interno no abastecimento de insumos generalizados baratos e de economias externas que são, evidentemente, aproveitadas pelas empresas internacionais para expandir-se internamente e até para exportar ...” (TAVARES, 1973:178). Ainda de acordo com Tavares: “A iniciativa privada nacional desempenha um papel relativamente secundário no setor industrial. Daí só haver sentido - e mesmo assim decrescente - a produção de bens de consumo não-duráveis. No entanto, é, pelo contrário, dominante no comércio e nas atividades financeiras, apesar de que também nestas últimas venham perdendo importância relativa em favor do capital estrangeiro” (TAVARES, 1973:179).

Esse modelo, segundo CARDOSO, envolvia a expansão simultânea e diferenciada dos três setores da economia: o setor nacional privado, o setor estrangeiro e o setor público (CARDOSO, 1974), o que, politicamente, exigia a estruturação de “um adequado sistema de relações entre os grupos sociais que controlam esses setores econômicos” (CARDOSO e FALETTTO, 1973:130). São esses elementos do modelo que, com certeza, EVANS adota como base para desenvolver seus estudos sobre a denominada “tríplice aliança”. Afirma EVANS: “O resultado final da incorporação da periferia ao sistema capitalista internacional, no que concerne à elite, é criar uma aliança complexa entre o capital da elite, o capital internacional e o capital estatal, a que dei o nome de “tríplice aliança” (EVANS, 1980:27).

A importância do trabalho de Evans está em seu objeto de análise, concentrado “na estrutura interna da elite brasileira para produzir um estudo da colaboração e competição entre seus diferentes segmentos” (EVANS, 1980:22) e em que examina “as bases do conflito e cooperação entre representantes do capital internacional, donos do capital local e os altos escalões do aparato estatal” (EVANS, 1980:22). Vale a pena, pois, destacar alguns dos aspectos da análise desse autor no que se refere à intervenção do Estado, que nos auxiliará na reflexão que estamos fazendo.

Uma primeira consideração diz respeito à inevitabilidade da promoção, pelo Estado, do processo de acumulação de capital, admitida a debilidade da burguesia nacional industrial para comandar tal processo. De fato, como já apontavam CARDOSO e FALETTTO (1973), a herança do modelo de crescimento para dentro, via substituição de importações, através de uma aliança populista-desenvolvimentista, era de uma burguesia industrial que nunca conseguiu uma posição política hegemônica ou mesmo dispusera de um “projeto”. Conforme afirma EVANS: “A despeito das ambiguidades em sua relação com a burguesia nacional, a posição central do Estado em relação à acumulação na periferia é incontroversa. O imperialismo como processo e as multinacionais como organizações concentram a acumulação no centro do sistema internacional.

A classe proprietária nacional não conseguiu realizar o domínio sobre a indústria local, mesmo nos países periféricos mais adiantados. A menos que o Estado possa impor sua prioridade na acumulação local e promover efetivamente a industrialização nacional, não há um patrocinador efetivo para a industrialização periférica” (EVANS, 1980:50).

É esse papel assumido pelo Estado que faz emergir o poder das burocracias públicas. De acordo com CARDOSO (in COLLIER 1982:48), a organização das relações do poder a favor do executivo nesse tipo de regime e o seu consequente fortalecimento e centralização, aumentam as exigências de uma racionalidade formal e o fortalecimento de um corpo burocrático de técnicos. Para MARTINS, o papel *sui generis* que o Estado e a burocracia passam a desempenhar nos países de industrialização recente seriam resultantes de uma grande aceleração do tempo histórico (grifos no original).

Esse fenômeno teria se manifestado na “velocidade de diferenciação e crescimento do sistema produtivo, obrigado a uma permanente adaptação à evolução e conjunturas do centro capitalista”, cujos reflexos se traduzem na “rapidez dos processos de desorganização/reorganização de parte das estruturas sociais da periferia”, tornando “extremamente difícil o processo de sedimentação de classes dominantes em ‘burguesias’, com todas as consequências que tal circunstância acarreta para o desenvolvimento por tais classes de um projeto histórico de dominação” (MARTINS, 1985:23).

Outro aspecto destacado por MARTINS (1985:24) são as “tendências simultâneas” do “enfraquecimento do Estado-nação e o fortalecimento dos aparelhos de Estado”, dada a incongruência estrutural da situação de dependência desses países e a internacionalização da produção capitalista, com “amplas repercussões, de um lado, sobre as formas de articulação dos diferentes ‘blocos de capital’ e de outro, sobre o processo de identificação, por parte das classes dominantes locais, de seus próprios interesses históricos e dos esquemas de aliança a eles correspondentes”. Isto ocorre, entre outras razões, porque “as

fronteiras do econômico (o mercado mundial) e as fronteiras do político (o Estado-nação) deixam de coincidir e os interesses prevalecentes no âmbito de cada uma dessas esferas, que se cruzam no interior da nação, tendem a obedecer a lógicas que tanto podem ser complementares quanto contraditórias”.

O terceiro fenômeno que, de acordo com o autor, emerge em conexão com os outros dois, não podendo ser explicado a partir de apenas um deles, é o da “grande autonomia adquirida nessas sociedades pela dimensão política face à dimensão econômica e à dimensão social”, o que “não apenas abre espaço para a desenvoltura com que age o Estado, como cria as condições para a auto-expansão de seu aparelho” (MARTINS, 1985:24).

É, portanto, esse conjunto de características que “faz com que o Estado não apenas tenda a desempenhar uma função ‘estruturante’ nessas sociedades em permanente e tumultuada transformação, como passe a desempenhar um papel proeminente e decisivo nessas economias, seja enquanto gestor do desenvolvimento, seja enquanto produtor direto” (MARTINS, 1985:24).

Finalmente, MARTINS manifesta sua discordância sobre a visão predominante do papel do Estado (e de sua burocracia) e suas relações com a estrutura de classes, em qualquer uma de suas vertentes, todas de inspiração marxista: a que afirma a subordinação direta do Estado (e de sua burocracia) a uma dada classe ou fração do capital e a que situa essa subordinação no contexto mais geral da função do Estado de manter as condições sociais necessárias ao exercício, pela classe capitalista como um todo, de seu domínio de classe. MARTINS prefere uma outra interpretação, baseada em OFFE e RONGE (1975), cuja síntese, realizada pelo autor, optamos por reproduzir integralmente, dada a sua importância e o fato de já representar um resumo da visão daqueles autores:

“O conceito de Estado capitalista descreve uma forma institucional de poder político. A esse poder político é vedado organizar a produção por critérios políticos próprios: a produção é privada. Em consequência, as decisões sobre a

propriedade dos meios de produção não emergem do poder político, mas da ordem capitalista que o Estado representa. De outro lado, o poder político depende indiretamente do volume de acumulação privada, pois é em função dela que variam os recursos materiais de que o Estado dispõe, pela via da imposição fiscal ou por outra via análoga. O ocupante de uma posição de poder no Estado capitalista torna-se desprovido de poder ('powerless') se o volume de acumulação privada não lhe permitir derivar os recursos indispensáveis à realização de seus objetivos políticos. Ora, sendo o Estado dependente do processo de acumulação, que está fora de seu poder organizar de forma não compatível com as relações capitalistas, o detentor do poder do Estado é basicamente interessado em promover as condições que sejam mais favoráveis à acumulação privada da qual ele depende. Assim, a ação do Estado voltada para expandir a acumulação não decorre do controle exercido pela classe capitalista sobre o aparelho do Estado, mas do próprio 'interesse institucional' deste em favorecer e a garantir a expansão do processo (acumulação privada) da qual depende seu poder" (MARTINS, 1985:37).

Pode-se concluir, portanto, que a necessidade de reprodução da burocracia pública exige a busca permanente da acumulação de capital, o que só é garantida, no modo capitalista de produção, quando a intervenção do Estado garante a acumulação privada. Esta última, afinal, é que legitima, nos planos político e ideológico, as ações da burocracia estatal. À burguesia nacional, que não dispõe do controle do Estado - antes, pelo contrário, subordina-se ao seu caráter estruturante nessas economias - resta, nos momentos de disputa dos diversos segmentos econômicos que vão liderar o processo de acumulação, recorrer ao aparelho de Estado e à sua burocracia, no sentido de incorporar-se ao processo ou de proteger-se frente à força do capital internacional. Daí se segue um mecanismo de fracionamento dessa burguesia - a que consegue uma inserção vantajosa no "tripé" e a que terá seus espaços de mercado invadidos pelo capital internacional. Por certo, esta última fração da burguesia, mais que a outra,

utilizará todos os instrumentos de pressão - incluindo parte da burocracia pública - para tentar preservar seus interesses.

As queixas do capital nacional sempre encontrarão alguma ressonância no aparelho de Estado. E este, dependendo da facção que estiver no poder naquele momento, terá um tipo de resposta. O regime, na busca de legitimação, tentará conciliar os interesses dos capitais nacionais e internacionais, o que nem sempre é possível. Quando na busca de afirmação, apresentará sempre um forte cunho nacionalista, o que não permite antever os resultados de um conflito de interesses entre aqueles capitais. As intervenções, neste caso, adquirirão contornos contraditórios e poderão significar movimentos pendulares a que nos referimos anteriormente. Não só os interesses representados no Estado, como o próprio fracionamento da burocracia pública entre os diversos interesses, sustentarão esses movimentos.

Embora o Estado seja nacionalista, não pode se mover com toda a autonomia pois os seus limites estão dados pela necessidade de preservação da acumulação. Aí residem, portanto, os limites para a pressão do capital nacional sobre o Estado. "Quanto ao capital internacional, o problema do Estado é tentar redirecionar a racionalidade global da multinacional quando entra em choque com as necessidades da acumulação local. O Estado deve coagir ou incentivar as multinacionais, para que assumam papéis que de outra maneira rejeitariam. O poder e a flexibilidade das multinacionais sugere que tornar os lucros dos investimentos nacionais desejados mais atraentes é a maneira menos problemática de assegurar uma reação, mas esse método de incentivo puro tem outros custos. Significa, habitualmente, a transferência de parte do excedente nacional para as multinacionais às expensas da burguesia nacional e do próprio Estado. Recorrer demasiadamente à coação das multinacionais também é oneroso. Não só eles provavelmente se afastarão de empreendimentos empresariais, mas também provavelmente tentarão mobilizar a oposição política, tanto interna como externamente. Não é fácil conseguir uma combinação efetiva de coação e incentivo" (EVANS, 1980:51).

De qualquer forma, os espaços de atuação dos capitais nacionais (estatais e privados) e internacionais, isto é, a divisão de trabalho entre esses capitais, reflete a força relativa, tanto econômica como política, desses capitais. Em linhas gerais, nos setores competitivos, onde não é relevante o acesso à tecnologia, diferenciação ou economias de escala, o capital nacional é predominante e preservado. Nos setores onde as inovações tecnológicas e a diferenciação são importantes, o predomínio é do capital estrangeiro. Nos setores em que as economias de escala são essenciais, os retornos são de longo prazo e a tecnologia é obtida no mercado, o domínio é do capital estatal. O espaço para a "tríplice aliança" se localiza numa zona intermediária em que não está definida a vocação de cada capital e/ou haja interesse do Estado em controlá-lo de acordo com os interesses considerados da nação.

A busca de consenso para o processo de acumulação de capital assentado nessa divisão do trabalho é realizado através de um "Estado burocrático autoritário", conforme expressão cunhada por O'DONNELL⁵. Embora hajam divergências quanto às causas da emergência desse tipo de Estado (COLLIER, 1982), é inegável que sua natureza coercitiva (aos capitais) e repressiva (à mobilização popular) será útil na promoção da acumulação do capital na medida em que mantém a ordem. Terá um traço nacionalista - base ideológica que permite dar prioridade à acumulação local, é importante na discussão com o capital estrangeiro e proporciona legitimidade à burguesia estatal frente ao capital nacional (EVANS, 1980:55). É um Estado, ademais, que tem uma

⁵ Para o autor, as principais características desse Estado seriam: "a) as posições superiores de governo costumam ser ocupadas por pessoas que chegam a elas depois de carreiras bem sucedidas em organizações complexas e altamente burocratizadas - Forças Armadas, o próprio Estado, grandes empresas privadas; b) são sistemas de exclusão política, no sentido de que pretendem, fechar os canais de acesso ao Estado do setor popular e seus aliados, assim como desativá-lo politicamente não só pela repressão mas também pelo funcionamento de controles verticais (corporativos) por parte do Estado sobre os sindicatos; c) são sistemas de exclusão econômica, porque reduzem e propõem para um futuro indeterminado as aspirações de participação econômica do setor popular; d) são sistemas despolitizantes, ou seja, pretendem reduzir as questões sociais e políticas públicas a questões "técnicas", a resolver mediante interações entre as cúpulas das grandes organizações acima mencionadas; e) correspondem a uma etapa de importante transformações nos mecanismos de acumulação das suas sociedades, que por sua vez formam parte de um processo de "aprofundamento" de um capitalismo periférico e dependente, mas dotado de uma extensa industrialização" (O'DONNELL, 1987: 21).

função “estruturante” nessas economias, o que faz ressaltar o papel das burocracias públicas (MARTINS, 1985).

II.2. As Razões para a Intervenção do Estado no Setor Farmacêutico

A exposição anterior procurou captar alguns traços do regime político do país e suas relações com a economia e o Estado que nos parecem fundamentais para entender o fenômeno da criação da CEME, bem como os desdobramentos subsequentes. Trata-se de um regime comandado pelas Forças Armadas, que se apodera do Estado, e assume uma tarefa de extrema complexidade, a saber, coordenar a obtenção de consenso entre os vários capitais, em particular nos ramos da economia essenciais para a acumulação nacional - que, no plano político, significava, um projeto idealista de Brasil-potência.

O ramo farmacêutico, pelas suas características, não se enquadrava nas articulações que visavam a estruturação setorial necessária ao processo de acumulação. Trata-se de um ramo cuja dinâmica é dada, fundamentalmente, pelas inovações de produtos e processos e em que as economias de escala das plantas de produção são irrelevantes. O que conta são as economias de escala de pesquisa e desenvolvimento. Nesse sentido, tanto a participação do capital estatal quanto do nacional nesse ramo de produção não constitui uma vocação natural. A explicação, portanto, da intervenção do Estado nesse ramo não deve ser buscada no âmbito do processo de acumulação.

É bem verdade que na primeira fase do regime militar - a do Governo Castelo Branco - prevaleceram, no plano econômico, políticas liberais que preservavam os interesses do capital internacional. A repressão política e a ortodoxia da política de estabilização econômica iriam pavimentar o caminho para

a construção de um modelo de crescimento econômico assentado no tripé Estado - capital internacional - capital nacional.

Embora prevalecesse a hegemonia militar, não significava que o poder fosse exercido monoliticamente. Tensões entre facções do regime sempre se manifestavam, em particular durante as sucessões presidenciais (CARDOSO, in COLLIER, 1982:49). A transição de Castelo Branco para Costa e Silva, por exemplo, significou o agrupamento de setores insatisfeitos com o Governo anterior, o que incluía setores nacionalistas e estatizantes, a chamada “linha dura” do regime. O endurecimento do regime representa a necessidade de manifestação de sua afirmação enquanto hegemônico e monolítico em qualquer momento em que se sente acuado ou pressionado.

Aliás, foi nesse período de afirmação do regime que se deixam de reconhecer as patentes da indústria farmacêutica através do Decreto Lei nº 1005 de 21/10/69. E foi exatamente na expressão mais dura do regime, sob a presidência do General Emílio Garrastazu Médici, que se instituiu, através do Decreto nº 68806, de 25/06/71, a Central de Medicamentos - CEME. Ambas as medidas parecem ser o resultado de uma série de questões colocadas naquele período. Na ausência de indícios factuais suficientemente fortes para sustentar as razões da intervenção governamental, é necessário especular um pouco sobre esses motivos, à luz das considerações realizadas anteriormente sobre o regime.

Uma primeira consideração diz respeito à impossibilidade real do Estado reproduzir no ramo farmacêutico, por razões já expostas, o tripé sobre o qual se assentavam as bases do processo de acumulação nacional. O deslocamento do capital nacional no pós-guerra e início dos anos 60 e a consequente desnacionalização do ramo, por certo impediam a obtenção do consenso obtido em outros setores da economia. Esse fato, com certeza, provocava a reação não só dos capitais nacionais, como também das facções nacionalistas das Forças Armadas e da burocracia pública. Se tais reações provocam a intervenção governamental para demonstrar o controle e o comando

da economia pelo regime - uma demonstração que EVANS mostrou ser necessária em alguns momentos -, por outro lado provoca uma reação proporcional do capital internacional sob ameaça, na medida em que se trata de um ramo em que a fonte do lucro (as inovações) não pode estar sob controle ou coordenação externa à dinâmica do próprio mercado em que está inscrito.

Acrescente-se a isso um elemento que passou a estar presente nas discussões nacionais a medida em que ocorre o processo de desnacionalização do ramo: a questão das importações. Como vimos anteriormente, a tradição do ramo é a importação dos principais insumos - em especial os fármacos - agregando-se a esse valor somente o processamento interno. Essa estruturação do ramo farmacêutico no país sempre foi objeto das principais críticas dos setores nacionalistas na medida em que havia uma pressão importante sobre a balança comercial do país, agravada pelas possibilidades abertas - e muitas vezes demonstradas - ao superfaturamento de tais importações e a consequente transferência de renda ao exterior, contornando, na maioria das vezes, as restrições legais.

Por outro lado, as importações de insumos estratégicos pelo capital estrangeiro aqui instalado representava, para os setores nacionalistas, a ausência de internalização da tecnologia do setor, o que, na prática, redundava na manutenção da dependência setorial. Esse fato seria incompatível com as pretensões de um Brasil-potência ou com as ambições das facções que adotavam convictamente a ideologia da segurança nacional no sentido da defesa nacional. Embora o argumento da segurança nacional seja permanentemente utilizado para as questões de ordem interna ou mesmo oportunisticamente para diversos fins, não se pode negar que, no caso dos medicamentos, o mencionado argumento ganha força quando se refere aos inimigos externos.

Finalmente, não se pode omitir o fato de que o regime, na ausência de mediação com o estrato popular da sociedade civil, tende, em algumas circunstâncias em que se vê ameaçado ou sob críticas, a buscar legitimidade

junto à sociedade através da propaganda oficial ou medidas de impacto. Como veremos mais adiante, a decisão do Governo de tentar intervir na área de medicamentos, através da criação da CEME, parece constituir uma medida de caráter populista, importante para o regime naquele momento. Embora essa ação do regime também possa ser interpretada como uma tentativa de proteção do capital nacional, este aspecto parece constituir muito mais um desdobramento secundário do que o objetivo da ação principal.

O que se pode dizer é que, naquele momento, o Estado estava articulando, através da atuação direta ou em associação com os capitais nacionais e estrangeiros, a condução da política em relação aos principais insumos estratégicos. Não era o caso, entretanto, dos fármacos. Nesse sentido, é que o ato de criação da CEME também pode indicar a busca, através de alguns setores nacionalistas das Forças Armadas, de um espaço de atuação nesse setor, aparentemente preocupados com a questão da segurança nacional. Essa iniciativa acabaria abrindo caminho para as tecnocracias civil e militar nacionalistas avançarem em suas proposições autonomistas para o setor.

Exatamente porque essa ação do regime não se coaduna com o caráter internacionalizante do modelo econômico, conflita com as possibilidades de acomodação dos diversos capitais e não considera o fato de que os principais atores que detêm o poder no regime não compõem a corrente nacionalista, é que a proposta de criação da CEME encontraria grandes dificuldades no momento de implementação das políticas advindas de sua criação. A tendência, portanto, ao longo do tempo, seriam as políticas em torno da CEME se acomodarem e se submeterem aos interesses majoritários do regime e do modelo econômico, não obtendo êxito na maioria de suas intenções.

De um órgão, portanto, que nasce de uma pretensão assistencialista, mas que é aprisionado por setores nacionalistas que pretendem implantar uma política autonomista, a tendência da CEME é, ao longo do tempo, conviver com essas duas tendências. Embora não antagônicas, prevalecerá, no

plano político, a proposta assistencialista em detrimento da proposta autonomista, pelas razões que acabamos de expor.

III.3 A CEME, o Plano Diretor de Medicamentos e Principais desdobramentos

A constituição da CEME e a consequente aprovação do Plano Diretor de Medicamentos (PDM) expressam uma tentativa de combinar adequadamente uma política de assistência farmacêutica com uma política de medicamentos, aquela dando o suporte para as ações desta. No entanto, ambas as políticas foram ciclotímicas e sofreram percalços ao longo do caminho. A tendência, de qualquer forma, foi a perda de força da política de medicamentos e o reforço da vertente assistencialista.

Não entendemos, como SOUZA PAULA (1991), que a ênfase assistencial que está nas origens da criação da CEME seja a razão do fracasso da política industrial para o setor farmacêutico. Ao contrário, julgamos que a política assistencial sempre foi a âncora política que permitiu abrir algum espaço para a discussão e propostas de ação no âmbito setorial. Na verdade, o fracasso da proposta autonomista gerada em torno do projeto CEME está relacionado ao fato de que a referida política não era nem um pouco hegemônica no interior do regime e do Estado brasileiro, como não viria a sê-lo após a mudança de regime.

A inclinação assistencial, portanto, é claramente resultante da composição das forças políticas no poder na história recente do país. E a presença recorrente da discussão sobre a importância de uma política industrial para o setor farmacêutico, mais se assemelha a um movimento de resistência permanente de alguns setores preocupados com as questões estruturais do país, do que corresponde a um projeto articulado e organizado que, em algum momento, teve presença ou influência significativa nos planos ou intenções governamentais desde quando essa questão vem sendo debatida.

As circunstâncias do surgimento da CEME, segundo depoimentos obtidos por LUCCHESI (1991), oferecem indícios suficientes de que tratou-se de uma decisão carregada de matizes populistas do regime militar, além de envolver, inicialmente, questões relacionadas à segurança nacional interna (manutenção da ordem) e necessidade de afirmação da facção representada no poder naquele momento. A decisão de criação da CEME, pelo Presidente Médici, teria obedecido a seguinte sequência de fatos: 1º) o Presidente teria ficado surpreso com o preço de um medicamento e teria afirmado que, daquela forma, o povo não poderia ter acesso a medicamentos, podendo gerar insatisfação, críticas e manifestações contra o governo; 2º) o Presidente fôra comunicado que a tentativa de produção de alguns medicamentos através de um laboratório criado junto ao INPS, projeto incentivado por ele, estaria sofrendo boicote por forças do próprio regime; 3º) como resposta à essas dificuldades, inclusive no interior do regime, é que teria tomado a decisão de criar a CEME. Como se vê, a criação da CEME constitui um ato isolado de uma facção do regime no poder naquele momento e não o resultado de uma política deliberada desse regime. As dificuldades que daí adviriam serão inevitáveis.

Os termos do Decreto de instituição da CEME (Decreto nº 68 806, de 25/06/71) são esclarecedores. Demonstram não só a preocupação com os preços dos medicamentos destinados às classes de renda mais baixas, como parecem confirmar a tese de que a Presidência da República - e a facção do regime que representava - dava uma resposta aqueles que tentavam impedir a implementação de suas decisões. Em primeiro lugar, porque subordinava a CEME à Presidência da República, fato que inegavelmente procurava demonstrar a quem caberia a condução do processo. Em segundo, porque atribuía à CEME a função de coordenação dos laboratórios oficiais federais através de uma Comissão Diretora também nomeada pelo Presidente.

De fato, o Decreto, em seu artigo 1º, institui a CEME como "órgão da Presidência da República destinada a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas

condições econômicas, não podem adquiri-los”(redação complementada no Decreto nº 69 451, de 01/11/71, por “adquiri-los por preços comuns de mercado”). Em seu artigo 2º, o Decreto nº 68 806 dizia que a CEME funcionaria como órgão “regulador da produção e distribuição dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde”. Essa função foi posteriormente ampliada para contemplar outros laboratórios oficiais que viessem a fazer convênio com a CEME (artigo 2º do Decreto nº 71 205, de 04/10/72). Além disso, o artigo 7º do Decreto nº 69 451 já atribuía à Comissão Diretora da CEME a competência para “aprovar a relação de medicamentos essenciais que podem ser fabricados pelos laboratórios do governo ou adquiridos da iniciativa privada”.

Mas a proposta de intervenção ia além. O mencionado Decreto nº 71 205 previa, dentre outros, alguns objetivos principais: a) estabelecer níveis de preços para os produtos básicos a serem adquiridos pelo Governo; b) incentivar, mediante convênios e acordos, atividades de pesquisa para a descoberta de novas matérias-primas, bem como aperfeiçoar as técnicas e processos de fabricação de medicamentos; c) buscar coordenar as atividades de produção, distribuição, pesquisa e controle de qualidade de entidades públicas e privadas, visando à unidade de ação em seus propósitos.

Tais proposições evoluíram e foram consubstanciadas no Decreto nº 72552, de 30/07/73, que criava o Plano Diretor de Medicamentos (PDM). Esse Plano marca definitivamente as propostas nacionalistas e intervencionistas para o setor farmacêutico, reunindo, num só documento, não só a disposição de promover a assistência farmacêutica aos estratos populacionais de menor renda, como uma política de medicamentos que buscava reduzir a dependência do país no setor através de incentivos à pesquisa, à formação de recursos humanos e ao capital nacional e laboratórios oficiais. Dada a importância desse documento, vale a pena reproduzir as denominadas políticas básicas do PDM:

1. Adoção de medidas de racionalização do “Sistema Oficial de Produção de Medicamentos”, mediante:

- a. dinamização do desenvolvimento industrial pela realização de investimentos em modernização de equipamentos, complementação de obras, capacitação intensiva de recursos humanos e melhoria dos processos de gestão administrativa, necessários e adequados à transformação tecnológica e ao crescimento da produção e produtividade do sistema;
- b. dinamização das atividades reguladora e de coordenação da Central de Medicamentos, visando à regionalização e especialização do sistema produtor oficial e ao desenvolvimento de projetos de fusão, pela captação e aplicação de recursos derivados de incentivos oficiais;
- c. estabelecimento e oficialização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, consideradas as diferenças de desenvolvimento regional;
- d. uniformização de procedimentos farmacotécnicos e de análise e controle de qualidade dirigidos em função de melhor facilidade de aplicação, eficácia terapêutica ou profilática e atendimento aos estratos populacionais vulneráveis.

2. Adoção de medidas de racionalização do “Sistema Oficial de Controle Técnico da Produção e Comercialização Farmacêutica”, mediante:

- a. estabelecimento e dinamização de sistema nacional integrado de vigilância farmacológica pela realização de investimentos em modernização de

equipamentos, capacitação de mão-de-obra técnico-científica e melhoria dos processos de planejamento e gestão administrativa, necessários ao aprimoramento tecnológico e exercício eficiente de suas atividades;

- b. estabelecimento e oficialização de padrões da análise e controle de qualidade de produtos industriais farmacêuticos, visando ao desempenho das atividades de licenciamento e fiscalização;
- c. estabelecimento de sistemática de avaliação permanente da ação mutagênica e da eficácia dos medicamentos em função de sua utilização terapêutica, profilática ou auxiliar;
- d. definição de mecanismos especiais de controle da produção e comercialização de antibióticos, hormônios e corticosteróides, visando à sua adequada dispensação ao consumidor, na escala do comércio varejista;

3. Aumento e diversificação da oferta oficial de medicamentos, mediante:

- a. dinamização do suprimento de agentes imunizantes e de controle das doenças transmissíveis;
- b. dinamização do suprimento de medicamentos ao menores de 5 (cinco) anos, gestantes e puérperas e aos estratos populacionais de renda familiar média mensal não excedente ao valor do maior salário-mínimo vigente do país;
- c. manutenção de estoques de medicamentos de difícil aquisição, no país, utilizados na terapêutica de doenças de rara incidência, porém de grande transcendência em saúde;

- d. desenvolvimento de estudos para distribuição, pela Central de Medicamentos, de produtos farmacêuticos da Relação de Medicamentos Essenciais, através de credenciamento do sistema varejista privado;
- e. estabelecimento do consumo e prescrição obrigatória dos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais nas instituições oficiais de atendimento comunitário, de administração direta ou indireta e fundações, proibindo-se a aquisição de similares terapêuticas;
- f. participação de empresas industriais químico-farmacêuticas de capital exclusivamente brasileiro no sistema de produção na Central de Medicamentos, mediante credenciamento baseado nos estudos de seu potencial tecnológico-industrial, e de seu custo de fabricação;
- g. participação das instituições federais de administração direta, indireta ou fundações no financiamento da distribuição de medicamentos aos seus segurados e beneficiários;
- h. dinamização de atividades de divulgação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, junto às classes profissionais de saúde e, do sistema de distribuição, junto ao público em geral.

4. Adoção de medidas de apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica aplicada, mediante:

- a. dinamização do sistema oficial de pesquisa pela realização de investimentos em modernização de equipamentos e capacitação de mão-de-obra técnico-científica, necessários ao desenvolvimento tecnológico do país e à produtividade do sistema;

- b. financiamento de melhoria e desenvolvimento de processos de obtenção de substâncias de uso farmacológico, visando à dinamização do conhecimento tecnológico e a sua aplicação;
- c. financiamento de pesquisas de obtenção de novas substâncias de uso terapêutico, profilático ou diagnóstico, que contemplem na sua realização:
 - o desenvolvimento da farmacologia molecular;
 - estudos da toxidez, teratogênese e eficácia medicamentosa;
 - o desenvolvimento de técnicas de estudo do metabolismo de produtos farmacêuticos;
 - análise de viabilidade técnica e econômica de processamento de drogas em fase piloto;
 - o desenvolvimento de tecnologia de fabricação em escala industrial.
- d. realização de estudos para implantação de sistemática que obriga a aplicação de percentual, calculado sobre o faturamento das grandes empresas farmacêuticas, na realização de pesquisa química e farmacológica no país.

5. Adotação de medidas de apoio, capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos, mediante:

- a. financiamento de estudos de pós-graduação em técnicas de síntese química e fermentação bioquímica;
- b. financiamento de estudos de pós-graduação em metodologia de pesquisas farmacológicas e farmacoclínicas;

- c. financiamento de estudos de extensão e pós-graduação em técnicas de engenharia químico-farmacêutica;
- d. financiamento de estudos de extensão em técnicas de administração da produção industrial.

6. Adoção de medidas de apoio à indústria químico-farmacêutica genuinamente brasileira, mediante:

- a. estabelecimento de controle governamental dos investimentos estrangeiros substitutivos do nacional;
- b. definição de relação de medicamentos de elaboração tecnológica pouco refinada, visando identificar áreas especiais de crescimento da pequena e média empresa;
- c. desenvolvimento de estudos visando à eliminação de práticas oligopolísticas na oferta de matérias-primas, exercidas com base nos instrumentos oficiais disponíveis de proteção tributária;
- d. estabelecimento de mecanismos de preferenciabilidade na concessão de créditos públicos e na execução das políticas de incentivo à modernização e desenvolvimento industrial;
- e. estabelecimento de mecanismo de apoio ao desenvolvimento de sistema integrado - indústria química e de transformação farmacêutica - associando recursos públicos e privados, visando:
 - ao aproveitamento industrial do desenvolvimento de pesquisa de obtenção de matérias-primas e princípios ativo farmacológicos;
 - à substituição de importação de matérias-primas para atendimento à relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
 - à transferência de tecnologia, adequada ao desenvolvimento nacional.

f. aquisição de matérias-primas químico-farmacêuticas necessárias à elaboração de produtos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

7. Adoção de medidas técnico-administrativas e institucionais de implementação do Plano Diretor de Medicamentos, mediante:

- a. instituição de órgão colegiado normativo e de coordenação setorial;
- b. racionalização jurídico-organizacional da Central de Medicamentos como órgão da administração indireta;
- c. institucionalização do planejamento para permitir a continuidade e aprofundamento dos estudos setoriais voltados a um esforço permanente de avaliação e modernização;
- d. desenvolvimento de estratégia de integração setorial do governo na aplicação das políticas recomendadas.

Como se vê, tratava-se de um plano que procurava preencher todos os espaços imaginados necessários à reversão da dependência nacional no setor. Entretanto, não passava de um plano de intenções. Não se apontavam as instituições, os instrumentos e os recursos necessários à consecução dos objetivos propostos. Nesse sentido, deixava aberta a necessidade de um amplo processo de negociação para sua amarração e implementação. Isso envolveria, logicamente, penetrar numa arena em que os atores políticos e outras facções do poder estariam representadas. Somente após essas negociações é que se saberia se a carta de intenções do plano poderia se transformar em ações concretas.

Em princípio, o PDM adotara a estratégia política possível. Atendia aos interesses nacionalistas e à vertente assistencialista. Atendia ao capital nacional e aos laboratórios oficiais, inclusive os das Forças Armadas. E é claro

que não podia atender aos interesses do capital estrangeiro; ao contrário, suas proposições representavam uma séria ameaça à hegemonia desse capital no setor farmacêutico. Imagina-se, portanto, que seus formuladores previam uma inevitável queda de braços cujo resultado dependeria do jogo de poder das facções do regime e sua maior ou menor permeabilidade às pressões políticas representativas dessa fração de capital estrangeiro.

Conforme previsto, houve um torpedeamento do plano pelo capital estrangeiro. Aliás, o projeto CEME já vinha sendo alvo de críticas por esse capital desde a sua criação⁶. Com o PDM, aumentava a preocupação do capital estrangeiro com o seu destino no setor farmacêutico do país. No entanto, ao invés de um ataque frontal - que poderia gerar reações adversas no interior do regime e fora dele - a ação desses capitais se dá nos bastidores do poder, em particular explorando os interesses divergentes das facções do regime. O argumento público do capital estrangeiro sempre foi o mesmo: 1º) o Estado estaria extrapolando o âmbito possível de sua atuação, para exercer uma atividade em que não tem a mesma competência que o setor privado e deixando de atuar em atividades que lhe são inerentes; 2º) o setor privado sempre esteve disposto a colaborar para que a assistência farmacêutica atinja as classes de menor renda, bastando para tanto sua convocação, pois poderia até fornecer a preços mais baixos para compras em grande quantidade pelo Governo.

Mas não houve sequer tempo para que a discussão evoluísse. A posse do Governo Geisel significou, em curto espaço de tempo, o esfacelamento do projeto em torno da CEME. Duas medidas foram suficientes: transferiu a CEME da órbita da Presidência da República para o recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) através do Decreto nº 74 000 de 01/05/74 e deslocou as funções de fomento à pesquisa da CEME para a Secretaria de Tecnologia Industrial (STI) do Ministério da Indústria e Comércio (MIC), através do Decreto nº 75561 de 04/04/75. Ambas as medidas procuram

⁶ São vários os autores que apontam tais pressões, dentre os quais KUCINSKI e LEDOGAR (1977), GIOVANNI (1980), CORDEIRO (1988), LUCCHESI (1991) e SOUZA PAULA (1991).

direcionar a CEME para a assistência farmacêutica e retirar o seu poder na política industrial: a primeira, diretamente, pois a subordinou a um Ministério assistencialista; a segunda, porque a impedia de utilizar sua política de compras enquanto instrumento da política industrial para o setor farmacêutico. Estavam arquivadas, portanto, prematuramente, as pretensões mais amplas de uma política autonomista para o setor.

As justificativas para a implosão das pretensões contidas no PDM no Governo Geisel não são difíceis de serem encontradas. Em primeiro lugar porque se tratava de uma nova facção do regime que assumira o poder e que, embora também nacionalista, encontrara um ambiente político que conduziria o regime a promover uma distensão política, o que diminuía o espaço para decisões de natureza afirmativa, além do que o crescimento do setor produtivo estatal passara a incomodar alguns setores da elite nacional e internacional, o que culminou, ao longo do governo Geisel, em uma ampla campanha antiestatização e pela redemocratização. Em segundo, porque a formulação do II PND - um plano que procurava avançar no processo de substituição de importações - implicava em realizar amplas negociações em torno do "tripé", configuração estrutural que já se sedimentara em setores importantes da economia nacional. Em terceiro, porque as condições objetivas do setor farmacêutico - amplamente desnacionalizado; sem a presença marcante do capital nacional; onde o Estado, além de historicamente ausente, não detinha condições de acesso vantajoso às matérias-primas ou à tecnologia, entre outros - não permitiam antever um projeto exitoso do regime ou crucial à acumulação nacional. Em último lugar, mas não menos importante, a presença no Governo da figura determinante do General Golbery do Couto e Silva, ligado aos interesses de uma empresa estrangeira significativa do grupo químico, controladora de uma empresa também importante do ramo farmacêutico⁷.

⁷ As especulações e afirmação da importância da presença do General Golbery no governo, na defesa do capital estrangeiro da indústria farmacêutica são encontradas em LUCCHESI (1991).

Tais fatos não significaram, entretanto, que não continuassem as tentativas de implementação de alguns projetos voltados para a redução da dependência do setor farmacêutico. Mas nunca se tratou de uma ação planejada, articulada e coordenada centralizadamente como se pretendia através do PDM. No Governo Geisel, enquanto o MIC era comandado por Severo Gomes, a STI - ainda com a colaboração da CEME - concedeu alguns recursos para pesquisa no desenvolvimento de fármacos. No contexto no II PND também foram concedidos alguns financiamentos através do BNDE, bem como alguns incentivos via CDI para os projetos de produção de fármacos.

No Governo Figueiredo tentou-se ressuscitar, através da Portaria Internacional MS/MPAS/MIC nº 12, de 23/10/81, o espírito e as propostas do PDM com a criação do Grupo Interministerial da Indústria Farmacêutica (GIFAR). Este grupo, constituído basicamente pela mesma burocracia derrotada em seus propósitos no Governo Geisel, fez a proposta do Programa Nacional da Indústria Químico-Farmacêutica (PNIQF) - na verdade, uma nova versão do PDM - que, no entanto, não foi subscrita pelos ministros da área econômica, alegando que as intenções ali contidas prejudicariam a negociação da dívida externa (LUCCHESI, 1991:239).

Barrados nessa tentativa, somente três anos após o grupo autonomista encontrou espaço na legislação do Ministério da Saúde para que fosse editada a Portaria Interministerial nº 4, de 03/10/84. De acordo com essa Portaria, nenhuma empresa poderia mais fabricar matéria-prima farmacêutica sem a autorização e registro do Ministério da Saúde. Isso exigiria que todos os fabricantes de matérias-primas e insumos farmacêuticos utilizados para a produção de produtos controlados pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) teriam que submeter seus projetos à aprovação do CDI, mesmo que não visassem a obtenção de incentivos do Estado. Através da ocupação de cargos estratégicos nos órgãos encarregados dessa aprovação, o grupo autonomista tentava estabelecer uma reserva de mercado que fosse preenchida por capitais

nacionais incentivados pelo Estado (LUCCHESI, 1991:245-248). Tal portaria só viria a ser revogada no início do Governo Collor, em 1989.

Não obstante a fragilidade institucional e as marchas e contramarchas das políticas, não se pode negar que nos anos 80 foram muitas as iniciativas dirigidas ao desenvolvimento da produção de fármacos no país com apoio institucional. Sustentada pela lei de patentes, pela Portaria nº 4, pelas políticas científicas e tecnológicas que vão se constituindo ao longo da década e pelo apoio financeiro a diversos projetos, o valor da produção de fármacos no país cresceu de US\$ 268 milhões em 1982 para US \$ 521 milhões em 1987 (QUEIRÓZ, 1993: 136).

Como dissemos no início deste trabalho, a discussão e reflexão em torno dessa política não é o objetivo deste trabalho, pois já foi muito bem tratada em vários estudos recentes, já mencionados. Exatamente por isso cabe a citação de um desses autores quando faz um balanço da situação no final da década de 80: "Em suma, o que se critica não são os programas específicos para o desenvolvimento científico e tecnológico da área, mas fundamentalmente a inexistência de uma política global e articulada (grifos nossos) para a capacitação local (...) que considere as características estruturais dos diferentes setores em que exerce um impacto mais decisivo" (GADELHA, 1990:134). Como se vê, essa conclusão é a mesma que desenhamos ao longo da breve exposição sobre as dificuldades de implementação de uma política de medicamentos e ajuda a entender o direcionamento da CEME para a política de assistência farmacêutica em prejuízo de suas funções de coordenação de uma política de medicamentos.

Discute-se, de qualquer forma, por que o projeto CEME não teria obtido êxito. Já discordamos da afirmação de SOUZA PAULA (1991) de que seu pecado original foi ter nascido de uma proposta assistencialista (vide seção II.2). Uma variante dessa mesma tese é apresentada por EVANS (1980:225) : "O fracasso da CEME mostrou a dificuldade de construir uma empresa estatal em torno de outro objetivo que não seja a acumulação". O autor se baseia, para essa

conclusão, na ausência de condições objetivas para se formar o “tripé” no setor farmacêutico: “Na indústria farmacêutica o Estado não dispunha de nenhum dos elementos de pressão que desfrutava na indústria petroquímica e na extração mineral. Não controlava nenhum recurso natural significativo e relevante para os produtos farmacêuticos. As matérias-primas não só eram importadas, mas também eram produzidas pelas próprias multinacionais em suas instalações no país centro. O controle de nova tecnologia pelas multinacionais lhes proporcionava uma nova e esmagadora vantagem. A indústria também era de difícil penetração pelo Estado porque seus produtos são vendidos a compradores individuais, e não a outras indústrias. Os remédios são importantes para o bem-estar da população, e teria sido constrangedor para o Estado ter lucros com a sua venda” (EVANS, 1980:220). Acrescenta, ainda, o autor: “Além disso, a experiência da CEME revelou os obstáculos que o Estado enfrentaria se tentasse restabelecer o equilíbrio entre o capital nacional e o estrangeiro nas indústrias totalmente dominadas pelas multinacionais”. (EVANS, 1980:225).

Poderíamos discordar do autor em uma ou outra das questões colocadas. Entendemos, até, que EVANS tem uma certa razão quando se refere ao fato do fracasso da CEME estar vinculado ao fato de não ter sido criada com o objetivo da acumulação. Afinal, se a CEME fosse constituída à semelhança de outras estatais, poderia ter adquirido uma estratégia própria de sobrevivência e acumulação orientada por uma dinâmica ditada por elementos do mercado e não pela orientação política dos governos. Mas, por outro lado, as dificuldades de se criar uma empresa com o objetivo de acumulação tinham também outras razões, entre outras: 1º) na estrutura e dinâmica do ramo farmacêutico, dificilmente caberia um monopólio estatal; 2º) o ramo exige um grande aporte de recursos para pesquisa, cujo retorno não está garantido e, portanto, sujeito a altos riscos; 3º) o êxito no ramo depende de estratégias comerciais e mercadológicas que não combinam com a cultura do setor público; 4º) uma presença forte do Estado expulsaria, com certeza, os capitais privados nacionais presentes no ramo e haveria grandes dificuldades de congregar os interesses dos laboratórios oficiais

existentes; 5º) o boicote e a pressão dos capitais estrangeiros seriam muito mais acentuados; 6º) durante um longo período, as receitas da empresa seriam insuficientes para sustentar as necessidades de pesquisa e desenvolvimento.

Entende-se, portanto, porque a CEME não poderia ter sido criada com o objetivo da acumulação. A estratégia adotada pelos grupos vinculados à sua constituição fôra correta: através de seu cunho assistencial criava-se o espaço para desenvolver uma política industrial, não com o objetivo de acumulação própria, mas através dos capitais nacionais e laboratórios oficiais. Se os resultados não foram os esperados, não se deveram à sua concepção ou desenho estratégico original, mas à ausência de sustentação política para um projeto que contrariava a natureza do modelo econômico.

II.4 A Política de Assistência Farmacêutica, a CEME e o Setor Produtivo Estatal Farmacêutico

Se à CEME não foi permitido implementar o conjunto de suas propostas de política de medicamentos, cabe investigar a importância de sua existência e atuação em todo o período, bem como avaliar como desempenhou a sua função na área de assistência farmacêutica.

Conforme visto, não restam dúvidas que a CEME, institucionalmente, ou através de uma rede de anéis burocráticos⁸ (vide SOUZA PAULA, 1991 e LUCCHESI, 1991), conseguiu, ao longo de sua existência, provocar o constante debate a respeito da dependência e da capacitação interna do setor farmacêutico e, desta forma, interferir ou influenciar nos rumos das políticas industriais e de

⁸ Estamos nos referindo, no caso, não só ao cruzamento de interesses entre facções da burocracia pública nacionalista e a burocracia privada ligada ao capital nacional, mas ampliando esse conceito para contemplar as relações intraburocracia pública nos diversos setores do Estado, em defesa dos interesses da proposta autonomista. Esta abordagem constitui uma adaptação do conceito de anéis burocráticos proposto originalmente por CARDOSO (1975).

ciência e tecnologia correspondentes. Portanto, se algum avanço houve na capacitação interna, como concordam os autores que trataram do tema (FRENKEL, 1990, GADELHA, 1990, QUEIRÓZ, 1993), a CEME deu uma importante contribuição.

Por outro lado, não se pode esquecer que foi a presença do elemento assistencial na CEME que permitiu a sua inserção nas demais políticas. Portanto, é importante que se analisem as demais consequências da criação e atuação da CEME enquanto órgão do Governo Central encarregado de promover a assistência farmacêutica em todo o país. O exame dessa questão conduz, ao nosso juízo, à explicação para o fenômeno da constituição e evolução do setor produtivo estatal farmacêutico, objeto de nosso trabalho de investigação.

Durante a elaboração do Plano Diretor de Medicamentos (PDM), entre 1972 e 1973, foram elencados 3 laboratórios estatais de economia mista e 20 laboratórios públicos (vide Quadro III). A maioria desses laboratórios não constituía efetivamente uma planta industrial, mas um conjunto de instalações para produção em pequena escala, de uma pequena variedade de produtos. Para se ter uma idéia, no conjunto da amostra utilizada para o PDM - em que não constam, fundamentalmente, um grande número de pequenas empresas sem expressão - as empresas de economia mista representavam somente 0,9% do valor do capital integralizado. No faturamento, o conjunto do setor público - empresas de economia mista e administração direta - alcançava apenas 0,7% (PDM - ANÁLISE DIAGNÓSTICA, VOL. I, 1973).

Com esse quadro inicial, a implementação de uma política de assistência farmacêutica e de medicamentos que privilegiasse os laboratórios oficiais - como constam dos documentos oficiais de criação da CEME e do PDM - provavelmente encontraria muitas dificuldades. Não existia uma base industrial estatal suficiente e adequada e o setor público, em particular os laboratórios oficiais da Administração direta, não apresentava o perfil e as condições necessárias às tarefas produtiva e comercial. O segundo fornecedor privilegiado

eram os laboratórios de capital nacional que, no início da década de 70 detinham cerca de 21% do capital do setor farmacêutico de acordo com os dados da CEME (PDM - ANÁLISE DIAGNÓSTICA, VOL.I,1973). Os laboratórios de capital estrangeiro só seriam utilizados como fornecedores da CEME para os medicamentos indispensáveis à assistência farmacêutica que não pudessem ser supridos pelos laboratórios oficiais e empresas de capital nacional.

QUADRO III

Relação de Laboratórios Oficiais - 1972

1. EMPRESAS DE ECONOMIA MISTA:
. Indústrias Químicas do Estado de Goiás - IQUEGO
. Instituto Vital Brazil S.A.
. Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. - LAFEPE
2. LABORATÓRIOS PÚBLICOS:
. Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica
. Instituto Butantan
. Laboratório Farmacêutico da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde - SP
. Laboratório Farmacêutico do Departamento de Saúde do Serviço de Saúde Pública - PR
. Laboratório Químico Farmacêutico do Exército
. Laboratório Químico Farmacêutico do Espírito Santo
. Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara
. Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto
. Fundação Ezequiel Dias
. Farmácia Hospitalar da Penitenciária do Estado de São Paulo
. Farmácia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP
. Laboratório Industrial Farmacêutico Professor Lauro Wanderley - Paraíba
. Laboratório Farmacêutico da Marinha
. Serviço Farmacêutico da Polícia Militar de São Paulo
. Laboratório Industrial da Polícia Militar do Estado De Pernambuco
. Polícia Militar do Estado de Minas Gerais
. Serviço da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais
. Faculdade de Ciência Farmacêutica da Universidade de São Paulo
. Secção Industrial do Departamento Técnico Farmacêutico da Faculdade Farmácia da Universidade Federal do Ceará
. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás

Fonte: Plano Diretor de Medicamentos - Análise Diagnóstica Vol. I, 1973 - CEME

Mesmo nessas condições, a CEME adota a estratégia de privilegiar os laboratórios oficiais, o que acabou se constituindo numa importante alavancagem para esse setor. Como se pode observar na Tabela I, nos cinco primeiros anos da CEME (1972/1976), a aquisição de medicamentos dos laboratórios oficiais representam, em média, 70% das aquisições da CEME. De 1977 a 1985 essa média cai para 60%, declina, para algo em torno de 50% entre 1986 e 1989 e, embora sofrendo grandes oscilações de 1990 a 1995 mantém a média de aproximadamente 50%. É importante notar que, a esse movimento de perda de importância relativa dos laboratórios oficiais, correspondeu, até 1981, a um aumento da participação dos laboratórios multinacionais. Somente a partir de 1982 é que aumenta a participação relativa das empresas de capital nacional e, já no final da década de 80, são responsáveis por aproximadamente 45% das aquisições da CEME, percentual equivalente aos laboratórios oficiais (ver Tabela II). Com o aumento do peso relativo do capital nacional, declina a importância dos laboratórios multinacionais que, no final da década de 80, passaram a ser responsáveis por menos de 10% das aquisições da CEME (Tabela II). Vale notar que tais movimentos ocorrem simultaneamente a uma expressiva elevação do valor das aquisições da CEME ao longo dos anos (ver Tabela I): de uma média de US\$ 40 milhões entre 1974 e 1976, cresce paulatinamente até superar US\$ 120 milhões entre 1981 e 1986, salta para US\$ 212 milhões entre 1987 e 1989 e atinge a importante cifra média de US\$ 435 milhões no período de 1989/1995, equivalente a cerca de 13,5% do faturamento do mercado farmacêutico nacional⁹. Em termos físicos, as aquisições da CEME poderiam estar representando entre 20 a 30% da produção nacional¹⁰.

É inegável, portanto, que nos primeiros dez anos a CEME privilegia os laboratórios oficiais, mas depende do fornecimento das multinacionais, e o

⁹ FRENKEL (1990) estima em US\$ 3,2 bilhões o mercado farmacêutico nacional.

¹⁰ Estimativa a que chega se admitirmos as seguintes hipóteses: a) o setor estatal é responsável por cerca de 50% do fornecimento à CEME; b) dependendo do conjunto de medicamentos considerado, as aquisições junto aos laboratórios oficiais podem representar entre 1/2 e 1/3 dos preços praticados pela empresa líder (ver Tabela I do Anexo da seção III.3); c) com certeza, a CEME, através de licitações públicas, obtém preços menores que os praticados no mercado pelas empresas privadas.

capital nacional não era capaz de responder às necessidades da política de assistência farmacêutica. Somente após esse período é que o capital nacional passa a ter uma importância crescente nas aquisições da CEME. Embora tais números possam, aparentemente, representar um avanço do capital nacional em detrimento do estrangeiro, outras hipóteses - a serem investigadas - poderiam ser levantadas: 1º) a descentralização das ações de saúde no país, particularmente na segunda metade da década de 80, teria ampliado o mercado farmacêutico não coberto pela CEME, incentivando os laboratórios multinacionais a abandonarem as problemáticas relações com a CEME e a instabilidade de sua política em favor de outros mercados; 2º) o fato de venderem menos à CEME não significa necessariamente que os laboratórios estrangeiros estejam perdendo mercado, pois não se pode esquecer que tais laboratórios são grandes fornecedores de fármacos para os laboratórios oficiais e para o setor privado nacional.; 3º) a estes dois últimos restaram o ônus das relações tortuosas e complexas com a CEME, um refúgio muitas vezes importante para o capital nacional e questão de sobrevivência para alguns laboratórios oficiais.

A trajetória da política de assistência farmacêutica através da CEME manifesta uma grande descontinuidade. Não tanto pela evolução dos gastos com aquisição e distribuição de medicamentos que, embora com algumas oscilações, apresenta um acentuado aumento, particularmente nos anos 80 (conforme Tabela I). As dificuldades se apresentam muito mais pelo lado da fonte de recursos do orçamento CEME, de seu vínculo institucional, dos conflitos em relação às suas atribuições e da transição permanente da política de saúde do país.

TABELA I

Estimativa de Aquisição de Medicamentos dos Laboratórios Oficiais pela CEME

Ano	Orçamento CEME (US\$ milhões)	% Aquisição/ Distribuição	Aquisição/ Distribuição (US\$ milhões)	% Aquisição Laboratórios Oficiais	Aquisição Laboratórios Oficiais (US\$ milhões)
1972	11,0	83,4	9,2	73,6	6,8
1973	25,7	94,9	24,4	74,9	18,3
1974	49,5	87,7	43,3	48,0	20,8
1975	46,8	86,3	40,4	64,1	25,9
1976	45,3	88,7	40,2	77,0	30,9
1977	57,6	96,0	55,3	55,5	30,7
1978	70,9	93,9	66,6	56,8	37,8
1979	70,9	96,0	68,1	70,6	48,0
1980	85,5	96,3	82,3	60,9	50,1
1981	128,0	97,9	125,3	55,8	69,9
1982	123,0	97,1	119,4	62,4	74,5
1983	136,9	93,8	128,4	63,9	82,0
1984	96,1	94,9	91,2	62,6	57,1
1985	153,5	93,7	143,8	66,3	95,4
1986	254,0	92,4	234,7	53,8	126,3
1987	229,1	94,0	215,3	44,6	96,0
1988	205,5	91,2	187,4	45,6	85,5
1989	482,4	95,6	461,2	56,0	258,3
1990	506,45	90,0	456,8	38,0	173,6
1991	338,60	90,0	304,3	73,0	222,1
1992	215,99	94,0	203,5	94,0	191,3
1993	612,77	97,0	595,3	69,0	410,8
1994	401,76	93,0	375,3	32,0	120,1
1995	675,07	96,0	647,0	40,0	260,1

Fonte: Relatórios de Atividades da CEME e entrevistas

TABELA II

Distribuição Percentual da Aquisição da CEME segundo a Origem dos Medicamentos (1972/88)

Anos	Laboratórios Oficiais	Laboratórios Priv. Nac.	Laboratórios Multinac.	Importação
1972	73,6	7,9	18,5	-
1973	74,9	7,8	10,9	6,4
1974	48,0	16,5	25,0	10,5
1975	64,1	7,9	11,8	16,2
1976	77,0	7,5	12,8	2,7
1977	55,5	6,2	36,4	1,9
1978	56,8	11,7	29,8	1,7
1979	70,6	7,3	21,3	0,8
1980	60,9	8,5	28,3	2,3
1981	55,8	9,0	32,4	2,8
1982	62,4	9,8	24,8	3,0
1983	63,9	14,6	21,5	-
1984	62,6	13,8	23,6	-
1985	66,3	13,3	20,4	-
1986	53,8	36,1	10,1	-
1987	44,6	37,2	18,2	-
1988	45,5	46,7	7,8	-

Fonte: Relatórios de Atividades da CEME

Com relação à fonte de recursos, observe-se na Tabela III que não há uma distribuição equilibrada ao longo dos anos; ao contrário, é completamente espasmódica, o que, por si só, não permite assegurar qualquer política permanente de assistência farmacêutica. Tal desequilíbrio reflete não somente as mudanças do vínculo institucional da CEME ao longo do tempo mas, principalmente, a ausência mesmo de uma política de assistência farmacêutica, no sentido de um conjunto articulado de ações programadas e o correspondente

volume de recursos necessários a empreendê-las visando a uma determinada meta de cobertura assistencial.

TABELA III

Distribuição Percentual da Receita da CEME, segundo a Origem dos Recursos (1972/1989)

Ano	Recursos da União	Recursos da Prev. Social	Recursos do Min. Saúde	Outros Órgãos Federais	Convênios c/ Estados	Outras Receitas
1972	48,5	11,0	-	7,2	-	33,3
1973	53,9	8,0	-	0,2	-	37,9
1974	46,8	24,5	16,0	0,1	0,5	12,1
1975	57,2	24,0	5,6	0,1	-	13,1
1976	39,3	41,5	12,1	0,4	0,1	6,6
1977	28,2	51,3	14,0	0,2	0,1	6,2
1978	21,2	61,3	11,8	0,2	4,2	1,4
1979	16,0	72,0	7,2	0,1	1,7	2,2
1980	15,7	77,8	0,2	2,2	2,4	1,7
1981	18,4	69,5	3,1	0,8	6,4	1,6
1982	7,6	63,9	10,0	2,0	15,5	1,0
1983	31,7	35,5	14,3	5,0	11,5	2,0
1984	16,5	49,7	3,9	3,2	22,0	4,7
1985	42,4	36,5	2,5	7,4	12,1	3,3
1986	52,7	25,7	11,6	5,2	1,5	1,1
1987	50,8	12,4	3,5		13,9	14,2
1988	52,0	43,9	2,3		1,8	-
1989	20,9	78,3				0,8
1990		95,0				5,0
1991		95,0				5,0
1992		95,0				5,0
1993		95,0				5,0
1994		95,0				5,0
1995		95,0				5,0

Fonte: Até 1989, ALFOB apud MEDICI (1992); a partir de 1990, CEME.

De fato, a Tabela III mostra que, entre 1972 e 1975, a maior fonte de recursos da CEME - ainda vinculada ao Ministério da Saúde (MS) - foi o orçamento da União, e reforçada, em 1972 e 1973, por recursos dos ministérios militares. Embora a partir de 1974 os recursos da Previdência passem a aumentar sua participação no orçamento da CEME, é somente a partir de 1976, já totalmente integrada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que este Ministério passa a ser a principal fonte de recursos da CEME. É

interessante notar que, exatamente na transição da subordinação da CEME do MS para o MPAS, é que aumenta a participação dos laboratórios multinacionais nas aquisições da CEME, pois esta passa a ser um mero entreposto comercial enquanto órgão central de compras de medicamentos do MPAS, em prejuízo de sua função coordenadora de uma política de assistência farmacêutica. Voltando a fazer parte da estrutura do MS em 1985, os recursos da União passam a ser preponderantes, pelo menos entre 1985 e 1988 e, a partir de 1989, após a promulgação da nova Constituição, a CEME passa a receber integralmente seus recursos da União, através do MS.

Um elemento considerado básico na política de compras e de assistência farmacêutica da CEME é a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Criada durante a elaboração do PDM, pretendia-se, entre outras finalidades, através de uma lista de 315 produtos, promover a assistência farmacêutica ao nível primário (ambulatorial), secundário (hospitalar) e terciário (centros médicos altamente especializados e hospitais universitários), bem como elaborar uma política de redução da dependência externa de fármacos, através da capacitação tecnológica do capital nacional. Ou seja, a RENAME constituía o principal instrumento que permitiria combinar a política de assistência farmacêutica com a política de medicamentos. Entretanto, dada a sua pretensão, a RENAME mais servia às intenções da burocracia autonomista em discutir a política industrial, do que propriamente à assistência farmacêutica, a quem servia de mero referencial. Tanto é, que na primeira oportunidade, através da Portaria nº 223, de 08/07/75, do MPAS, é criada a Relação de Medicamentos Básicos (RMB), com a finalidade de padronizar as compras de medicamentos daquele Ministério através da CEME. Posteriormente, em 1987, no Programa de Prioridades Sociais do Governo da Nova República, foi criada a Farmácia Básica, constituída de 48 medicamentos, em 63 apresentações, com a finalidade de permitir o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira no plano de atenção básica de saúde em nível ambulatorial. A rigor, essa proposta, estendida até 1989, significou, ao nosso ver, a única tentativa, em todos esses anos, de constituir uma

política de assistência farmacêutica¹¹. Foi frustrada, entretanto, durante o próprio Governo da Nova República, que não lhe deu a sustentação financeira prometida.

Depoimentos obtidos dos principais elementos que faziam parte da burocracia autonomista, nos trabalhos de SOUZA PAULA (1991) e LUCCHESI (1991), explicitam a sua intenção: a assistência farmacêutica era o instrumento fundamental de uma estratégia que visava criar um mercado institucional que desse suporte às políticas de pesquisa para o desenvolvimento da tecnologia nacional, de ampliação dos laboratórios oficiais e do aumento da capacitação e participação do capital nacional no mercado. Entre outros, é exemplar o depoimento de Mozart de Abreu Lima: "Veja como acontecem as coisas nesse país: exatamente o governo que seria estatizante em uma série de questões, na área químico-farmacêutica trouxe o Golbery que era vinculado à DOW CHEMICAL, multinacional chave de todo esse processo. Golbery trouxe para o Governo a decisão de aniquilar esse embrião. Eu estava na CEME, o Felício como Coordenador Técnico estava respondendo, aguardando a indicação do novo Presidente. No segundo dia de Governo o Golbery telefonou e quem atendeu fui eu - o Felício não estava - e deu a ordem: 'a CEME vai integrar o novo Ministério da Previdência e Assistência Social e fará apenas a distribuição de medicamentos'. O chefe da Casa Civil liga e por aí você vê o quanto era importante. Para o setor químico-farmacêutico foi a cacetada no modelo que começava a nascer. Posta no MPAS a CEME era para distribuir remédio e não envolver-se com desenvolvimento tecnológico-farmacêutico e pesquisa" (LUCCHESI, 1991:176).

Aparentemente, portanto, as resistências dessa burocracia em se aprofundar na questão assistencial - mesmo enquanto tática provisória - possa explicar o fato da CEME nunca ter apresentado um desempenho satisfatório na política de assistência farmacêutica, tendo sido sempre alvo de muitas críticas pelos agentes públicos do sistema de saúde. Provavelmente, tal fato pode ter

¹¹ As críticas à proposta da Farmácia Básica por ter sido, eventualmente, utilizada com finalidades político-eleitorais, não invalidam a sua proposição. Afinal, qualquer política assistencial pode ser utilizada com essas intenções.

afetado negativamente a credibilidade da CEME nas outras áreas de sua atuação, em particular porque os recursos necessários às suas atividades sempre dependeram da vontade dos governantes. Desde o Governo Geisel levada a assumir, prioritariamente, a sua tarefa na assistência farmacêutica, a CEME sempre procurou espaços em todos os Governos para tentar recuperar as propostas originais do PDM, obtendo avanços e retrocessos, mas nunca exercendo, plena e satisfatoriamente, quaisquer das funções a que se propôs.

No que concerne ao vínculo da política de assistência farmacêutica com a política de saúde, o que se pode afirmar é que não é possível observar, ao longo do período, uma ação organizada e articulada entre ambas, não obstante várias tentativas expressas em documentos oficiais. O que se assiste em relação à política de saúde são dois momentos distintos. Na década de 70, após o surto de meningite de 1973, o que se observa é o reforço dos principais programas de vacinação e imunização do Ministério da Saúde, no campo preventivo, além de ações emergenciais de caráter curativo voltadas para os bolsões de miséria do país através do Plano de Pronto Ação (PPA), implementado a partir de 1974, assim como pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), lançado em 1976 para atender as áreas rurais e localidades de pequeno porte do Nordeste e ampliada em 1979 para as demais regiões do país. O segundo momento se dá no início da década de 80, com o processo de descentralização das ações de saúde. Esse processo se inicia com as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, evolui para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e se consolida, enquanto modelo, no Sistema Unificado de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988.

Naquele primeiro momento da década de 70, enquanto os programas de ação na área farmacêutica são gestados ao nível central, a coordenação pela CEME é facilitada. Já, no segundo momento, durante a década de 80, quando se assiste a um processo de descentralização das ações de saúde e os estados e municípios brasileiros também passam a assumir, voluntária e crescentemente, essas ações, não se consegue implementar uma política de assistência

farmacêutica consistente. Não minimizando as dificuldades de formulação dessa política face à transição do sistema de saúde na década, o fato é que a CEME não consegue dar respostas satisfatórias aos estados e municípios através de uma oferta de medicamentos regular e sistemática que garanta o complemento indispensável do ato médico.

A tendência, a partir de então, e que persiste durante a década de 90, é dos estados e municípios promoverem as suas próprias políticas de assistência farmacêutica, obedecendo a princípios os mais diversos, sem uma coordenação central que pudesse assegurar uma coerência mínima no sentido de se obter eficiência na utilização dos recursos e eficácia nas ações de saúde. Da mesma forma, os laboratórios oficiais melhor organizados puderam diversificar sua clientela nas esferas subnacionais, escapando do jugo da CEME e de suas políticas erráticas, que trazem grande instabilidade financeira a esses laboratórios. Diante dessa situação, a CEME continuou perdendo espaço também na política de assistência farmacêutica, como já houvera perdido na política de medicamentos. Passaram a sustentá-la o seu caráter comercial de centralizadora de compras de medicamentos e vacinas do Governo Federal, os programas nacionais do Ministério da Saúde, a dependência financeira da maioria dos laboratórios oficiais e a extrema desigualdade social e regional do país, que dá ensejo à existência de órgãos no Governo Federal permeáveis ao fisiologismo, tão necessário à sobrevivência de alguns segmentos da política nacional. Com a posse do novo Governo, em 1995, passa a haver um esforço conjunto do Ministério da Saúde, CEME e governos estaduais para encontrar o espaço que caberá à CEME na assistência farmacêutica e que espaço caberá às esferas subnacionais. Trata-se de um processo ainda em andamento e cujos resultados poderão estabelecer, talvez definitivamente, os rumos da assistência farmacêutica no país.

Não se pode negar, contudo, que a CEME teve um papel fundamental na constituição, sustentação e evolução do setor produtivo estatal farmacêutico. Hoje já se pode afirmar que existe uma base industrial estatal no

setor farmacêutico. Os dados da Tabela III mostram que, além de participação relativa dos laboratórios oficiais nas aquisições de medicamentos pela CEME ser bastante elevada ao longo do período, o valor absoluto dessas aquisições cresce constantemente ao longo dos anos: de um valor inicial de US\$ 6,8 milhões em 1972 cresce paulatinamente até atingir uma média de de US\$ 100 milhões entre 1985 e 1988 e, embora com grandes oscilações, alcança uma média de US\$ 230 milhões no período 1989/1995. Essa última média é um valor expressivo se considerarmos que representa aproximadamente 7% do faturamento do mercado farmacêutico nacional (era 0,7% em 1973, conforme já visto), podendo chegar a algo entre 14 e 21% em termos físicos pois, como veremos na seção III.3 deste trabalho, os preços dos laboratórios oficiais são, em média, mais baixos que os do setor privado (vide nota de rodapé nº 10). Portanto, pode-se afirmar que já temos uma base industrial estatal no setor, o que não se podia afirmar no início da década de 70.

Se acrescentarmos à política de compras da CEME, a sua atuação no apoio à expansão e modernização dos laboratórios oficiais, teremos mais um elemento importante que alavancou a ampliação do setor produtivo estatal. Observe-se na Tabela IV que a CEME destinou, durante a década de 70, uma média de US\$ 1 milhão para o programa de modernização administrativa e que, embora também contemple investimentos nas unidades de distribuição da CEME (principalmente almoxarifados), e nos laboratórios de referência de controle de qualidade, grande parte desses recursos destinou-se à reformas, adaptações, ampliações e aquisições de equipamentos para os laboratórios oficiais. Na década de 80, esses gastos evoluíram para uma média de US\$ 3,6 milhões anuais e, na de 90, a cerca de US\$ 10,3 milhões, valores muito significativos enquanto investimento setorial¹².

¹² Embora significativos, pouco se sabe sobre o alcance e eficácia de tais investimentos. Análise de alguns convênios de 1992 e 1993 provocaram as seguintes manifestações do Tribunal de Contas da União: i) ausência de verificação “in loco” da real necessidade do objeto a ser conveniado; ii) descumprimento dos Planos de Trabalho (aplicação e cronograma) por parte dos conveniados; iii) falta de fiscalização “in loco” e acompanhamento técnico, por parte da CEME, da execução dos convênios (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 10/06/94, p. 8392).

TABELA IV

Demais Despesas da CEME (Exclusive Aquisição e Distribuição de Medicamentos)

Ano	Despesas Totais	US\$ milhões			
		Pesquisa e Desenv.	Controle Qualidade	Modern. Adm.	Coordenação e Manutenção
1972	1,8	0,63	0,07	0,37	0,73
1973	1,3	0,46	0,13	0,30	0,41
1974	6,1	2,53	0,20	1,39	1,98
1975	6,4	2,48	0,10	1,73	2,10
1976	5,1	1,66	0,04	1,76	1,64
1977	2,3	0,86	0,06	1,27	0,11
1978	4,3	0,99	0,07	0,70	2,54
1979	2,8	0,84	0,07	0,28	1,61
1980	3,2	0,60	0,09	0,52	1,99
1981	2,7	0,90	0,13	0,39	1,28
1982	3,6	1,12	0,25	0,62	1,62
1983	8,5	2,46	0,14	2,75	3,15
1984	4,9	0,77	0,10	1,83	2,20
1985	9,7	2,93	0,15	4,62	2,00
1986	17,8	6,55	0,69	6,55	4,00
1987	13,7	8,90	0,45	1,14	3,21
1988	18,1	3,91	0,81	6,99	6,39
1989	21,2	6,00	0,49	7,22	7,00
1990	49,6	15,42	1,45	20,31	12,46
1991	34,3	6,25	1,79	16,62	9,67
1992	12,5	2,77	0,65	4,67	4,43
1993	17,5	7,44	0,80	4,25	4,99
1994	26,4	10,08	1,54	9,69	5,11
1995	28,1	10,89	2,67	6,67	7,87

Fonte: Até 1989, ALFOB apud MEDICI (1992); a partir de 1990, CEME

Um levantamento detalhado da CEME em 1993 sobre a situação de cada um dos 13 laboratórios oficiais do seu sistema, mostrou, entre outros aspectos, que a capacidade produtiva desses laboratórios é de 5,6 bilhões de unidades/ano. (vide Quadro IV). A importância desse número se revela quando comparado com as necessidades da denominada “Farmácia Básica”, elaborada entre 1986 e 1987, para atender o Programa de Prioridades Sociais do Governo da Nova República. Naquela oportunidade, a CEME idealizou um “módulo-padrão de suprimento, composto por produtos selecionados da RENAME, que permitem o tratamento eficaz, e de menor custo, das doenças mais comuns na população brasileira. Pelo número reduzido de medicamentos que a compõem, a ‘Farmácia Básica’ destina-se somente à atenção básica de saúde, em nível ambulatorial, nos serviços que dispõem de médicos, para a adequada prescrição dos produtos. Por seus objetivos de economia e simplificação operacional, a ‘Farmácia Básica’ prevê percentuais médios de atendimento, produto a produto. Esses números foram obtidos através de estimativas de morbidade e em esquemas padronizados de tratamento ambulatorial, com base na utilização dos medicamentos nas eventualidades clínicas que configuram suas principais indicações, confrontados com a quantificação dos produtos apresentada, inicialmente, pelas Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS. O Grupo Consultor em saúde pública e medicina comunitária promoveu a seleção final dos medicamentos integrantes do módulo, considerados suficientes para o atendimento de contingentes populacionais de até 3000 pessoas, em média, durante aproximadamente 6 meses” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEME, janeiro 1987:5).

Uma comparação entre os Quadros IV (capacidade produtiva de cada um dos laboratórios oficiais) e o Quadro V (medicamentos constantes da Farmácia Básica) mostra que a composição da produção dos laboratórios oficiais por formas físicas e formas de apresentação são compatíveis com as necessidades apresentadas pela Farmácia Básica. Por outro lado, a grande maioria dos medicamentos sugeridos compõem a pauta produtiva do setor estatal farmacêutico.

QUADRO IV

QUADRO GERAL DA CAPACIDADE PRODUTIVA ANUAL DOS LABORATÓRIOS OFICIAIS BRASILEIROS (em milhares de unidades)

Forma farmacêutica	BAHIAFARMA	CEMEPAR	FIOCRUZ	FUNED	FURP	IQUEGO	IVB	LAFEPE	LAFERGS	LOFAER	LOFEX	LFMAR	LIF	LIFAL	NOPLAN	TOTAL
CÁPSULAS	32.400	31.600	36.900	-	174.000	39.600	-	42.200	84.400	-	-	-	3.400	-	27.000	471.500
COMPRIMIDOS (inclui Revestidos)	345.800	97.600	459.300	454.800	856.000	380.100	438.000	190.000	351.000	198.000	142.000	321.000	36.900	155.700	134.500	4.560.700
POS ORAIS	4.100	-	-	-	4.400	2.300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.800
SAIS PARA REIDRATAÇÃO	-	-	-	-	22.100	12.600	-	5.600	-	-	-	-	-	-	-	40.300
CREMES E POMADAS	-	-	8.500	-	9.500	3.600	-	4.400	4.600	-	5.200	500	-	-	-	36.300
LÍQUIDOS ORAIS (vidro)	6.300	7.900	-	12.900	24.200	14.200	12.400	14.100	6.300	3.600	9.700	5.200	10.900	31.600	9.000	168.300
LÍQUIDOS ORAIS (plástico)	-	-	-	2.600	16.400	7.100	-	10.300	11.000	7.100	-	9.900	-	15.800	11.300	91.500
POS ESTÉREIS	-	-	-	-	44.300	-	-	5.200	-	-	-	-	-	-	-	49.500
INJETÁVEIS (ampolas)	-	-	-	-	80.200	3.900	33.000	19.000	-	7.900	7.000	-	-	-	-	151.000
INJETÁVEIS (grande volume)	2.600	-	-	-	-	-	-	5.200	-	-	-	-	-	-	-	7.800
COLÍRIOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.600	-	-	-	2.600
LIOFILIZADOS	-	-	-	-	1.900	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.900
TOTAL	391.200	137.100	504.700	470.300	1.233.000	463.400	483.400	296.000	457.300	216.600	163.900	339.200	51.200	203.100	181.800	5.592.200
COMPRIMIDOS REVESTIDOS (*)	247.200	-	449.300	237.000	385.400	166.300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.485.200

Fonte: "Levantamento da Situação dos Laboratórios Oficiais e de Controle da Qualidade", Ministério da Saúde, CEME, 1993.

(*) Como operação opcional complementar a compressão.

A “Farmácia Básica”, de acordo com essa concepção, tinha a necessidade de 105.418 unidades anuais de medicamentos para grupos de 3000 pessoas (vide Quadro V). Considerando-se que o país possuía cerca de 140 milhões de habitantes em 1993, a grosso modo pode-se afirmar que os laboratórios oficiais, trabalhando com 88% de sua capacidade produtiva, seriam capazes de atender a demanda de medicamentos, em nível de atenção ambulatorial, do conjunto da população brasileira. É claro que estamos trabalhando com grandes números e, portanto, as afirmações correspondentes devem ser entendidas no seu contexto, ou seja, um referencial para reflexão. Os ajustes necessários para que se atingisse a cobertura assistencial sugerida dependeria de um conjunto de medidas para atingir tal objetivo, dentre as quais melhores definições na própria política de saúde.

De qualquer forma, a capacidade produtiva do setor estatal, enquanto um dado agregado, seria suficiente para a referida cobertura e os valores envolvidos seriam da ordem de US\$ 250 milhões anuais (valor obtido através das informações do Quadro V), equivalente a 4 (quatro) vezes o faturamento da FURP naquele ano, o que demonstra a sua factibilidade pois, em termos físicos, a FURP representa cerca de 21% da produção do conjunto dos laboratórios oficiais. No entanto, o Quadro VI apresenta um indicador desastroso para esse conjunto dos laboratórios oficiais: sua ociosidade média, em 1993, atinge níveis extremamente elevados, em torno de 80%. É um número que impede qualquer análise mais aprofundada e o que resta a dizer é que existem graves problemas de gestão nesses laboratórios pois imagina-se que esses capitais deveriam estabelecer uma estratégia de diversificação de clientes (tal qual, como veremos, realizada pela FURP) que amortecesse os choques provocados pelas oscilações da política de compras da CEME.

QUADRO V

FARMÁCIA BÁSICA - 1987 - Suprimento semestral calculado para 3.000 habitantes

MEDICAMENTO	Consumo Médio Por Tratamento	Nº Máx. De Pes- soas Passíveis De Tratamento Por Semestre	% De Utilização Anual	Valor Abr/87 (Cz\$ Mil)
A - Antibiótico e Quimioterápicos				
* Cloranfenicol oftálmico, sol. 0,5%	1 fr.	24	1,6	0,33
Cloranfenicol oftálmico, pomada 1%	1 bis.	24	1,6	0,49
* Eritromicina 250 mg, comprimido	28 comp.	90	6,0	14,77
* Eritromicina, suspensão oral 2,5%	2 fr.	50	3,3	3,08
* Nistatina, creme vaginal	1 bis.	50	3,3	0,80
* Nistatina, suspensão oral	1 fr.	50	3,3	1,15
Penicilina G benzatina 600.000U	2 fr.	75	5,0	1,46
Penicilina G benzatina 1.200.000U	2 fr.	125	8,3	3,13
Penicilina G procaina + Penicilina G cristalina	14 fr.	36	2,4	3,94
Penicilina G procaina 2.400.000U	2 fr.	50	3,3	1,05
Probenecida 500mg, comprimido	2 comp.	50	3,3	0,24
* Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80mg, comp.	40 comp.	75	5,0	5,08
Sulfametoxazol 4% + Trimetoprima 0,8%, susp. oral	2 fr.	25	1,7	1,09
* Tetraciclina 250mg, cápsula	40 cáps.	37	2,5	2,47
Cloranfenicol 250mg, comprimido	80 comp.	6	0,4	0,51
Ampicilina 500mg, comprimido	40 comp.	37	2,5	8,85
Ampicilina 50mg/ml, suspensão oral	2 fr.	25	1,7	1,96
B - Analgésicos e Antispasmódicos				
* AAS 100mg, comprimido	20 comp.	100	6,6	0,79
* AAS 500mg, comprimido	20 comp.	150	10,0	1,71
* Dipirona 500mg, comprimido	10 comp.	50	3,3	0,54
* Dipirona 1g, solução injetável	1 amp.	24	1,6	0,07
* Dipirona gotas	1 fr.	100	6,6	0,98
* Hioscina 20mg, solução injetável	1 amp.	24	1,6	0,08
* Homatropina 0,2%, gotas	1 fr.	100	6,6	1,08
C - Antianêmicos e Vitaminas				
* Sulfato ferroso, comprimido	50 comp.	100	6,6	0,96
* Sulfato ferroso, gotas	2 fr.	50	3,3	1,12
* Vitaminas + Sais minerais, cápsulas	30 cáps.	64	4,3	2,83
D - Antiparasitários				
* Mebendazol 100mg, comprimido	6 comp.	250	16,7	4,00
* Metronidazol 250mg, comprimido sulcado	20 comp.	100	6,6	2,23
Tiabendazol 500mg, comprimido	20 comp.	45	3,0	3,53
Tiabendazol 5%, suspensão oral	1 fr.	50	3,3	1,30
E - Cardiovasculares e Diuréticos				
* Digoxina 0,25mg, comprimido sulcado	180 comp.	6	0,4	0,36
* Hidroclorotiazida 50mg, comprimido	180 comp.	17	1,1	1,89
* Isossorbida 10mg, comprimido sulcado	180 comp.	2	0,1	0,23
* Isossorbida 5mg, comprimido sublingual	90 comp.	3	0,2	0,09
Metildopa 500mg, comprimido	360 comp.	4	0,3	5,27
Furosemida 40mg, comprimido	180 comp.	3	0,2	0,38
Amiodarona 200mg, comprimido	360 comp.	1	0,06	1,05
Verapamil 80mg, comprimido	180 comp.	1	0,06	0,58
Propranolol 40mg, comprimido	360 comp.	4	0,3	0,83

continua

QUADRO V (continuação)

FARMÁCIA BÁSICA - 1987 - Suprimento semestral calculado para 3.000 habitantes

MEDICAMENTO	Consumo Médio Por Tratamento	Nº Máx. De Pes- soas Passíveis De Tratamento Por Semestre	% De Utilização Anual	Valor Abr/87 (Cz\$ Mil)
F - Tranquilizantes e Anticonvulsivantes				
Diazepan, injetável	1 amp.	24	1,6	0,08
* Diazepan 5 mg, comprimido	10 comp.	20	1,3	0,13
* Fenobarbital 100mg, comp. sulcado	180 comp.	4	0,3	0,22
G - Reidratante Oral				
* Sais para reidratação oral, envelope	3 env.	234	15,6	4,81
H - Broncodilatadores				
* Aminofilina 240mg, injetável	3 amp.	9	0,6	0,16
* Aminofilina 100mg, comprimido sulcado	360 comp.	3	0,2	0,79
I - Antidiabéticos				
* Clorpropamida 250mg, comprimido	240 comp.	3	0,2	0,44
* Insulina NPH 80	9 fr.	3	0,2	3,92
J - Corticóides, Anti-Histamínicos e Vasokonstritores				
Prednisona 20mg, comp. bissulcado	10 comp.	24	1,6	0,62
* Dexclorfeniramina 2mg, comprimido	20 comp.	50	3,3	0,30
Prometazina, injetável	1 amp.	24	1,6	0,03
Epinefrina, injetável	1 amp.	24	1,6	0,05
L - Descongestionante Nasal				
* Solução Fisiológica nasal, gotas	1 fr.	100	6,6	0,49
M - Antieméticos				
* Metoclopramida 0,4%, solução oral	1 fr.	50	3,3	0,27
Metoclopramida, injetável	1 amp.	24	1,6	0,04
N - Medicamentos Tópicos				
Permanganato de potássio 100mg	10 env.	100	6,6	2,57
Monossulfiram 25%, solução	1 fr.	50	3,3	1,85
Clotrimazol 1%, creme	2 bis.	100	6,6	3,20
O - Antiácidos				
Hidróxido de alumínio 300mg, comp.	250 comp.	20	1,3	15,45
Hidróxido de magnésio 330mg, comp.	250 comp.	9	0,6	4,28
P - Eletrólito				
Cloreto de potássio, solução oral	17 fr.	11	0,7	2,40
Q - Antiparkinsonianos				
Levodopa 250mg + Carbidopa 25mg, comp.	540 comp.	3	0,2	8,91
Biperideno 2mg, comprimido	540 comp.	2	0,1	0,69
TOTAL				134,00

* Medicamentos disponíveis nas unidades de saúde governamentais no 1º semestre de 1987. A distribuição da listagem está prevista para o 2º semestre deste ano, em virtude da atual situação de abastecimento do mercado farmacêutico nacional.

Fonte: Ministério da Saúde - CEME (Central de Medicamentos), Medicamentos Essenciais - Maio 1987.

QUADRO VI
Nível de Ocupação dos Laboratórios Oficiais
(1992/1993)

LABORATÓRIO	CAPACIDADE PRODUTIVA mensal em milhares	PRODUÇÃO REALIZADA Média mensal dos últimos 18 meses em milhares	OCUPAÇÃO %	OCIOSIDADE %
BAHIAFARMA	53.200	16.555	31	69
CEMEPAR	13.400	1.700	13	87
FARMANGUINHOS	42.00	6.450 (**)	16	84 (*)
FUNED	59.000	8.300	14	86
FURP	102.800	45.500	45	55
IQUEGO	49.200	10.800	27	73 (*)
I.V.B.	63.000	7.170	11	89
LAFEPE	24.700	6.700	27	73 (*)
LAFERGS	13.400	2.300	18	82 (*)
LQFAeronáutica	20.800	2.900	14	86
LQFExército	39.700	253	2	98
LFMarinha	27.700	2.000	8	92
LIF	4.200	42	0,1	99
LIFAL	17.000	3.800	23	77
NUPLAN	16.500	1.700	10	90

(*) Laboratórios que sofreram reformas no período.

(**) Farmanguinhos considerou-se apenas a produção de 1993.

(***) Somente produção CEME.

Fonte: "Levantamento da Situação dos Laboratórios Oficiais e de Controle da Qualidade",
Ministério da Saúde, CEME, 1993.

Os dados apresentados nos Quadros VII e VIII reforçam as conclusões sobre os problemas de gestão nesses laboratórios: observe-se a elevada proporção de funcionários ligados às atividades administrativas relativamente às produtivas e a discrepâncias dos números relacionados à produção média por funcionário entre tais laboratórios. Portanto, embora tecnicamente haja capacidade suficiente nos laboratórios oficiais para implementar uma política de assistência farmacêutica que permita a cobertura das necessidades mínimas da população brasileira em nível ambulatorial, não existe, na prática, condições de efetivá-la, a não ser através de uma mudança radical nas condições de gestão dos laboratórios oficiais e na busca de regularidade na política de aquisição da CEME.

QUADRO VII
Distribuição de Mão de Obra nos Laboratórios Oficiais
(1993)

LABORATÓRIO	Funcionários ligados às Atividades Produtivas		Funcionários ligados às Atividades Administr.		TOTAL DE FUNC.
	Quantidade	%	Quantidade	%	
BAHIAFARMA	118	39	181	61	299
CEMEPAR	33	78	09	21	42
FARMANGUINHOS	45	74	16	26	61
FUNED	81	94	05	06	86
FURP	692	68	314	32	1.006
IQUEGO	158	38	258	68	416
I.V.B.	97	23	331	77	428
LAFEPE	189	44	244	56	433
LAFERGS	77	70	33	30	110
LQFAeronáutica	44	60	29	40	73
LQFExército	94	71	39	29	133
LFMarinha	84	44	108	56	192
LIF	37	88	5	12	42
LIFAL	107	63	63	37	170
NUPLAN	39	57	29	43	68

(*) Considerando apenas a Divisão Farmacêutica da FUNED. As atividades administrativas gerais são centralizadas.
 Fonte: "Levantamento da Situação dos Laboratórios Oficiais e de Controle da Qualidade",
 Ministério da Saúde, CEME, 1993.

QUADRO VIII
Produção Mensal Média por Funcionário nos Laboratórios Oficiais
(1992/1993)

LABORATÓRIO	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	PRODUÇÃO MÉDIA MENSAL REALIZADA NOS ULT. 18 MESES em milhares	PRODUÇÃO MENSAL POR FUNCIONÁRIO em milhares
BAHIAFARMA	299	16.555	55
CEMEPAR	42	1.700	40
FARMANGUINHOS	61	6.450	105
FUNED	96	8.300	96
FURP	1.006	45.400	45
IQUEGO	416	10.800	26
I.V.B.	428	7.170	17
LAFEPE	433	5.650	13
LAFERGS	110	2.300	21
LQFAeronáutica	73	2.900	40
LQFExército	133	253	2
LFMarinha	192	2.000	10
LIF	37	42	0,9
LIFAL	170	3.800	23
NUPLAN	68	1.700	25
TOTAL GERAL	3.564	115.020	32,27

Fonte: "Levantamento da Situação dos Laboratórios Oficiais e de Controle da Qualidade",
 Ministério da Saúde, CEME, 1993.

De qualquer forma, os dados confirmam que a atuação da CEME contribuiu para que se constituísse um setor produtivo estatal farmacêutico, com capacidade produtiva suficiente para o atendimento das necessidades mínimas de assistência farmacêutica da população brasileira, referida ao atendimento médico ambulatorial. Por outro lado, os dados também confirmam que todo esse esforço de constituição e sustentação do setor tem sido seriamente comprometido por um grau de ociosidade extremamente elevado, reflexo, provavelmente, da atuação da própria CEME, do descaso das autoridades e da incompetência gerencial desses laboratórios. Mas, somente através de uma investigação mais profunda sobre a estrutura e a política administrativa de cada uma dessas unidades, é que se poderia elaborar um diagnóstico mais preciso sobre as causas dessa situação e as medidas necessárias para enfrentar os pontos de estrangulamento existentes.

A essa virtual capacidade do setor estatal atender as necessidades mínimas de assistência farmacêutica da população brasileira, contrasta-se a baixa cobertura dessa assistência no país, como revelam os dados da Tabela V.

TABELA V
Distribuição de Medicamentos para as Pessoas que Utilizaram Serviços de Saúde
Brasil e Regiões, 1986

Regiões	Pessoas Segundo a Condição de Recebimento de Remédios			
	Total	Todos Gratuitamente (%)	Parte Gratuitamente (%)	Nenhum (%)
Brasil	11.779.824	14,6	11,3	74,1
Norte	349.935	11,6	16,6	71,7
Nordeste	3.027.597	19,5	13,8	66,7
Sudeste	5.770.617	12,3	9,4	78,3
Sul	1.756.796	14,3	11,2	74,5
C.Oeste	874.889	11,9	10,9	77,2

Fonte: IBGE, PNAD, 1986

Observe-se que a distribuição gratuita de medicamentos atinge, ainda, uma parcela muito pequena da população que procura os serviços médicos de qualquer natureza, nível ou esfera. Cerca de 75% das pessoas que utilizaram serviços de saúde e receberam prescrição de receita médica não receberam qualquer medicamento gratuitamente. Isso revela, como temos afirmado neste trabalho, que o país ainda está longe de possuir uma política de assistência farmacêutica. Revela, ainda, que o país pode estar desperdiçando recursos na assistência médica ambulatorial (horas médicas) e hospitalar (internações hospitalares), na medida que o ato médico em nível ambulatorial não vem sendo acompanhado de sua complementação indispensável - a medicação - o que reduz a eficácia das ações de saúde e, portanto, aumenta o custo da política de saúde.

Capítulo III - O Caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo - FURP

III.1 - Aspectos da História da Constituição e Desenvolvimento da FURP

A Fundação para o Remédio Popular de São Paulo - FURP nasce da vontade de um conjunto de professores da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade de São Paulo, apoiada no idealismo de um pesquisador, o Professor Tarcillo Almeida Neubern de Toledo, acatada pelo Governo do Estado na gestão de Roberto Costa de Abreu Sodré. Através da Lei nº 10071 de 10/04/68, publicada no Diário Oficial do Estado em 11/04/68, o Poder Executivo ficava autorizado a instituir a FURP, “uma fundação que se regerá por esta lei, pelas normas civis, por seu estatuto e com as finalidades discriminadas no artigo 2º”.

Em seu artigo 2º, a Lei nº 10071 atribuía à FURP as seguintes finalidades:

I - fabricar medicamentos e produtos afins, utilizando-se de matéria-prima de síntese própria, de aquisição local, de importação, bem como os de extração ou de cultura de origem vegetal, animal ou mineral;

II - realizar pesquisas concernentes às suas finalidades;

III - fornecer medicamentos aos órgãos de saúde pública e de assistência social do Estado e de outras entidades públicas, bem como àquelas particulares que prestem assistência médica à população, reconhecidas de utilidade pública e previamente registradas na Fundação;

IV - proporcionar treinamento a estudantes e técnicos especializados das profissões relacionadas com suas finalidades; e

V - colaborar com órgãos de saúde pública e da assistência social estaduais, federais ou municipais.

Parágrafo 1º - Os fornecimentos a que se refere o item III serão feitos por preço correspondente ao de custo industrial.

Parágrafo 2º - A FURP poderá instalar postos de fornecimento direto ao público onde não existam os órgãos referidos no item III.

Parágrafo 3º - Os produtos da Fundação não poderão ser objeto de revenda comercial.

Parágrafo 4º - A FURP fará convênio, quando necessário, com organizações nacionais e internacionais para alcançar os seus objetivos.

A referida lei inovava no que se referia aos órgãos de administração da FURP. Criava um Conselho Deliberativo como órgão superior da Fundação, ao invés de um Conselho Curador, e uma Superintendência como órgão executivo (artigos 4º e 5º). Concedia, também, maior flexibilidade em sua gestão relativamente aos órgãos da administração direta ao estabelecer que o "pessoal técnico e administrativo da Fundação será admitido no regime das leis trabalhistas, sem qualquer vinculação com o estatuto dos servidores estaduais" (artigo 9º).

A lei previa, ainda, que o Governador do Estado nomearia uma comissão de 5 (cinco) membros para elaborar o projeto de Estatuto da Fundação e promover a sua instalação. O Estatuto da FURP foi aprovado através do Decreto nº 52470 de 17/06/70. Tal Estatuto, como não poderia deixar de ser, ratificava as finalidades da FURP, dispunha sobre a composição, funcionamento e atribuições do Conselho Deliberativo, bem como estabelecia a competência da Superintendência, além de outras diretrizes.

O Conselho Deliberativo era composto por 7 (sete) membros titulares e respectivos suplentes, nomeados pelo Governador do Estado, indicados pelas entidades da seguinte forma: 2 (dois) representantes da Faculdade de Ciências

Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, 2 (dois) representantes da Secretaria de Estado da Saúde, 1 (um) representante da Secretaria da Promoção Social, 1 (um) representante do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e 1 (um) representante da Secretaria da Fazenda (posteriormente substituído pela Secretaria de Planejamento), todos com seus respectivos suplentes. O mandato dos Conselheiros era fixado em 3 (três) anos, podendo ser renovado somente uma vez. A partir do 4º ano da instalação do Conselho, ele seria renovado anualmente pelos menos em 2 de seus membros. Além disso, o Conselho se reuniria ordinariamente 2 (duas) vezes ao mês (outra inovação muito importante) e, extraordinariamente, sempre que necessário.

Ao Conselho Deliberativo era atribuída a responsabilidade de estabelecer as diretrizes básicas de gestão da empresa, a serem executadas pela Superintendência. Esta, por seu turno, era obrigada a submeter previamente à aprovação do Conselho a maioria de suas decisões. A rigor, o Conselho detinha e poderia exercer amplos poderes sobre a administração da Fundação, pois a ele competia “fixar as diretrizes básicas a serem cumpridas pela Superintendência em relação a todas as operações, serviços e assuntos da FURP” (inciso III do Artigo 9º do Estatuto; grifos nossos).

Somente em dezembro de 1971 foi nomeado o Grupo de Trabalho destinado à implantação da Fundação. Em 23/10/72, no Salão Nobre do Palácio dos Bandeirantes, foi lavrada a escritura de instituição da FURP. Na oportunidade, o Ministro da Saúde, Dr. Mario Machado de Lemos, assim se manifestou: “Em verdade, este é um momento histórico para a saúde pública paulista e do Brasil porque aqui, de forma pioneira, se materializa um dos objetivos prioritários do Governo Laudo Natel e do Presidente Médici, isto é, o de atender a imensa área demográfica que, pelas suas condições econômicas, não pode adquirir os medicamentos necessários ao tratamento das enfermidades de seus habitantes” (Livro de Atas do Conselho Deliberativo da FURP, p.1). No mesmo sentido, o Governador Laudo Natel se pronunciou: “Hoje, o Governo do Estado concretiza uma das suas metas fundamentais, ou seja, a criação da FURP, que permitirá

mais ampla e melhor assistência médico-social às populações menos favorecidas de São Paulo, as quais não têm acesso aos produtos farmacêuticos” (idem,p.1)

Em 14/02/73, com a presença do Governador do Estado, Laudo Natel, e do Secretário de Saúde do Estado, Dr. Getúlio Lima Junior, foi dado posse ao primeiro Superintendente da FURP, cargo ocupado pelo seu principal idealizador, Dr. Tharcillo Almeida Neubern de Toledo, bem como ao primeiro Conselho Deliberativo.

A exposição a seguir (seção III.1.1) apresenta os principais aspectos evidenciados pela própria empresa sobre o seu desempenho anual, desde o seu primeiro ano de atividades, constantes dos Relatórios Anuais preparados pela Superintendência da empresa para serem submetidos ao Conselho Deliberativo, Tribunal de Contas e Curadoria das Fundações, entre outros. Pretende-se, com isso, retratar a FURP vista pela própria FURP, além de destacar aspectos que julgamos relevantes em cada ano de operação da empresa. Nossas considerações pessoais limitar-se-ão ao estritamente necessário.

O importante dessa apresentação é que as informações obtidas ano a ano são instrumentos relevantes para explicar e avaliar como a conjuntura das operações da empresa e suas decisões de curto prazo constroem o seu comportamento de longo prazo, objeto de exposição na seção III.1.2. Nesta, o que se procura captar é o comportamento tendencial da empresa ao longo de sua história, a partir de vários indicadores, o que permite avaliar melhor o seu desempenho produtivo, comercial e econômico-financeiro, bem como suas potencialidades, fragilidades e eventuais necessidades de correção de rumos.

III.1.1. Evolução e Desempenho Anuais

A FURP iniciou suas atividades instalando-se no prédio do antigo Laboratório Farmacêutico da Secretaria da Saúde, situado à rua Paula Souza, nº 166, centro do município de São Paulo, cujas dependências, de 7 pavimentos, exigiram amplas reformas e adaptações.

Com os equipamentos existentes, reforma e recuperação de alguns e aquisição de outros, desenvolveu um programa piloto de produção de medicamentos, utilizando um "laboratório precursor" que, em apenas 40 dias, permitiu fabricar 1 milhão de comprimidos tuberculostáticos, 400 mil analgésicos e antitérmicos, 50 mil antibióticos e quimioterápicos, 2 mil frascos de 500 ml de soro para cólera, 11 mil frascos de soro glicosado, 30 mil ampolas de 5 ml de vitamina C, 35 mil ampolas de 2 ml de analgésicos antipiréticos, 5 mil ampolas de 10 ml de bicarbonato de sódio, 80 mil ampolas de água para injeção, 6 mil envelopes plásticos de 145 g de reidratante hospitalar, 12 mil frascos de expectorante, 7 mil frascos de antibiótico em suspensão, 4 milhões de comprimidos de fluoreto de sódio, 12 mil bisnagas de pasta vitaminada e 1150 litros de antissépticos de uso geral e hospitalar. Grande parte dessa produção inicial destinou-se ao atendimento de urgência relativo aos surtos de meningite e "gripe inglesa", além de ser encaminhada à Comissão Estadual de Prevenção e Combate à Cólera, instituída pela Secretaria da Saúde.

As atividades da FURP em 1974 mostram a empresa se estruturando, ao longo do ano, a partir da ocupação gradativa dos 7 pavimentos do prédio e vindo a ativar, praticamente no segundo semestre do ano, suas linhas de produção. A Tabela VI, a seguir, é bastante ilustrativa.

TABELA VI**FURP - Evolução das Vendas e Número de Clientes Atendidos - 1974**

Mês	Vendas (US\$)	Nº de Clientes Atendidos
Janeiro	4.330	1
Fevereiro	1.857	2
Março	1.712	2
Abril	134	1
Maio	508	2
Junho	1.827	3
Julho	7.408	10
Agosto	86.868	16
Setembro	198.515	22
Outubro	677.056	38
Novembro	390.465	40
Dezembro	331.320	34

Fonte: Relatório Anual FURP, 1974: 05-11

De uma relação de 57 medicamentos produzidos, em 73 apresentações, somente 9 produtos, em 10 apresentações, representaram praticamente 90% do faturamento da empresa, como pode ser visto na Tabela VII. A maioria desses produtos destinava-se ao tratamento de tuberculose, hanseníase e meningite, bem como à prevenção do cólera. Segundo o Relatório da FURP, no auge da epidemia de meningite, daquele ano, os laboratórios privados não estavam mais em condições de atender a demanda ao preço registrado junto ao Governo. A FURP pôde fazê-lo, proporcionando uma economia de US\$ 756 mil aos cofres públicos, demonstrando, já naquela oportunidade, o diferencial de preços dos medicamentos produzidos pelo setor privado e o nível de preços que poderia ser obtido através da produção pelo setor público.

TABELA VII
FURP - Participação dos Principais Medicamentos no Faturamento
1974

Produto	Apresentação	% Faturamento
Rifampicina	caps 300 mg	49,73
Ampicilina Sódica	frascos 16 cc	23,62
Eritromicina	drágeas	3,07
Reidrante Oral	env. 10 g	2,98
Eritromicina	comp 250 mg	2,38
Vitamina C	comp 500 mg	2,07
Água para Injeção	amp 10 ml	1,72
Aminofilina	amp 0,1 mg	1,50
Dexametasona	comp 0,5 mg	1,44
Tetraciclina	amp 500 mg	1,29
Total		89,80

Fonte: Relatório Anual FURP, 1974: 20-24

Naquele ano, dentre os 22 laboratórios oficiais, a FURP já era a terceira colocada em termos de fornecimento à CEME, representando 10,6% das aquisições daquele órgão junto aos laboratórios oficiais, e já fornecia mais que o primeiro colocado do setor privado nas vendas à CEME. É importante salientar que a CEME já adiantava, naquele ano, um pouco mais de US\$ 2 milhões à FURP para aquisição de matérias-primas e demais insumos. Por outro lado, o Governo do Estado, que já liberara US\$ 632 mil para instalação da Fundação em 1973, forneceu subvenções da ordem de US\$ 796 mil em 1974, parte dos quais ainda relativos à constituição do Fundo Patrimonial da empresa prometido para 1973.

Em 1975, a empresa mostra uma elevação substancial do faturamento (98,8%), da produção (269,6%), dos funcionários ligados à produção (86,9% pela média anual) e da produtividade (97,7%). O número de clientes atendidos passou de 74 em 1974 para 130 em 1975, crescendo 75,7%. No que se

refere à CEME, a FURP passou para o quarto lugar no fornecimento (9,5% das aquisições dentre os 20 laboratórios oficiais).

Em 1976, o número de clientes atendidos pela empresa saltou para 301, crescendo 131,5% em relação ao ano anterior. O faturamento real cresceu 62,7%, a produção física 66,5% e a produtividade 22,5%, não obstante as grandes dificuldades que a empresa teve que enfrentar na aquisição de matérias-primas, especialmente as importadas. A FURP passou para a segunda colocação no fornecimento à CEME dentre os 20 laboratórios oficiais (16,2% das compras), vendendo quase 4 (quatro) vezes mais à CEME do que o primeiro colocado dos laboratórios privados (a Pfizer).

O Relatório de Atividades da FURP de 1977 é de especial importância. Ele aponta alguns problemas ocorridos naquele ano, alguns dos quais constarão da pauta de preocupações da empresa nos anos seguintes, influenciando significativamente o desempenho da empresa. O primeiro deles refere-se às dificuldades encontradas para a aquisição de matérias-primas e demais insumos. O segundo, refere-se à "imprevisibilidade na frequência de liberação de recursos financeiros, quer da CEME, quer da Secretaria de Saúde" (Relatório Anual da FURP, 1977: 8;). O terceiro relacionava-se ao fato da FURP "possuir dois grandes clientes que perfazem aproximadamente 90% das vendas." Sua situação financeira, depende menos deles próprios e mais de outros órgãos governamentais, a ponto de a política monetária do Ministério da Fazenda afetar tais pagamentos" (Relatório Anual da FURP, 1977:8). O quarto problema decorre da Secretaria da Fazenda do Estado proibir a aplicação das disponibilidades financeiras da empresa, impedindo uma melhor administração financeira, que evitasse a perda inflacionária das disponibilidades (todos os grifos são nossos).

O Relatório aponta, ainda, que eliminando-se o exigível CEME do Balanço, o índice de liquidez imediata passaria de 0,46 para 0,99 e o índice de liquidez seca de 0,77 para 1,67, aliviando sobremaneira as condições de liquidez

da empresa. Da mesma forma, o índice de liquidez corrente passaria de 2,67 para 5,73.

Naquele ano, a Pfizer liderou, dentre todos os laboratórios privados e oficiais, as vendas à CEME (36,3% das aquisições dos laboratórios privados) e a FURP passou à quinta colocação dentre os 17 laboratórios oficiais (9,9% das aquisições junto a esses laboratórios). Por outro lado, a FURP ampliou o número de clientes atendidos de 301 em 1976 para 486 em 1977. Como medida de economia e racionalização, eliminou 18 produtos de sua linha de produção, em 20 apresentações, e acrescentou 9 produtos, em 12 apresentações.

O Relatório de 1978 é eminentemente econômico-financeiro. O principal aspecto destacado é que a FURP exibiu, naquele ano, resultados econômico-financeiros positivos sem receber qualquer subvenção do Governo do Estado, ao passo que, em 1977, se a empresa não tivesse obtido cerca de US\$ 760 mil de subvenções do Estado, sua rentabilidade nas vendas teria tido um resultado negativo de 8,3% e a taxa de retorno do investimento teria sido 20,8 negativos. Conclui o Relatório: "Assim, fica bastante evidenciado que o resultado obtido em 1977 deveu-se exclusivamente à subvenções recebidas, enquanto que em 1978 não houve o ingresso de qualquer subvenção sendo, portanto, os resultados nesse ano obtidos legitimamente do fruto do esforço da FURP na busca da sua auto-suficiência operacional" (Relatório Anual da FURP, 1978: 29). Nesse ano, a empresa obteve 75% de seu faturamento da CEME e passou a ocupar o segundo lugar nas vendas aquele órgão dentre o conjunto dos 15 laboratórios oficiais, com 13,73% de participação.

Em 1979, o Relatório Anual enfatiza novamente os bons resultados econômico-financeiros obtidos. Embora não conste no relatório, é importante salientar que nesse ano a FURP alcança o primeiro lugar dentre os laboratórios oficiais na vendas à CEME (CENTRAL DE MEDICAMENTOS, RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 1979). De resto, já aponta para pontos de estrangulamento em

algumas linhas de produção, que só poderiam vir a ser superados através de uma nova planta de produção.

Em 1980, além de destacar os bons resultados econômico-financeiros alcançados pela empresa, o Relatório Anual aponta duas novidades: 1º) o volume excepcional de receitas financeiras obtidas pela empresa através de aplicações efetuadas na DIVESP, melhorando apreciavelmente seus resultados; 2º) a decisão do Governo do Estado, concretizada através do Decreto nº 15479, de 07/08/80, de alienar à FURP, por doação, os bens móveis e imóveis que constituíam o acervo patrimonial do Laboratório Brasileiro de Vacinas S/A - BRASVACIN, empresa do Estado criada para a produção de medicamentos veterinários, que nunca entrara em funcionamento, mas que dispunha de um terreno e prédio semi-construído ao longo da Rodovia D. Pedro I, em Campinas, além de mobiliário.

O Relatório de 1981 aponta o excepcional crescimento da produção, produtividade e faturamento da empresa com a entrada em operação de novos equipamentos. Destaca, ainda, que desde 1979, a empresa vinha apresentando altos índices de liquidez ou acumulação de recursos com a finalidade de construir um novo laboratório, o que ainda não teria ocorrido devido às seguintes razões (Relatório Anual da FURP, 1982:23)

"a) Inicialmente, o laboratório deveria ser construído em área que faz parte de área maior ocupada pelo Instituto Butantã, cedida pelo Governo do Estado de São Paulo, pelo prazo de 30 anos. Como as atividades do laboratório FURP a ser ali construído obrigava permanente circulação através do 'Campus' da Cidade Universitária, o projeto teve que ser reestudado.

b) Nesse ínterim, houve por bem o Governo do Estado de São Paulo desativar o Laboratório Brasileiro de Vacinas S/A - BRASVACIN, atribuindo o seu patrimônio a esta Fundação. No momento em que estavam sendo desenvolvidos estudos visando ali implantar o novo Laboratório FURP, o Governo Federal,

através do Ministério do Exército, demonstrou interesse pelo imóvel, razão pela qual as negociações a respeito prosseguem até a presente data.

c) Tendo em vista a urgente necessidade de serem edificadas as obras do novo Laboratório FURP, houve por bem o Governo do Estado de São Paulo autorizar a permissão de uso, a título precário, de próprio estadual, situado no município de Guarulhos. Estão sendo ultimados os projetos referentes à construção, que deverá ter início no decorrer do próximo exercício”.

Os mesmos argumentos são utilizados para justificar a manutenção de altos índices de liquidez pela empresa em 1982. Aliás, nesse ano, aparentemente todos os recursos da FURP são mobilizados intensivamente para obter os melhores resultados, de forma a alavancar os recursos necessários à construção e instalação do seu novo laboratório, em Guarulhos. De fato, a empresa alcançou, em 1982, os melhores resultados econômico-financeiros de sua história. Em 1983, embora os resultados da empresa sejam inferiores aos de 1982, são muito semelhantes os esforços de acumulação de recursos financeiros para dar suporte aos investimentos no novo laboratório de Guarulhos.

O Relatório de 1984 apresenta um conjunto de novas informações:

1º) Embora com algumas dificuldades no primeiro semestre devido à transferência da empresa para as novas instalações, logrou-se um pequeno aumento da produção e da produtividade, bem como bons resultados financeiros;

2º) Para justificar a alta acumulação de disponibilidades financeiras numa empresa que teria que vender seus produtos a preços equivalentes ao custo, alega que precisa complementar o projeto de implantação e modernização das áreas produtivas do novo laboratório, bem como aponta para o início, em 1986, de atividades na área de produção de insumos farmacêuticos (afinal, nunca concretizada);

3º) Destaca, pela primeira vez, o peso no faturamento da empresa dos medicamentos adquiridos junto aos laboratórios privados para atender à demanda

da Secretaria Estadual de Saúde, uma atividade que a FURP passou a desenvolver a partir de 1982 para contornar a ineficiência da administração direta na aquisição de medicamentos e as dificuldades de pagamento em dia dos fornecedores, gerando maiores custos para o Estado. A análise que se fazia era que, dado o poder de compra e disponibilidades da FURP, mesmo que a empresa cobrasse uma pequena taxa de administração, os custos para o Estado seriam bem mais baixos do que se a própria Secretaria adquirisse os medicamentos. Em 1982, 16,51% do faturamento da empresa já era constituído por produtos de revenda, baixando para 9,08% em 1983 e 10,63%, em 1984;

4º) Outro aspecto realçado era o fato da empresa começar a consolidar sua estratégia de diversificação de clientes, reduzindo a dependência em relação à CEME. De fato, a participação da CEME no faturamento dos produtos FURP baixara, após manter-se um longo período em torno de 70%, para 61,28%, ao passo que os clientes diversos, com uma participação média em torno de 10% nos últimos anos, passar a representar 22,34%. Esse esforço de diversificação da clientela é mostrado no Quadro VII a seguir:

QUADRO VII
FURP - Evolução do Número de Clientes
(1983 - 1984)

Clientes	até 1983	Aumento em 1984	Total em 1984
Prefeituras	343	202	545
Santas Casas	256	27	283
Entidades Particulares	385	150	535
Sindicatos	91	6	97
Órgãos Públicos	66	33	99
Total	1.141	418	1.559

Fonte: Relatório Anual da FURP, 1984: 30

5º) Ressalta, ainda, a continuidade da renovação da linha de produção, com a introdução de novos medicamentos na pauta produtiva:

Amodiaquina 150 mg comprimido, Cloranfenicol 500 mg injetável, Dapsona 100 mg comprimido, Penicilina G Benzatina 1.200.000 U.I. injetável, Vitaminas do Complexo B solução oral e Pirazinamida.

O ano seguinte, 1985, é muito importante para a FURP. É o ano em que a empresa tem que se consolidar a partir de suas novas instalações, já em plenas condições de operação. Os resultados são animadores:

- reduzem-se o número de horas extras dos trabalhadores, propiciando o aumento do emprego: de 515 funcionários em 31/12/84, a empresa passou a ter 671 em 31/12/85, um aumento de 30,3%;

- a produção física cresceu 20,3%, atingindo 805 milhões de unidades farmacêuticas e aumentando a produtividade/trabalhador;

- o faturamento saltou de US\$ 21,2 milhões em 1984 para US\$ 33,3 milhões em 1985, aumentando a participação dos clientes diversos de 22,34% para 26,29%;

- os medicamentos de revenda permaneceram ao nível de 9,4% do faturamento da empresa;

- foram cadastrados mais 251 clientes, totalizando 1810 em 1985;

- introduziram-se 11 novos produtos na linha, em 20 formas farmacêuticas;

- iniciou-se a produção de saneantes hospitalares com 6 produtos, em 6 apresentações, destinados ao controle de infecções hospitalares;

- ampliou-se o número de profissionais farmacêuticos de 17 para 26, aumentou-se o pessoal da área de controle de qualidade de 10 para 41, além do reequipamento do laboratório de desenvolvimento;

- a empresa, em cooperação com a Coordenadoria de Medicamentos Básicos da Secretaria Estadual de Saúde, assumiu a responsabilidade da entrega direta de medicamentos junto aos 350 Centros de Saúde e hospitais da Região Metropolitana de São Paulo;

- desenvolveu-se um Plano Diretor de Informática para reordenar e orientar o sistema de informações, executado, em sua maioria, ainda em bases manuais.

É importante destacar, ainda, a evolução, ao longo da metade da década de 80, da composição do quadro de pessoal a medida em que a empresa aumenta a produção, se moderniza e ocupa suas novas instalações em Guarulhos, o que exige a criação e ampliação de novos serviços e a correspondente contratação de pessoal. O Quadro VIII, a seguir, é bastante ilustrativo.

QUADRO VIII

FURP - Evolução do Quadro de Pessoal e de sua Composição - (1980 - 1985)

Setor	Ano					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Administração e Serviços Complementares						
- Diretoria	3	2	2	3	4	4
- Gerências	4	4	3	4	3	5
- Secretarias	9	9	9	10	11	10
- Contabilidade / Finanças	16	17	17	17	19	21
- Planejamento e Adm. de Materiais	25	23	33	49	46	52
- Relações Comerciais	10	10	11	10	12	16
- CPD	-	-	-	-	-	3
Recursos Humanos						
- Adm. Pessoal	6	6	6	8	8	9
- Segurança	7	7	7	13	14	18
- Limpeza	5	5	7	7	13	30
- Nutrição	3	4	4	6	7	16
- C.C.I. / Berçário	-	-	-	-	2	20
- Transporte / Comunicações	4	4	6	5	11	17
- Rouparia, Lavanderia, Manutenção Predial	-	-	-	-	3	13
SUB-TOTAL	92	91	105	132	153	234
Produção Direta	181	166	200	307	320	363
Produção Indireta	18	20	15	17	22	33
Controle de Qualidade	13	14	15	14	20	41
SUB-TOTAL	212	200	230	338	362	437
TOTAL	304	291	335	470	515	671
Evolução %	-	(4,3)	15,1	40,3	9,6	30,3

FONTE: Relatório Anual da FURP, 1985:12

No ano de 1986, apesar dos vários problemas enfrentados pela indústria farmacêutica em geral, e pela FURP em particular, os resultados mostraram que a empresa soube superar as dificuldades. O congelamento de preços imposto pelo programa de estabilização econômica do Governo afetou duplamente a empresa: de um lado, atingiu seu faturamento e, de outro, gerou vários problemas de abastecimento de matérias-primas e insumos, em especial embalagens. Isso provocou a manutenção de enormes estoques de insumos e produtos em elaboração (o prazo médio de estoques de insumos passou de 77 dias em 1985 para 130 dias em 1986), diminuindo sensivelmente a liquidez da empresa, embora sem comprometê-la. Por outro lado, houve demora da CEME em entregar matéria-prima e emitir as ordens de produção. Finalmente, a lei eleitoral engessou a empresa através da concessão de estabilidade de 9 meses aos funcionários.

Para contornar tais problemas, a FURP incrementou sua produção, implantou o 2º e 3º turnos de trabalho, obtendo a maior produção de sua história, o mesmo ocorrendo com a produtividade. Continuou expandindo sua clientela, que alcançou 1935 clientes cadastrados frente aos 1810 do ano interior, manteve a implantação do Plano Diretor de Informática e concluiu o "Plano Estratégico da FURP para o Período 1985-1989".

Como se vê, mesmo com as dificuldades conjunturais, a FURP continuou tentando desenhar o seu futuro. Em linhas gerais, com recursos próprios, o Plano Estratégico previa: 1. Construção de uma unidade de enchimento de pós-estéreis fora da fábrica; 2. Construção de unidade para produção de plásticos, flexografia, saneantes e ampliação da lavandeira; 3. Readequação da fábrica e maior automatização para aumentar a produção de líquidos, sólidos, injetáveis e pomadas. 4. Criar uma equipe que pudesse constituir uma massa crítica necessária para definir as linhas de P e D a serem seguidas com vistas à obtenção de matéria-prima por síntese ou fermentação. Com os recursos advindos do resultado dos projetos 1, 2 e 3, pretendia-se construir uma planta industrial para síntese e, eventualmente, fermentação.

O Relatório de 1987 é farto em expor as dificuldades da empresa durante o ano. Na verdade, embora tenha se defrontado com uma série de problemas, ao exagerar as dificuldades encontradas, busca justificar o primeiro resultado líquido negativo da história da FURP. As principais dificuldades apresentadas eram as seguintes:

- Um dos elementos que teriam provocado o resultado negativo teria sido o congelamento da OTN no período março/86 a março/87, o que, na verdade, utilizando-se o valor "pró-rata tempore", jogaria o prejuízo para 1986;

- A lei eleitoral nº 7493 de 17/06/86, ao vedar dispensas e contratações, obrigou a empresa a manter linhas de produção inteiramente ociosas, agravando custos e gerando problemas disciplinares;

- Os Decretos estaduais nº 26924, de 20/03/87, e nº 26948 de 08/04/87, vedavam a contratação de pessoal;

- A postergação de liberação de quota extra-limite de importação, negociada junto à CACEX e Secretaria de Indústria, Comércio, Ciência e Tecnologia, que normalmente demorava de 1 a 2 meses, em 1987 demorou de 8 a 9 meses, sendo concedida somente em agosto do referido ano, quando já não haveria tempo para ser utilizada;

- A demora para obtenção da licença de importação na CACEX durante o primeiro semestre, impediu o abastecimento regular de materiais em pleno período de desabastecimento gerado pelo Programa de Estabilização Econômica do Governo;

- A CEME teria assinado o convênio de produção com a FURP somente em 25/11/87, tendo a empresa se limitado a produzir para a CEME os medicamentos relativos a 1986, pelo atraso da entrega de matéria-prima, entregando a produção praticamente aos mesmos preços contratados em 1986;

- Finalmente (e aqui a FURP mostra o verdadeiro motivo do resultado negativo, ou seja, uma estratégia equivocada de acumulação de estoques representada pelo aumento do Prazo Médio dos Estoques de Insumos de 77 dias em 1985 para 130 em 1986 e 151 em 1987) a empresa alega que não dispunha de instrumentos adequados para monitorar seus estoques, o que resultou em demora para mobilizar os estoques, transformando os ativos de liquidez imediata, que geram receitas financeiras, em estoques sobre cujos valores incide correção monetária e compromete o resultado líquido.

De qualquer forma, o que se pôde observar é que, a um custo mais alto devido a tais dificuldades, a empresa conseguiu manter um alto nível de produção e produtividade. Conseguiu, ainda, através de sua estratégia de diversificação de clientes, substituir parcialmente a CEME pelo INAMPS, este último tendo sido responsável por 36,3% do faturamento total (produtos FURP mais revenda) da empresa. Aliás, o ano de 1987 deve ser marcado como o ano em que a FURP definitivamente deixa de depender da CEME. Por outro lado, os medicamentos de revenda adquiridos para a Secretaria de Estado da Saúde revelaram um aumento de sua participação no faturamento da FURP, passando de 8,8% em 1986 para 24,5% em 1987. Grande parte disso deveu-se à empresa atender solicitações da Secretaria de Saúde e assumir a responsabilidade, naquele ano, de importar e distribuir agulhas e seringas para a campanha de vacinação contra o sarampo, bem como de bolsas de sangue, em função do desaparecimento dos congêneres nacionais no mercado.

Outros aspectos ressaltados no Relatório foram: 1º) assinatura de Convênio com a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da USP, através do FIEC do Banco do Brasil, pelo qual as referidas instituições se comprometeram a repassar a tecnologia para o desenvolvimento de uma linha de produtos odontológicos, incluindo escova dental monobloco, tendo como contrapartida o pagamento de *royalties* à USP e FIEC; 2º) a criação de um 2º e 3º turnos de trabalho no segundo semestre, fruto da pressão de demanda, o que resultou no aumento do quadro de pessoal da FURP: 82 para atividades administrativas e 84

para atividades voltadas para a produção, totalizando 903 funcionários em 1987 contra 737 em 1986.

O ano de 1988 foi marcado por um incêndio no almoxarifado da empresa que destruiu o estoque de matérias-primas e embalagens. Embora parcialmente coberto pela seguradora, mesmo assim a empresa arcou com um prejuízo em torno de US\$ 4,9 milhões. Apesar disso, a empresa teria se recuperado e obtido excelentes resultados econômico-financeiros no ano. Duas grandes queixas, entretanto, são apresentadas no Relatório desse ano. A primeira, referia-se ao fato do INAMPS impedir a descentralização de recursos para as prefeituras, previstas pelo SUDS, o que teria reduzido a demanda dos municípios daqueles pelos produtos da FURP. A segunda, dizia respeito ao agravamento da política de aquisição de medicamentos pela CEME, que teria alocado uma produção mínima para os laboratórios oficiais e, em particular, à FURP (38 milhões de unidades). Além disso, dos quantitativos contratados, somente 30% foram produzidos devido à não entrega, pela CEME, das matérias-primas necessárias.

Outros aspectos do desempenho da empresa destacados no Relatório foram os seguintes: 1º) teria havido uma redução do custo dos produtos vendidos por conta de uma bem sucedida estratégia de negociação para redução de preços nos insumos adquiridos via licitação, bem como na importação direta de matérias-primas, ao invés da aquisição de intermediários locais; 2º) houve uma melhor política de administração de estoques, tendo o prazo médio dos estoques de insumos caído de 151 dias em 1987 para 62 dias em 1988, melhorando substancialmente a liquidez da empresa e contribuindo para um resultado líquido positivo.

Finalmente, um dado muito importante apresentado foi a mudança na composição do faturamento da FURP. É retratado, pela primeira vez, o resultado da estratégia de diversificação de clientes que a empresa vinha perseguindo há tempo, como mostra a Tabela VIII.

TABELA VIII
FURP - Evolução da Composição do Faturamento
(1986/1988)

CLIENTE	ANO		
	1986	1987	1988
CEME	61,9 %	13,5 %	9,8 %
INAMPS	-	36,4 %	13,5 %
SECRETARIA DA SAUDE			
- Produção FURP	5,2 %	11,9 %	17,3 %
- Revenda	8,8 %	24,5 %	13,8 %
CLIENTES DIVERSOS	24,2 %	13,8 %	45,6 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Fonte: Relatório Anual da FURP, 1988: 31

Três problemas são apresentados pela empresa em 1989. Em primeiro lugar, continua a crítica à resistência do INAMPS em descentralizar os recursos destinados à assistência farmacêutica. Em segundo, persiste a crítica à CEME por uma suposta incapacidade de gerenciar um orçamento recorde em sua história. De acordo com a FURP, a CEME houvera prometido a alocação de um grande plano de produção para a empresa, levando-a "a restabelecer o segundo turno de trabalho e a aquisição de grandes volumes de materiais de embalagem. Entretanto, as matérias-primas não foram entregues em seu fluxo normal, o que acarretou queda na produção, ociosidade de pessoal e aumento dos custos, causando efeitos duplamente nocivos de aumento nos custos de produção e investimentos em materiais ociosos com consequente redução de disponibilidades" (Relatório Anual da FURP, 1989:1). Em terceiro lugar, uma importante crítica é feita ao Governo do Estado de São Paulo: "Outro fator negativo neste exercício foi a retenção de recursos da Secretaria da Saúde-SES para a compra de medicamentos, ocasionando pesadas perdas financeiras à FURP, que por uma questão social e humana não interrompeu as entregas à

SES. Tal prática foi mais grave tendo em vista que a maioria dos recursos destinavam-se a ressarcir a FURP de compra de medicamentos de outros laboratórios” (idem).

Outros elementos que podem ser extraídos do Relatório de 1989 são os seguintes:

- a empresa introduziu em sua pauta produtiva quatro novos produtos de grande significado: metildopa, nifedipina, azatioprina e gel espermicida;

- continuavam as dificuldades de aquisição de vidros e ampolas devido ao Plano Verão do Governo Federal;

- a importação direta da matéria-prima do metildopa permitiu uma redução do seu custo em 39% e uma economia estimada em US\$ 1,2 milhão no ano;

- a CEME estaria relutando em descentralizar a aquisição de matérias-primas pela FURP, o que reduziria a dependência em relação àquele órgão, permitindo uma maior regularidade na produção;

- a linha de fabricação própria da FURP respondeu por 79,7% das vendas, ficando 20,3% para a revenda;

- do faturamento total (produtos FURP mais revenda), de US\$ 55,3 milhões, 51,3% destinaram-se à Secretaria da Saúde (20,3% só de revenda), 13,8% à CEME e 34,9% aos Clientes Diversos;

- 33 produtos de um total de 160 de fabricação própria, foram responsáveis por 80% das vendas, com destaque para o Metildopa (27,5%), Ampicilina 500 mg comprimido (6,1%) e Cefalexina 500 mg cápsula (5,15%);

- embora mostre uma diminuição na produção física para 498 mil unidades, a empresa não revela a tendência de queda substancial da produtividade ocorrida em 1988 e 1989;

- é mencionada a destinação de recursos para a construção da unidade de antibióticos (pós estéreis), bem como ao mezzanino na seção de sólidos.

O ano de 1990 se inicia com a edição de um novo plano de estabilização econômica, cuja novidade foi o bloqueio, em 16/03/90, de 80% das disponibilidades da empresa. Apesar disso, a empresa conseguiu aumentar 28,4% sua produção física e 34,1% sua produtividade. Esses resultados foram muito importantes no sentido de compensar o rígido controle de preços imposto pelo Governo aos medicamentos da FURP, afetando, em especial, dois de seus importantes produtos em termos de contribuição ao faturamento: a metildopa e a azatioprina.

A empresa continuou reclamando dos atrasos sistemáticos de repasse de recursos pela Secretaria da Fazenda do Estado relativos a medicamentos adquiridos por ela junto a laboratórios privados e fornecidos à Secretaria de Estado da Saúde. É importante ressaltar que, naquele ano, os produtos de revenda apresentaram um alto índice de participação de 38,3% em seu faturamento. Da mesma forma, a empresa continuava manifestando as dificuldades de relacionamento com a CEME, acusando-a de falta de planejamento da produção, bem como a manutenção da recusa a que a FURP adquirisse diretamente as matérias-primas necessárias à produção dos medicamentos fornecidos aquele órgão.

Outros elementos que podem ser extraídos do Relatório de 1990 são os seguintes:

- foi concluída parcialmente a unidade externa para a produção de antibióticos, tendo sido investida, naquele ano, a quantia de US\$ 2,97 milhões;
- o quadro de funcionários foi reduzido em 14%, a produção aumentou 28,4% e a produtividade 34,1%;

- as importações de matérias-primas teriam propiciado uma economia de US\$ 2,8 milhões, sendo US\$ 750 mil obtidos somente com a ampicilina anidra;

- se as importações reduziam custos, por outro lado aumentou-se a rejeição de insumos farmacêuticos, pois a empresa, face à lei de licitação, era obrigada a adquirir aos menores preços apresentados;

- a falta de penicilina G benzatina e ampolas no mercado interno comprometeram a produção de injetáveis;

- de 1989 a 1990 houve uma redução de 10,4% para 4,8% no absenteísmo, fruto já do Programa de Gerenciamento por Resultados, iniciado com a reestruturação organizacional em 1988 e com o Plano de Cargos e Salários de 1989;

O ano de 1991 iniciou-se com um novo Governo em São Paulo e um novo Superintendente na empresa. Em 6 meses eclodiu um escândalo noticiado na imprensa que atingiu a FURP e sua superintendência. Contornado o problema com a substituição do Superintendente, a empresa conseguiu fechar o ano com um aumento de 18,3% na produção e 8,3% na produtividade. A esse resultado físico não correspondeu uma melhoria no faturamento da produção própria - ao contrário, houve uma queda em torno de 15% - pois a empresa ainda teve que conviver, no primeiro semestre do ano, com os preços congelados em 1990.

Pelo quarto ano consecutivo a empresa continuava sem obter a anuência da CEME para aquisição direta de matérias-primas dos medicamentos a serem produzidos para fornecimento aquele órgão. Entretanto, após um longo período de queda, a participação da CEME no faturamento da produção FURP atinge 45,7%. A Secretaria da Saúde participa com 9,9% e os Clientes Diversos com 44,4%.

O Plano Diretor de Informática já havia atingido 85% dos seus objetivos e a empresa já se referia ao obsolescência da maioria de seus equipamentos e a necessidade de atualizá-los. Por outro lado, a empresa

anunciava o início, em julho de 1990, das atividades de produção junto à unidade externa de pós estéreis (antibióticos).

Em 1992 a FURP volta-se fundamentalmente para a produção própria e praticamente não opera com produtos de revenda (vão representar somente 0,11% de seu faturamento). Todavia, perde muito tempo à espera de uma definição da CEME que, afinal, acaba suspendendo as aquisições previstas. Nesse ínterim, a empresa opera com 80% da capacidade ociosa e somente a partir do segundo semestre consegue operar com 50% de sua capacidade. O resultado, no final do ano, foi uma queda de 36,0% em sua produção e de 40,7% no índice de produtividade, que voltava ao nível de 1980.

No ano de 1993 a empresa consegue aumentar sua produção em 45,4%, atingindo 703 mil unidades farmacotécnicas. Mas, como a média anual dos trabalhadores ligados à produção aumentou 41,2%, praticamente não houve aumento da produtividade, que permanecia num nível bastante baixo. Equivocadamente - ou sem conhecer a história da FURP - a Superintendência assim se expressa no Relatório Anual: "Ao terminarmos o ano 1993, constatamos que produção, produtividade e vendas bateram todos os recordes já registrados na história desta Fundação" (Relatório Anual da FURP, 1993:1). De fato, as vendas atingiram o maior valor da história da empresa, mas por outros motivos que não foram a produção e produtividade, qualquer uma delas abaixo do recorde histórico, em especial esta última, praticamente a metade do que já houvera sido em seu pico no ano de 1986. O motivo, portanto, do recorde no valor das vendas, devem ser encontrados na elevação dos preços praticados.

Outros fatos podem ser extraídos do Relatório de 1993:

- sob uma alegada dificuldade por que passava a saúde pública, a empresa retomava o projeto de revenda de medicamentos para a Secretaria de Estado da Saúde, revenda essa que voltou a representar 17,02% do faturamento total da empresa (produtos FURP mais revenda);

- houve o início de implantação de um novo plano de informática que atualizava e modernizava todo o sistema de informações da empresa;

- a empresa passou a produzir 3 (três) novos medicamentos: salbutamol 0,04% xarope, cimetidina 100 mg comprimido e metronidazol geléia;

- problemas ocorridos com a penicilina produzida pela FURP exigiram a paralisação de sua produção e revisão do projeto construtivo da unidade de pós estéreis.

O ano de 1994 representou a negação da história, tradição e desenvolvimento da FURP. Em se tratando de último ano de governo, em que ocorre a troca de Superintendente, o Relatório anual não apresenta nenhuma apreciação dos resultados. Sua produção caiu para 345 mil unidades farmacotécnicas, o que representou a manutenção de uma capacidade ociosa média de 72%; sua produtividade passou a ser equivalente à de 1975, praticamente o segundo ano de operação da empresa, a 4ª pior marca em seus 21 anos de atividades, pois a empresa insistiu em manter uma média de funcionários ligados à produção superior à média do ano anterior, além de manter praticamente o mesmo número de funcionários na administração.

A razão para tamanha desestruturação operacional e fracasso no desempenho produtivo da empresa é muito clara: a empresa transformou-se num gigantesco entreposto comercial, desobrigando-se de sua atividade produtiva, inerente às suas condições de existência e às suas finalidades. Os números relativos ao faturamento total da empresa são muito claros: a revenda, que somara US\$ 12 milhões em 1993, representando 17,02% do faturamento, salta para a expressiva soma de US\$ 130,7 milhões em 1994, significando 77,36% do faturamento total da empresa, numa inversão absoluta de suas finalidades (vide Tabela IX).

TABELA IX
FURP - Valor e Participação no Faturamento dos Clientes
(1992/1994)

Ano	1992		1993		1994	
	Valor (US\$ mil)	Part. (%)	Valor (US\$ mil)	Part. (%)	Valor (US\$ mil)	Part. (%)
Secretaria de Saúde (SP)	3.457,1	11,74	4.424,9	6,17	1.185,5	0,70
Revenda	31,6	0,11	12.213,5	17,02	130.671,3	77,36
Prefeituras Municipais	13.904,0	47,22	32.712,9	45,57	26.237,2	15,53
Santas Casas	1.520,5	5,16	1.658,4	2,31	1.552,8	0,92
Entidades Particulares	1.928,6	6,55	2.341,2	3,26	1.857,2	1,10
Sindicatos	18,3	0,06	27,2	0,04	6,4	-
Órgãos Públicos	1.565,4	5,32	3.209,1	4,47	6.217,6	3,68
CEME	7.020,2	23,84	15.191,4	21,16	1.194,4	0,71
Total	29.445,7	100,0	71.778,6	100,0	168.922,4	100,0

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

Embora a empresa obtenha uma alta rentabilidade no ano, ela só foi obtida às custas de uma acentuada elevação do endividamento entre 1993 e 1994 (pois o Estado continua atrasando os pagamentos dos produtos de revenda) e uma substancial piora nas condições de liquidez. O que garantiu a rentabilidade da empresa foi a sua atuação comercial enquanto intermediária dos produtos de revenda e não sua atividade produtiva (ver seção 3.3).

Em suma, o que se observa a partir desse conjunto de informações anuais, é que a FURP, baseada em um corpo técnico que pouco se altera ao longo dos anos, algumas gestões mais lúcidas e a retaguarda de seu Conselho Deliberativo, consegue desenhar minimamente uma estratégia de médio prazo. No entanto, encontra muitas dificuldades, seja por sua própria natureza de empresa pública ou incompetência gerencial, para administrar as condições de sua inserção no mercado. A combinação desses dois movimentos, afinal, é que determinarão o seu comportamento de longo prazo.

III.1.2 Análise do comportamento de Longo Prazo

Uma primeira observação sobre o desempenho da FURP a longo prazo, é a capacidade que a empresa adquiriu de gerar excedentes para seus investimentos. Note-se na Tabela X que após um período inicial de operação, quando recebe subvenções correntes e de capital do Governo do Estado, além de adiantamentos de matérias-primas ou crédito por parte da CEME, a empresa consegue realizar suas ampliações e modernização através de recursos próprios. De um total de US\$ 29,6 milhões investidos desde a sua fundação, US\$ 21,6 milhões (73%) foram obtidos dos resultados de suas atividades, sem necessidade de recorrer a empréstimos ou financiamentos.

TABELA X
FURP - Origens dos Recursos para Investimento em Ampliação da Capacidade e Modernização

Ano	ORIGEM DOS RECURSOS (US\$)				
	Próprios	CEME	Outros		
			(1)	(2)	(3)
1973			133,9		
1974			338,7		
1975			86,1		
1976			35,2		
1977			-		
1978			376,4	3,5	
1979			313,2	9,5	
1980	195,1		-		5.144,8
1981	2.516,7		1.332,8		
1982			190,0	3,1	
1983	6.354,9				
1984	589,0				
1985		17,1			
1986					
1987	111,5				
1988	3.715,8				
1989	1.570,8				
1990	3.398,9				
1991	493,0				
1992	104,0				
1993	982,9				
1994	1.518,0				
TOTAL	21.613,2	17,1	2.806,3	16,1	5.144,8

(1) Subvenções Recebidas do Governo do Estado de São Paulo

(2) Doações de outras instituições

(3) Doação de terreno e edificações da BRASVACIN

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

A evolução de seu quadro de pessoal da FURP é mostrada na Tabela XI. Funcionando parcialmente em 1973 e 1974 empregava 36 e 125 funcionários, respectivamente. Em 1994 já contava com 949 funcionários. Observe-se que a empresa tem mantido, ao longo de sua história, um percentual de pessoal voltado à produção em torno de 70%. Esse percentual cai para uma média de 65% entre 1985 e 1988, retorna ao seu patamar histórico e volta a cair mais acentuadamente em 1993 e 1994, sendo que neste último ano 58,2% dos trabalhadores estão dedicados ao setor de produção e 41,8% à administração. Não se tem um parâmetro para avaliar tais números mas, muito provavelmente, a distribuição que mais se aproxima das condições ligadas à natureza da empresa deve estar em torno de 70% de pessoal voltado à produção e 30% às atividades administrativas, sua melhor média histórica.

TABELA XI
FURP - Evolução do Quadro de Pessoal (1973 - 1994)
(Posição em 31.12)

ANO	Na Produção		Na Administração		Total
	Número	%	Número	%	
1973					36
1974	79	63,2	46	36,8	125
1975	147	74,2	51	25,8	198
1976	158	70,2	67	29,8	225
1977	173	70,0	74	30,0	247
1978	190	70,1	81	29,9	271
1979	209	69,9	90	30,1	299
1980	212	69,7	92	30,3	304
1981	200	68,7	91	31,3	291
1982	230	68,7	105	31,3	335
1983	338	71,9	132	28,1	470
1984	362	70,3	153	29,7	515
1985	437	65,1	234	34,9	671
1986	494	67,0	243	33,0	737
1987	578	64,0	325	36,0	903
1988	547	64,0	308	36,0	855
1989	626	71,6	248	28,4	874
1990	543	68,2	253	31,8	796
1991	631	70,5	264	29,5	895
1992	611	72,3	234	27,7	845
1993	599	60,4	392	29,6	991
1994	552	58,2	397	41,8	949

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

A Tabela XII mostra a evolução da produção e produtividade da FURP. O que se observa é que de 1974 a 1986 houve um aumento substancial da produtividade - praticamente ininterrupto - equivalente a 8,11 vezes, se compararmos 1986 com 1974. A partir de então, com oscilações ano a ano, a produtividade cai 5% em 1987 e cerca de 41% considerando-se a média entre 1988 e 1989 relativamente a 1986. Embora em 1990 e 1991 ela volte a crescer bastante, a partir de 1992 reduz substancialmente: volta aos níveis de 1980 entre 1992 e 1993 e cai em 1994 para um nível semelhante a 1977. Em suma, desde 1988, mesmo com algumas exceções, assiste-se a uma tendência de queda acentuada da produtividade na empresa.

TABELA XII
FURP - Evolução da Produção Física, do Pessoal na Produção e da Produtividade
(1974 - 1994)

Ano	Produção Física (mil unidades)	Funcionário na Produção (média anual)	Produtividade (mil unidades)
1974	18.363	61	301
1975	67.864	114	595
1976	112.995	155	729
1977	89.680	149	602
1978	90.577	116	781
1979	116.861	123	950
1980	215.539	176	1.225
1981	430.535	217	1.984
1982	553.580	267	2.073
1983	599.669	270	2.221
1984	699.351	312	2.241
1985	804.675	349	2.306
1986	989.084	405	2.442
1987	944.880	408	2.316
1988	622.299	424	1.468
1989	497.789	353	1.410
1990	639.059	338	1.891
1991	756.244	369	2.049
1992	483.790	398	1.215
1993	703.473	562	1.252
1994	345.241	570	606

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

Quanto ao faturamento relativo à produção FURP, a Tabela XIII mostra uma evolução - também quase ininterrupta - de 1974 a 1982, passando de US\$ 1,70 milhão a US\$ 26,7 milhões nesse período. Após duas quedas

importantes em 1983 e 1984, volta a crescer a partir de 1985, estabelecendo-se, a partir de então, com algumas exceções, num patamar superior a US\$ 30 milhões, com destaque para os anos de 1988, 1989 e 1993, quando o faturamento atinge US\$ 39.2, US\$41.0 e US\$ 59.6 milhões, respectivamente, este último o mais alto da história da empresa. Note-se que este faturamento recorde é atingido com a empresa operando com 43% de ociosidade (ver Tabela XIII). Por outro lado, o comportamento errático do indicador faturamento/trabalhador da empresa condensa um conjunto complexo de fatores que atuam em cada ano nas operações da empresa e suas decisões de curto prazo. O fato de não apresentarem um comportamento tendencial reflete o próprio grau de instabilidade das condições de inserção da empresa no mercado institucional, já captada em outros indicadores e amplamente analisada neste trabalho.

TABELA XIII
FURP - Evolução do Faturamento dos Produtos Próprios e Faturamento por
Funcionário (1974 - 1994)

Ano	Faturamento (US\$ milhões)	Faturamento/Funcionário na Produção (*) (US\$ mil)	Faturamento / Funcionário (**) (US\$ mil)
1974	1,70	28	14
1975	3,38	30	17
1976	5,50	35	24
1977	4,04	27	16
1978	7,14	62	26
1979	10,06	82	34
1980	11,88	67	39
1981	19,58	90	67
1982	26,07	98	78
1983	20,09	74	43
1984	21,22	68	41
1985	33,33	95	50
1986	29,30	72	40
1987	32,33	79	36
1988	39,25	93	46
1989	41,02	116	47
1990	37,55	11	47
1991	31,80	86	36
1992	29,41	74	35
1993	59,56	106	60
1994	37,19	65	39

(*) Considerou-se a média anual de funcionários na produção

(**) Considerou-se o total de funcionários em 31/12 de cada ano pois faltaram dados de média anual para completar a série.

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

A Tabela XIV mostra a evolução dos investimentos da FURP em ampliação e modernização do laboratório, sua capacidade de produção e o nível de utilização da capacidade instalada. O que salta à vista é o permanente esforço de investimentos da FURP na ampliação de sua capacidade de produção: esta passa de 198 milhões de unidades farmacotécnicas em 1974 para 1,2 bilhão em 1988, número que perdura até 1995. É importante observar que os cerca de US\$ 11,8 milhões investidos entre 1988 e 1994 não ampliam a capacidade de produção da empresa pois foram destinados à construção de uma unidade de pós-estéreis em prédio isolado, com modernas instalações, retirando esse processo de produção do interior da planta existente.

Outro fato que merece destaque é que somente a partir de 1980 é que a FURP melhora o nível de utilização de sua capacidade, atingindo números superiores a 60% em 1980 e 1981. O período entre 1982 e 1987 deve ser considerado o melhor do ponto de vista da utilização da capacidade, quando o laboratório atingiu uma média de ocupação de 82,8%. A partir de 1988, entretanto, a capacidade ociosa da empresa cresce sensivelmente, situando-se na faixa média de 50% entre 1988 e 1993, e elevando-se acentuadamente para 72% em 1994. Esses últimos números revelam vários fenômenos: a ausência de um firme compromisso do Governo do Estado com a empresa, o descompromisso de alguns de seus dirigentes, a incompetência administrativa e, acima de tudo, o comportamento errático e a falta mesmo de uma política de assistência farmacêutica no país e em São Paulo. Essa tendência de deterioração da empresa da empresa nos últimos anos, entretanto, é contrabalançada por sua enorme capacidade de geração de caixa e resultados, mesmo nas condições mais adversas, o que lhe assegura, até, a continuidade dos investimentos em sua modernização. Vale dizer, a FURP possui uma enorme resistência ao impacto de eventuais más gestões da empresa ou oscilações das políticas institucionais.

TABELA XIV

FURP - Evolução do Investimento, da Capacidade Nominal de Produção e % de Utilização da Capacidade (19973 - 1994)

Ano	Investimento (US\$ mil)	Capacidade de Produção (mil unidades Farmacotécnicas)	Utilização da Capacidade (%)
1973	133,9	-	
1974	338,7	198.105	9,3
1975	86,1		34,3
1976	35,2	265.689	42,5
1977	-		33,7
1978	379,9	332.273	27,2
1979	322,7	341.721	34,2
1980	5.339,9		63,1
1981	3.849,5	642.689	67,0
1982	193,1		86,1
1983	6.354,9		93,3
1984	589,0	974.344	71,8
1985	17,1		82,6
1986	-	1.184.065	83,5
1987	111,5		79,8
1988	3.715,8	1.234.384	50,4
1989	1.570,8		40,3
1990	3.398,9		51,8
1991	493,0		61,3
1992	104,0		39,2
1993	983,0		57,0
1994	1.581,0	1.234.384	28,0

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

As Tabelas XV, XVI, e XVII completam a análise efetuada e detalhadam algumas informações apresentadas na seção III.2.1. Em síntese, elas pretendem demonstrar:

1º) a importância da CEME para a constituição e desenvolvimento da FURP e sua perda de importância relativa à medida em que a empresa estabelece uma estratégia de longo prazo de diversificação de clientes;

2º) a pequena importância da Secretaria de Estado da Saúde no faturamento da empresa, fenômeno que será investigado na seção III.4;

3º) a importância crescente e o peso fundamental das Prefeituras como clientes da FURP, reflexo da política de descentralização das ações de saúde;

4º) a variação do peso da participação dos medicamentos de revenda no faturamento da FURP ao longo dos anos, o que permite avaliar em que grau, nos diversos períodos, a empresa foi desviada de suas finalidades.

TABELA XV

FURP - Evolução da Participação Percentual dos Clientes na Aquisição de Medicamentos Próprios: (1973 - 1974)

Ano	CEME	Secretaria Saúde próprio Estado	Prefeituras	Outros Órgãos
1973	-	-	-	-
1974	60,66%	-	-	39,34%
1975	63,91%	-	-	36,09%
1976	72,54%	-	-	27,46%
1977	70,00%	-	-	30,00%
1978	70,00%	-	-	30,00%
1979	75,00%	13,00%	-	12,00%
1980	73,96%	16,30%	-	9,74%
1981	76,51%	14,60%	-	8,89%
1982	79,54%	11,71%	-	8,75%
1983	77,42%	9,62%	-	12,96%
1984	61,28%	16,38%	-	22,34%
1985	64,78%	8,93%	-	26,29%
1986	67,81%	5,70%	-	26,49%
1987	17,92%	15,70%	-	66,38%
1988	12,32%	21,78%	-	65,90%
1989	18,02%	40,26%	-	41,72%
1990	29,00%	17,70%	-	53,30%
1991	45,70%	9,90%	-	44,40%
1992	23,87%	11,75%	42,27% (*)	17,11%
1993	25,50%	7,43%	54,92%	12,15%
1994	0,34%	3,19%	70,55%	25,92%

(*) Somente neste ano as Prefeituras são destacadas dos Outros Órgãos.

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP.

TABELA XVI

FURP - Evolução dos Clientes (Exceto CEME e Secretaria de Estado da Saúde)
Número de Clientes por Tipo
(1974 - 1992)

Ano	Prefeituras	Santas Casas	Entidades Particulares	Sindicatos	Órgãos Públicos	Total
1974	5	-	47		22	74
1975	13		78		39	130
1976						301
1977						(*)
1978						(*)
1979						(*)
1980						(*)
1981						(*)
1982						(*)
1983	343	256	385	91	66	1.141
1984	545	283	535	97	99	1.559
1985	636	302	630	108	134	1.810
1986	705	306	704	111	160	1.935
1987	771	318	826	120	221	2.256
1988	857	318	878	120	230	2.403
1989	1.031	322	922	132	231	2.636
1990	1.090	328	944	132	240	2.734
1991	1.247	344	987	133	252	2.963
1992	1.456	353	1.039	127	301	3.276

(*) Dados não obtidos.

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

TABELA XVII

FURP - Evolução do Faturamento dos Produtos Próprios e Medicamento de Revenda
(1981 - 1994)

Ano	Total (US\$ milhões)	Produtos FURP (US\$ milhões)	Part. (%)	Revenda (US\$ milhões)	Part. (%)
1981	19,58	19,58	100,0	-	-
1982	31,22	26,07	83,5	5,15	16,5
1983	22,10	20,09	90,9	2,01	9,1
1984	23,74	21,22	89,4	2,52	10,6
1985	36,79	33,33	90,6	3,46	9,4
1986	32,13	29,30	91,2	2,83	8,8
1987	42,82	32,33	75,5	10,49	24,5
1988	45,53	39,25	86,2	6,28	13,8
1989	51,47	41,02	79,7	10,45	20,3
1990	60,86	37,55	61,7	23,31	38,3
1991	41,84	31,80	76,0	10,04	24,0
1992	29,44	29,41	99,89	0,03	0,11
1993	71,78	59,56	82,98	12,22	17,02
1994	164,27	37,19	22,64	127,08	77,36

Fonte: Questionário e Relatórios Anuais da FURP

III.2. O DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA EMPRESA

O desempenho econômico-financeiro da FURP pode ser avaliado a partir dos indicadores contidos na Tabela XVIII. Tais indicadores obedeceram a uma seleção que propiciasse não só analisar o comportamento anual da empresa como também avaliar a sua trajetória no longo prazo¹³. Esse tipo de análise, baseada em Demonstrativos Contábeis, poderia ser questionada dada a possibilidade de que algumas contas poderiam ser mascaradas por algum artifício contábil. No caso da FURP, no entanto, tal possibilidade foi desconsiderada por se tratar de uma empresa estatal cujos controles e procedimentos são muito mais rígidos. Portanto, os resultados da análise podem ser entendidos como refletindo o real desempenho econômico-financeiro da empresa.

De imediato, o que se pode observar é que durante os primeiros anos de sua implantação, entre 1974 e 1977, a FURP só conseguiu obter taxas de retorno positivas porque recebia subvenções para custeio e capital do Governo do Estado de São Paulo. De fato, o valor das subvenções no período (subvenções/ativo) foi superior ao resultado líquido de suas operações (resultado líquido/ativo).

O ano de 1978 constitui um ano de transição. Embora o resultado líquido seja praticamente igual ao valor das subvenções, estas são constituídas de 55,9% para custeio das operações da empresa, e não mais foram consideradas como Receitas Não Operacionais e, sim, creditada como Reservas, não interferindo na apuração dos resultados do exercício. Isto significa, portanto, que 1978 é o primeiro ano que a empresa obtém taxa de retorno positiva, independentemente das subvenções governamentais. A partir de 1979, a empresa passa a receber somente subvenções de capital com a finalidade de construir uma nova planta de produção e adquirir equipamentos para o novo laboratório. Com os recursos obtidos em 1981 advindos da alienação do terreno

¹³ Os indicadores, sua aplicação e os necessários ajustes nos Demonstrativos Contábeis foram calculados e realizados de acordo com a metodologia sugerida por MATARAZZO (1985).

da BRASVACIN para o Governo Federal (vide seção III.1.1), a FURP consegue não só construir e equipar o novo laboratório, como também constitui uma reserva de aplicação de liquidez imediata, demonstrada pela elevação dos índices de liquidez de 1981 e 1982.

De 1981 a 1983, baixando o nível de estoques para algo em torno de 15% (a média era superior a 30% nos anos anteriores), mantendo uma margem média de lucro sobre vendas de 27% e mesmo tendo uma redução na alavancagem (redução do exigível/passivo total devido à queda nos adiantamentos da CEME sob a forma de recursos financeiros e matérias-primas) e na taxa de rotação do ativo, a FURP consegue elevar a sua taxa média de retorno, expicada, principalmente, pelo aumento no volume de vendas no período.

Em 1984, no entanto, a taxa de retorno da empresa cai substancialmente, reflexo da queda, praticamente pela metade, da participação dos recursos de terceiros (CEME) no financiamento das atividades de produção da FURP e da redução na margem de lucro líquida. Esta situação se reverte em 1985 dado que a empresa aumenta sua margem bruta de lucro sobre vendas de 27,2% para 39,4%, ao mesmo tempo que melhora a taxa de rotação do ativo de 0,70 para 0,89, com reflexos na margem líquida que sobe de 6,22% para 27,58%.

Mas, em 1986 e 1987, a taxa de retorno volta a cair drasticamente, tendo sido negativa em 1987. Contribuíram para tal fato: 1º) o congelamento de preços que baixou a margem de lucro sobre vendas de 39,4% em 1985 para 28,1% e 30%, respectivamente em 1986 e 1987; 2º) a redução na taxa de rotação do ativo, fruto do aumento dos estoques que ampliaram sua participação no ativo de 17% em 1985 para 39% e 25% em 1986 e 1987, quase dobrando o prazo médio de estoques de insumos (vide seção III.1.2).

As taxas de retorno positivas que voltaram a ser obtidas em 1988 e 1989 decorrem dos seguintes fatores: 1º) cai a participação dos estoques no Ativo de 25% em 1987 para 13% e 11%, respectivamente em 1988 e 1989; 2º) a empresa eleva substancialmente sua margem bruta de lucro sobre vendas de

30% em 1987 para 56,2% em 1988 e 55,1% em 1989, compensando a queda na taxa de rotação do ativo nesses anos; 3º) reduzem-se as despesas administrativas da empresa.

Em 1990 e 1991, a taxa de retorno do Ativo continua caindo e atinge um valor negativo em 1991 (decorrente de um ajuste contábil do Plano Collor), embora tenham melhorado as condições de rotação do Ativo. Os principais motivos daqueles resultados foram não só o controle de preços de 1990 e 1991 que baixaram a margem de lucro sobre as vendas de 55,1% em 1989 para 37,1% em 1990 e 32,2% em 1991, como também o aumento da participação dos estoques no Ativo de 11% em 1989 para 24% em 1990 e 60% em 1991.

Embora reduzam-se os estoques em 1992 e 1993 e ampliem-se as margens de lucro, uma nova queda na taxa de rotação dos estoques resulta em taxas de retorno sobre o ativo que, embora positivas, são extremamente baixas (0,14% em 1992 e 1,52% em 1993). As condições de liquidez da empresa, continuam piorando, acompanhando uma tendência que se observa desde 1989.

O ano de 1994 é atípico. Com uma combinação de diminuição da margem de lucro, elevação substancial de estoques e baixa taxa de rotação dos ativos, a FURP consegue uma taxa positiva de retorno de 19,2%. Essa taxa, entretanto, não foi obtida das operações de produção da empresa. Uma análise das Demonstrações de Resultados da FURP daquele ano permite fazer as seguintes considerações: 1º) admitindo-se que as Despesas Administrativas pouco se alterem com as atividades de revenda exercidas pela empresa, se extrairmos da Receita de Vendas de Produtos de Fabricação Própria de R\$ 22,7 milhões, o Custo dos Produtos Vendidos de R\$ 13,7 milhões e as Despesas Administrativas de R\$ 9,4 milhões, o resultado líquido da empresa seria negativo caso as Receitas Financeiras não conseguissem superar em R\$ 400 mil a Correção Monetária. 2º) como a diferença entre R\$ 46,4 milhões de Receita de Vendas de Produtos de Revenda e seu Custo de R\$ 35,7 milhões é de R\$ 10,7 milhões, representando uma margem de comercialização de aproximadamente

30%, bastante elevada se considerarmos o pequeno impacto que essa atividade exerce sobre as despesas da empresa, é possível deduzir que o excelente resultado líquido positivo da FURP em 1994 foi obtido fundamentalmente pelas suas atividades de revenda e não de produção.

Em suma, o que se pode afirmar com relação ao desempenho econômico-financeiro da FURP em sua trajetória de 21 anos é o seguinte:

1º) as oscilações e descontinuidades dos indicadores econômico-financeiros da empresa são fruto das políticas erráticas tanto do Governo Federal quanto do Governo de São Paulo no que concerne à política de assistência farmacêutica e aos recursos correspondentes, assim como das diversas gestões administrativas que nem sempre adotaram a estratégia e as políticas mais corretas para a empresa;

2º) embora submetida à tais situações, a FURP foi capaz de gerar excedentes suficientes para um processo de acumulação interna que ampliou sua capacidade de produção e modernizou suas instalações;

3º) a empresa possui um enorme potencial de geração de excedente, seja através da ampliação de suas margens de lucro, seja de uma melhor política de rotação dos ativos e gestão de estoques, ou mesmo de redução de margens e preços com ampliação da produção e vendas, instrumentos que podem ser utilizados para sua expansão e modernização sempre que julgar conveniente, sem necessidade de recorrer a capital de terceiros.

TABELA XVIII
FURP - Evolução dos Principais Indicadores Econômico - Financeiros

ÍNDICES	ANO																				
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
1. Liquidez																					
1.1. Imediato	0,84	0,39	0,09	0,46	0,71	2,32	1,00	5,88	5,37	2,49	4,15	7,47	1,33	1,23	6,18	1,95	0,42	0,12	0,09	0,39	0,88
1.2. Corrente	1,77	1,95	1,49	2,67	2,75	4,59	2,73	9,50	7,01	4,18	7,28	11,87	3,00	2,43	13,73	4,84	2,78	2,15	3,67	1,38	1,42
1.3. Seca	0,98	0,66	0,58	0,76	1,85	3,14	1,32	7,40	5,72	3,27	5,44	8,86	1,50	1,84	10,83	3,89	1,71	0,86	2,10	0,72	0,63
2. Endividamento																					
2.1. Estrutura de Capital	0,33	0,16	0,32	0,38	0,29	0,18	0,32	0,88	0,12	0,15	0,88	0,88	0,26	0,32	0,04	0,14	0,23	0,13	0,09	0,42	0,57
3. Rentabilidade																					
3.1. Margem de Lucro (%)	2,47	11,33	4,58	7,84	5,14	13,74	12,78	16,16	47,13	29,27	6,22	27,58	2,43	(5,84)	17,87	12,25	3,75	(43,48)	0,27	2,55	24,82
3.2. Rotação do Ativo	0,49	0,58	1,05	2,10	1,96	1,69	1,31	1,21	0,88	0,62	0,78	0,89	0,76	0,75	0,85	0,53	1,14	0,81	0,52	0,69	0,77
3.3. Taxa de Retorno do Ativo (%)	1,21	6,63	4,84	16,43	10,08	23,24	16,63	19,80	41,55	18,11	4,34	24,51	1,85	(4,47)	11,61	6,53	4,28	(35,00)	0,14	1,52	19,18
4. Capacidade de Geração de Excedente e Inv. Efetivos																					
4.1. Aplicação dos Recursos																					
4.1.1. Ativo Imobilizado (%)	nd	nd	nd	nd	4,08	1,45	1,73	3,38	7,83	18,20	2,81	1,03	0,79	1,69	8,60	1,84	4,91	0,33	0,28	3,15	1,76
4.1.2. Realizável a Longo Prazo (%)	nd	nd	nd	nd	8,84	-	8,01	0,92	-	0,81	-	8,01	-	-	0,81	-	-	0,91	0,01	-	-
4.1.3. Capital Circulante Líquido (%)	nd	nd	nd	nd	38,13	43,62	4,14	46,88	59,28	25,59	35,13	51,76	22,78	34,11	51,17	49,28	35,32	6,83	22,23	15,42	23,46
4.1.4. Investimento Permanente (%)	0,07	-	-	-	-	-	1,19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.1.5. Outros (%)	-	-	-	-	-	-	-	11,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.2. Origens dos Recursos																					
4.2.1. Resultado do Exercício (%)	1,21	6,63	4,84	16,43	10,08	23,24	16,63	19,80	41,58	18,11	4,34	24,51	1,85	(4,47)	11,61	6,53	4,28	(35,00)	0,14	1,52	19,18
4.2.2. Correção Monetária (%)	nd	nd	nd	nd	9,95	12,85	12,44	18,54	19,63	25,07	32,21	26,71	20,35	39,89	44,84	43,88	34,71	38,68	19,61	15,77	4,92
4.2.3. Depreciação (%)	0,16	1,62	1,07	1,95	2,59	3,78	2,11	1,80	0,54	0,38	1,31	1,48	1,58	1,18	1,14	0,71	1,22	3,06	2,65	1,25	1,86
4.2.4. Venda ou Alienação de Ativos (%)	nd	nd	nd	nd	9,95	12,85	0,33	0,51	4,88	0,15	0,08	0,01	0,01	-	0,19	-	0,02	0,10	0,85	0,83	0,86
4.2.5. Subvenções e /ou Doações (%)	9,88	2,68	3,86	38,3	10,29	5,26	5,06	27,18	0,58	-	-	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.2.6. Outros (%)	-	-	-	-	-	0,95	0,50	0,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Outros Indicadores																					
5.1. Estoque / Ativo Total	0,28	0,21	0,39	0,57	0,32	0,38	0,45	0,16	0,16	0,14	0,15	0,17	0,39	0,25	0,13	0,11	0,24	0,60	0,43	0,28	0,55
5.2. Margem Bruta de Lucro (%)	(4,1)	(1,3)	31,2	21,4	26,1	27,0	26,5	28,6	28,3	29,1	27,2	39,4	28,1	30,0	56,20	55,10	37,10	32,30	53,68	41,10	39,48
5.3. Aquisição Ativo Imobilizado / Origens Recursos	-	-	-	-	-	0,12	0,83	0,85	0,05	0,12	0,87	0,82	0,83	0,85	0,11	0,84	0,12	0,12	0,81	0,17	0,07

Fonte: Balanços Patrimoniais e Demonstrações de Resultados (1974-1994).

III.3. Custos e Preços da FURP versus Custos e Preços de Mercado

A discussão levada a cabo nesta seção está baseada no trabalho realizado pelo autor, como membro da equipe de pesquisa, com a finalidade de elaborar proposta de um sistema de preços de referência para um conjunto selecionado de medicamentos¹⁴.

III.3.1. Sistema de Custeio e Formação de Preços da FURP

Ao adotarmos a FURP como referência para a análise dos custos da indústria farmacêutica instalada no Brasil, procedemos a um exame das condições de operação dessa empresa com a finalidade de verificar se os resultados obtidos poderiam servir de parâmetros adequados às demais empresas líderes do ramo farmacêutico. Nesse sentido, analisamos uma série de aspectos específicos à FURP - e que não são observados no conjunto do setor privado - que pudessem qualificar um pouco melhor os dados de custos daquela empresa.

Uma primeira indagação da equipe de pesquisa - considerada essencial para a qualidade dos resultados do trabalho - se referia à necessidade de confrontação do padrão tecnológico da FURP com as demais empresas líderes do ramo. Na impossibilidade de se obter dados quantitativos e objetivos sobre essa questão, optou-se por uma visita da equipe às instalações da FURP e discussão desse assunto com a equipe técnica da empresa representada pelo Diretor Industrial e Gerentes da Produção, Controle de Qualidade e Desenvolvimento Técnico, a maioria deles oriundos e/ou conhecedores das plantas industriais e processos de fabricação das líderes do ramo.

¹⁴

A equipe de pesquisa contou com professores e pesquisadores pertencentes aos quadros do Instituto de Economia e Instituto de Geociências da Unicamp e à Companhia de Desenvolvimento Tecnológico - Codetec - Campinas. Os resultados do trabalho constam no segundo capítulo ("Metodologia para a implantação de uma estrutura de preços de referência para medicamentos. Proposta preliminar"), do relatório final da pesquisa "Estudos sobre Preços de Referência", desenvolvida em convênio com o Ministério da Saúde, em 1994.

Acompanhada desses técnicos, a equipe de pesquisa observou cada processo de produção da empresa - comprimidos, cápsulas, líquidos, injetáveis, pomadas e pós-estéreis - fazendo indagações sobre o estágio tecnológico de cada um desses processos frente aos das empresas líderes. Ao final, a avaliação consensual foi que a FURP apresentaria um padrão tecnológico médio, compatível com a maioria das plantas das empresas líderes instaladas no país. Desta forma, a conclusão da equipe é que a parcela dos custos de produção da FURP que depende de seu padrão tecnológico estaria num nível semelhante à das empresas líderes. Eventuais discrepâncias resultantes de *gaps* tecnológicos em um ou outro processo de produção só seriam observáveis em relação a uma ou outra empresa líder, mas nunca em relação ao seu conjunto. De qualquer modo, possíveis discrepâncias não influenciariam de maneira significativa a comparação de custos entre a FURP e as demais empresas, tendo em vista o peso considerável que os custos das matérias primas e/ou embalagens representam no custo final dos produtos farmacêuticos.

No que se refere a esses últimos importantes itens dos custos, é difícil avaliar a posição da FURP frente às empresas líderes visto que não é possível o acesso às informações sobre os preços pagos pelas empresas líderes na aquisição de matérias primas e materiais de embalagem. Em princípio, a FURP, dado seu porte, condições financeiras e de liquidez, estaria em condições de adquirir tais itens em condições semelhantes às empresas de maior porte. Entretanto, a dinâmica de competição no ramo farmacêutico, associado à natureza de empresa pública da FURP, indicam que, provavelmente, esta empresa apresente custos mais altos nestes itens. As razões para isso são diversas e serão abordadas a seguir.

Como se sabe, a liderança da indústria farmacêutica é obtida, fundamentalmente, através da destinação de um grande volume de recursos para Pesquisa e Desenvolvimento de novos fármacos. É o domínio da tecnologia de obtenção desses novos fármacos que garante às empresas, por um certo período, o monopólio de novos medicamentos. Enquanto a tecnologia não é copiada ou

difundida, tais fármacos não são oferecidos no mercado e a empresa detentora usufrui de lucros extraordinários. Somente no momento em que tais fármacos se tornam disponíveis no mercado - ou se transformam em *commodities* - é que as demais empresas da indústria farmacêutica passam a ter acesso a eles, e a empresa inovadora também passa a ser um ofertante nesse mercado. É bastante provável, nestas circunstâncias, que o custo desses insumos para as empresas adquirentes seja maior do que os custos para a empresa detentora inicial desse monopólio. Portanto, não só para a FURP como para as demais empresas do ramo farmacêutico que operam somente a partir do estágio de formulação de medicamentos, o custo da matéria prima deve ser mais alto do que o das empresas detentoras iniciais dessas matérias primas.

Por outro lado, o fato da FURP ser uma empresa pública, resulta em outras pressões sobre seus custos e despesas. Em primeiro lugar, para atender a sua finalidade social, a FURP apresenta uma linha de produtos extremamente variada que contempla um amplo conjunto de medicamentos em diversas formas de apresentação. Desnecessário dizer da complexidade do planejamento e controle da produção (PCP) da empresa e dos custos financeiros decorrentes de eventuais problemas no planejamento de produção (custo de estoques e custo de ociosidade, entre outros). Esse problema é extremamente agravado pela instabilidade da demanda de clientes tradicionais da FURP, em particular a CEME e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. As dificuldades decorrem não só da falta de planejamento adequado da demanda de medicamentos pela rede pública de saúde, como também, de forma associada, da instabilidade do cronograma de liberação de recursos financeiros dos órgãos públicos para essa finalidade.

Além desses problemas, os custos da FURP também são agravados pelas exigências legais de licitação para a grande maioria dos bens e serviços - e aqui não só relacionados à esfera produtiva, como também administrativa. É bastante provável - embora não se possa provar através de documentação - que a FURP não obtenha os melhores preços de mercado para seus insumos através

de licitação pública. Em primeiro lugar, porque é amplamente reconhecido que o fornecimento para o setor público em geral, pelo menos no Brasil, usualmente incorpora em seus preços um certo risco de atraso nos pagamentos. Em segundo, porque o tempo para concretização de uma compra, obedecidas as normas legais para licitação pública, é tão longo que se torna preferível, muitas vezes, adquirir os insumos do vencedor da concorrência, mesmo que se constate que não seja o melhor preço que pudesse ser obtido no mercado, tendo em vista o custo de oportunidade de se reiniciar um novo processo de licitação. Finalmente, a concorrência pública não abre grandes margens de negociação junto aos fornecedores e impede que se aproveitem as oportunidades de negócios que surgem no mercado.

A nova lei de Licitações Públicas (Lei nº 8666 de 21/06/93), aparentemente mais preocupada com as obras públicas, também veio a causar mais problemas para a FURP, particularmente na questão de aquisição de matérias primas. É que a lei exige a aquisição pelo menor preço, desconsiderando as exigências de qualidade, aspecto decisivo na indústria farmacêutica. A eventual aquisição de matérias primas e insumos sem as especificações técnicas e de qualidade que exigem esse ramo industrial - como já ocorreu na FURP - não só atrasa a produção e cria problemas junto aos clientes, como, ao obrigar a abertura de uma nova concorrência pública, amplia os prazos para aquisição de matérias-primas, criando mais problemas para o PCP da empresa e os custos daí decorrentes.

Acrescente-se a isso, que as exigências de concorrência pública resultam em clara perda de eficiência da empresa. De um lado, porque o hiato temporal entre a decisão de produzir e sua concretização faz com que a empresa não aproveite todas as oportunidades de mercado que se apresentam. De outro, porque nem todas as licitações têm um desfecho final com a aquisição dos itens licitados. Existem casos em que as empresas perdedoras entram com recursos contra o resultado da licitação, o que, além de resultar em perda maior de tempo para o processo de produção, algumas vezes acabam exigindo a abertura de um

novo processo de licitação. Ocorrem, ademais, casos de concorrência em que não se apresenta nenhum fornecedor e a empresa não tem amparo legal para iniciar negociações diretas com eventuais fornecedores.

Finalmente, existem outros aspectos relacionados à natureza pública da empresa que diminuem a sua eficiência e elevam suas despesas. Um desses aspectos são as despesas diretas e indiretas com o pessoal e estrutura de suporte às exigências de um órgão público sujeito aos procedimentos burocráticos inerentes ao setor público, fato agravado pelas necessidades de concorrência pública que exigem uma estrutura administrativa mais pesada que no setor privado. São pessoas, fluxo de papéis, controles e procedimentos burocráticos que envolvem direta ou indiretamente um grande número de pessoas e aumentam as despesas administrativas.

Um segundo aspecto refere-se à rigidez da administração financeira da empresa. No caso da FURP, suas sobras de caixa têm que ser utilizadas na aquisição de papéis de dívida pública do Estado, em geral a taxas mais reduzidas do que outras alternativas financeiras disponíveis no mercado, impedindo que a empresa obtenha melhor valorização de seu capital na esfera financeira. Adicione-se a isso o fato de que, muitas vezes, a Fazenda do Estado, por conhecer o volume de aplicações de liquidez imediata da empresa, atrasa deliberadamente o desembolso de recursos financeiros relativos às aquisições de medicamentos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde e de responsabilidade do Tesouro do Estado. Ou seja, o fato da empresa dispor de liquidez pode representar dificuldades no recebimento de suas vendas ao Governo do Estado.

Um último aspecto que merece destaque é o fato da FURP fornecer basicamente para o setor público e, portanto, estar sujeita aos atrasos e inadimplências do setor, sem que tenha instrumentos rigorosos de punição aos devedores. O caso mais típico é o da Secretaria de Saúde do Estado, órgão ao qual a FURP está formalmente vinculada e cujo superintendente é normalmente indicado pelo Secretário de Estado da Saúde. Os atrasos nos pagamentos dessa

Secretaria à FURP são recorrentes e o ônus financeiro desses atrasos em geral são absorvidos pela empresa. Em períodos de aceleração inflacionária - fato comum nos últimos anos - as perdas financeiras atingem patamares elevados, ocasionando, em alguns momentos, sérios desequilíbrios financeiros na empresa.

Em resumo, esse conjunto de questões que envolvem as condições de operação da FURP, pode ser apontado como indicador de que, omitindo-se as despesas de comercialização e marketing, a FURP deve apresentar custos de produção relativamente mais altos que o setor privado. Tal constatação, ao invés de constituir um problema para a formulação das conclusões finais da presente pesquisa, está a indicar que, ao utilizarmos a estrutura de custos da FURP para a obtenção de custos e preços de referência, tais parâmetros, por hipótese sobreavaliados, podem propiciar uma avaliação e/ou estimativa segura para os preços de referência propostos e permitem uma boa comparação com os preços praticados pelo setor privado.

A seguir, são apresentados os principais procedimentos metodológicos utilizados para a construção da estrutura de preços de referência para os medicamentos que compõem a pauta produtiva da FURP em 1994. Tais produtos tiveram seus gastos de fabricação custeados diretamente a partir das planilhas de custos de produção utilizadas para formação de preços, fornecidas pela empresa.

O Sistema de Custeio tomado como base para a construção dos preços de referência é integralmente baseado, do ponto de vista conceitual, no sistema de custo utilizado pela FURP, que está detalhadamente ilustrado e analisado nas páginas que se seguem.

A determinação dos preços de referência a partir desse sistema de custos envolve o dimensionamento dos custos dos produtos com a posterior adição de custos indiretos e dos lucros unitários, resultando, portanto, no cálculo simultâneo dos custos totais, do lucro e do preço unitário do produto.

Nos tópicos (a) e (b), a seguir, encontra-se a descrição resumida da formalização utilizada para a construção do sistema de custeio em foco.

a. Custos do Produto

A expressão geral para a determinação dos custos dos produtos é a seguinte:

$$C_p = C_{im} + C_f \quad (1)$$

sendo: $C_{im} = C_{fa} + C_{ex} + C_{re} + C_{em}$ (2)

e $C_f = C_{pp} + C_{pe}$ (3)

onde:

C_p = Custos do produto

C_{im} = Custos dos insumos materiais

C_f = Custos de fabricação

C_{fa} = Custos dos fármacos

C_{ex} = Custos dos excipientes

C_{re} = Custos dos materiais de revestimento

C_{em} = Custos dos materiais das embalagens

C_{pp} = Custos de processamento do produtos (salários e encargos sociais da mão de obra direta e gastos indiretos de produção)

C_{pe} = Custos do processo de embalagem (salários e encargos sociais da mão de obra direta e gastos indiretos de produção)

b. Custos atribuídos ao Produto e margem de lucro

A partir dos custos do produto, são calculado o custo unitário total e preço unitário de venda, a partir da apropriação das despesas gerais da

administração, de vendas, de distribuição, impostos e margem de lucro; a expressão geral utilizada é a seguinte:

$$Pv = Cp + d . Pv + c . Pv + fr . Pv + IMP . Pv + m . Pv , \text{ ou}$$

$$Pv = Cp / [1 - (d + c + fr + IMP + m)] \quad (4)$$

Onde:

Pv = Preço de Venda.

Cp = Custos do Produto.

d = valor absoluto da taxa (%) estrutural de custeio das despesas gerais de administração (despesas administrativas, despesas com vendas, despesas com distribuição, etc.) apropriada aos produto

c = valor absoluto da taxa (%) de comissões sobre as vendas

fr = valor absoluto da taxa (%) de fretes sobre as entregas

IMP = valor absoluto do total das alíquotas (%) de impostos (ICMS, PIS e COFINS) gerados na emissão da nota fiscal de venda

m = valor absoluto da margem (%) de lucro apropriada ao produto

Cabe observar que, na hipótese de se trabalhar com valores de insumos materiais (de qualquer das categorias já citadas) incluindo os Impostos (no caso, o ICMS), a expressão geral do cálculo do preço altera-se, ficando da forma abaixo:

$$PV = Cim1 + [Cf + (d + c + fr + m) . PV] . (1 + IMP1) + IMP2 . PV$$

ou:

$$PV = [Cim1 + Cf (1 + IMP1)] / \{ 1 - [(d + c + fr + m) . (1 + IMP1) + IMP2] \} \quad (5)$$

onde:

Cim1 = Custos dos insumos materiais com impostos (ICMS).

IMP1 = valor absoluto da alíquota (%) do ICMS "por dentro", aplicada sobre o valor agregado.

IMP2 = valor absoluto da alíquota (%) dos impostos (PIS e COFINS), aplicada sobre o preço de venda.

A partir do que foi exposto, os procedimentos utilizados para a determinação dos preços de referência estão assentados na hipótese que os custos médios apropriados aos produtos¹⁵ por parte dos concorrentes seriam no máximo iguais aos custos correspondentes da FURP.

Os preços de referência seriam construídos com base em tais custos de produção sobre os quais será adicionado um excedente. Tal excedente corresponde a uma margem sobre o preço de venda suficiente para cobrir as demais despesas fixas (administrativas gerais, de vendas e distribuição) e variáveis (de vendas: comissões dos vendedores; de distribuição: fretes; e tributárias: ICMS e COFINS e PIS sobre o faturamento), além da margem de lucro.

As hipóteses complementares que permitem a determinação dos preços de referência são apresentadas a seguir.

- *As despesas administrativas fixas (gerais, de vendas e de distribuição) e variáveis (de vendas e de distribuição) serão atribuídas aos produtos através de uma taxa de 26,43%, que foi construída tomando como referência aquela utilizada pela FURP para cobrir todas as suas despesas administrativas mais a margem de lucro. Como pode ser visto na Tabela 1, tal taxa na FURP situa-se, no período analisado, em torno de 47,14% do preço de venda para a maioria dos produtos, exceto alguns poucos casos particulares. Dessa cifra foi subtraída a margem de lucro (estipulada em 10% sobre o preço de venda), pois essa margem será tratada especificamente (ver a seguir) na construção do preço de referência. Em seguida, da taxa resultante, 37,14%, foi subtraída ainda uma parcela em torno de 10,71% para promover um ajustamento em função da sobreavaliação ocorrida no “mark up” da empresa, face à*

¹⁵ Custos de produção diretos (fármacos, excipientes, revestimentos, embalagens, salários e encargos sociais da mão de obra direta) e indiretos (demais gastos do processo de fabricação e embalagem).

incorporação de uma elevada margem de custos financeiros (cerca de 40% para prazo de recebimento de um mês) quando da passagem dos preços para a nova moeda (em julho de 1994, o Real). Optou-se em utilizar uma margem de cobertura de tais custos que mais se aproximasse do prazo médio efetivo de recebimento da FURP (conforme informações obtidas tal prazo se aproxima de duas semanas que representam atraso de pagamento pois as vendas são à vista)¹⁶.

- *As despesas variáveis tributárias* serão atribuídas de acordo com suas taxas legalmente estipuladas. Para o ICMS será utilizada uma alíquota de 18% (que vigora para o estado de São Paulo), para o COFINS 2% e para o PIS 0,65%. Portanto, o total dos Impostos corresponde a 20,65%, ou 0,2065. Ressalte-se que nos cálculos efetuados neste capítulo a modalidade escolhida para custear os impostos foi a que corresponde à equação (4), ou seja, com os custos dos insumos materiais sem impostos e as alíquotas de impostos (ICMS, PIS e COFINS) aplicadas sobre o preço de venda.

- *A margem de lucro* será estipulada em torno de 15% antes do Imposto de Renda, o que corresponderia a cerca 10% de margem de lucro líquida que é compatível com a margem de retorno do capital próprio utilizada na FURP.

- *As despesas financeiras* não serão consideradas, a partir do princípio que os preços de referência construídos são preços à vista e que é generalizada no país a prática de custear tais despesas “por fora”, no momento da determinação dos preços para diversas modalidades de vendas a prazo.

Assim, na equação (4) poderemos fazer:

$$(d + c + tr) = 26,43\% = 0,2643$$

$$IMP = 20,65\% = 0,2065$$

$$m = 15\% = 0,15$$

¹⁶

Cabe observar que a cifra correspondente obtida na estrutura de custos estimada para o conjunto da amostra das empresas líderes, a partir da demonstração de Lucros e Perdas, contida na Tabela 4 do Anexo Estatístico deste capítulo, situou-se em torno de 23,15%, plenamente compatível com a taxa de 26,44% proposta.

Portanto, $(d + c + tr + IMP + m) = 62,08\% = 0,6208$

e o preço de venda de referência (Pvr) será:

$$PVr = Cp / (1 - 0,6208) = Cp / 0,3792 = Cp \cdot 2,6371 \quad (6)$$

III.3.2. Análise das Principais Discrepâncias Observadas entre os Preços de Referência e os Preços do Concorrente-Líder

Estabelecido o quadro preliminar dos preços de referência, torna-se possível o dimensionamento das diferenças entre tais preços e aqueles que vigoram no mercado. Isso será feito para cada um dos produtos examinados neste tópico, construindo-se proporções entre os correspondentes pares de preços para propiciar, a partir da explicitação e estimativa dos parâmetros de mercado que justificariam tais diferenças, a análise da formação dos preços de venda-fábrica de cada um dos produtos examinados¹⁷.

As expressões gerais propostas são as seguintes:

$$DPi = [(PVri / PV_{CLI}) - 1] \cdot 100 \quad (7)$$

e

$$DMUi = (MU_{PVi} / MU_{PV_{CL}i}) \cdot 100 \quad (8)$$

onde

DPi = Proporção (%) do preço de referência no preço de venda do concorrente-líder para o produto i

$DMUi$ = Proporção (%) do *mark up* do sistema de preço de referência no *mark up* do concorrente-líder para o produto i

$PVri$ = Preço de Venda de referência para o produto i

¹⁷ Ver Tabelas 1 e 2 do Anexo desta seção.

PV_{CLi} = Preço de Venda da Concorrente-Líder para o produto i

MU_{PVRi} = *Mark up* do sistema de preço de referência

MU_{PVCLi} = *Mark up* estimado do sistema de preço do concorrente-líder

A partir dos resultados obtidos para tais relações¹⁸, a principal observação a ser feita refere-se às diferenças metodológicas que caracterizam os dois sistemas de custos e formação de preços que são objeto de comparação neste tópico.

De fato, os preços das empresas líderes são formados a partir das suas distintas estratégias competitivas que, como se sabe, são marcadamente influenciadas por fatores extra-custos, tais como, entre outros, as políticas de ocupação dos diversos segmentos de mercado, segmentos estes que podem corresponder, no limite, a um só produto; os movimentos de avanço ou de defesa face às estratégias dos concorrentes diretos em cada segmento; as políticas de defesa da margem de lucro praticadas em conjunturas de depressão do volume físico de vendas; etc.

Por outro lado, o sistema de preços de referência proposto é baseado, exclusivamente, nos custos de produção aos quais são acrescidas margens fixas de cobertura de outras despesas e lucro, independente das características ligadas a natureza do produto e de sua dinâmica no mercado.

Assim sendo, pode-se constatar, como era de se esperar, diferenças quantitativas entre tais preços que não obedecem qualquer regularidade, refletindo, tão somente, o resultado da ação estratégica específica adotada, para cada produto, no período analisado, além, evidentemente, do comportamento dos custos, especialmente das oscilações também sem regularidade, do custo dos fármacos.

¹⁸

As Tabelas 1 e 2 do Anexo da presente seção ilustram os principais comentários desenvolvidos nesta parte.

A observação das informações contidas nas Tabela 1 e 2 do Anexo Estatístico, mostra uma grande amplitude de variação da relação entre o preço de referência e o preço do similar do concorrente-líder, sendo que os valores extremos correspondem a 0,12 para a AD FURP Pomada e a 1,22 para a Digoxina 0,25 mg comprimido, respectivamente a relação mais baixa e mais elevada para o conjunto de medicamentos examinado. Em outras palavras: para a AD FURP Pomada o preço do concorrente-líder é cerca de 733% superior ao de referência, ao passo que para a Digoxina, ao contrário, o preço de referência supera o do concorrente-líder em cerca de 22%. Ressalte-se, contudo, que para o conjunto de medicamentos analisados somente em três casos (incluindo o caso citado) o preço de referência supera o preço do concorrente-líder.

Cabe observar ainda, para ilustrar o que já foi afirmado sobre a importância dos fatores extra-custos na formação do preço de mercado dos medicamentos, que para grande parte dos medicamentos examinados neste tópico, o preço de referência situa-se em patamares inferiores a 50% dos respectivos preços dos concorrentes-líderes.

Finalmente, destaca-se que há um forte peso relativo de determinados tipos de embalagens, em especial as ampolas e bisnagas, na elevação do preço de referência, refletindo, provavelmente, as adversas condições de compra de tais embalagens pela FURP, base, como já foi dito, para determinação dos custos de fabricação para o sistema de referência proposto.

III.3.3. Análise Preliminar da Evolução dos Preços FURP face aos Preços dos Concorrentes-Líderes

Quanto à evolução dos preços FURP face aos preços dos concorrentes-líderes, observa-se também um “descolamento” da evolução dos

preços do similar do concorrente-líder da evolução dos custos de fabricação no período analisado¹⁹.

Para quase todos os produtos examinados, o ritmo de crescimento dos preços do similar-líder, no período, é significativamente mais intenso do que o da expansão dos custos de fabricação. Este fato, além de remarcar as questões conceituais de formação de preços no mercado de medicamentos, já abordadas, reforça, também conceitualmente, as justificativas da escolha do método proposto para a formação dos preços de referência para a maioria dos medicamentos de que trata este trabalho.

Ou seja, o sistema de custeio e determinação de preços a partir dos custos de fabricação acrescidos de uma margem de excedente bruto (ou *mark up*) construída a partir da idéia de comercializar os produtos da FURP no mercado competitivo (ou fora do mercado institucional-cativo) comprovou ser o mais adequado, pois permite construir uma referência de preços que se move independente das pressões oriundas das assimetrias de poder de mercado das empresas líderes do mercado oligopolizado, ou dos diversos segmentos de mercado oligopolizados, que constituem a indústria farmacêutica brasileira.

Restaria apenas ressaltar que esta independência do movimento do sistema de preços de referência é mais efetiva nos segmentos menos verticalizados do mercado, ou seja, naqueles segmentos onde as empresas líderes não monopolizam, significativamente, a produção dos principais fármacos.

III.3.4. Os Parâmetros da Proposta de Preços de Referência

Assim, a proposta de sistema de referência elaborada pode ser visualizada, de forma sintética, nos exemplos apresentados na Tabela XIX, a seguir.

¹⁹ A Tabela 3 do Anexo da presente seção, permite a visualização das principais modificações nos custos e nos preços ocorridas entre fevereiro de 1993 e julho de 1994.

TABELA XIX

Resumo do Sistema de Custeio e Formação de Preços de Referência Proposto
(Exemplo para quatro produtos com distintas formas físicas/apresentações)

PRODUTOS/ Composição do Preço	PENICILINA G 400.000 UI		METILDOPA 500mg CR		CEFALEXINA 500mg CPS		NEOMICINA+ BACTRINA PM	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
1-Custo Fabricação	21,56	37,9	30,19	37,9	59,65	37,9	9,31	37,9
2-Desp. Adm.	15,03	26,4	21,02	26,4	41,53	26,4	6,48	26,4
3-Tributos	11,76	20,6	16,44	20,6	32,48	20,6	5,07	20,6
4-Custo Total	48,40	85,0	67,67	85,0	133,71	85,0	20,86	85,0
5-Margem de Lucro	8,54	15,0	11,94	15,0	23,60	15,0	3,68	15,0
6-Preço de Venda	56,94	100,0	79,61	100,0	157,31	100,0	24,54	100,0

Fonte: Tabela 1 do Anexo desta seção.

As duas formas alternativas de dimensionamento do *mark up* (entendido como a diferença entre o preço de venda e os custos de fabricação totais, expressa como proporção do preço de venda) estão referidas, respectivamente, à FURP, como já foi descrito e analisado, e ao conjunto da amostra das empresas líderes examinadas (ver a Tabela 4 do Anexo desta seção).

A alternativa escolhida foi a primeira - referida à FURP - e resultou nas taxas de 26,43%; 20,65% e 15,00%, que correspondem, respectivamente, à cobertura dos custos administrativos (fixos e variáveis gerais de vendas e distribuição); dos gastos tributários (ICMS, PIS/Faturamento e COFINS) e da margem de lucro antes do Imposto de Renda.

No total, a margem definida como *mark up* sobre o preço de venda corresponde a 62,08% para todos os produtos aqui compreendidos.

As principais razões da escolha dessa alternativa para a construção do sistema de preços de referência estão relacionadas ao nível de consistência das informações obtidas. Na primeira alternativa, pode-se contar com um conjunto exaustivo de informações pelo fato da FURP ter aberto todas as informações relativas ao seu processo de custeio e formação de preços.

A segunda alternativa baseou-se, exclusivamente, na análise de um conjunto de empresas líderes para o qual se obteve informações via demonstrativos contábeis (Balanços Patrimoniais e Demonstração de Resultados, ver resumo na tabela 4) e para as quais se dispunha, também, de dados sobre a evolução do preço de venda de vários dos produtos examinados. Embora, neste caso, as informações tivessem menor consistência, em função das conhecidas limitações que se enfrentam quando se trabalha com os dados contábeis, sem possibilidade de acesso a informações complementares internas às empresas, as taxas obtidas para o *mark up* no conjunto do período examinado (entre 1990 e 1993) foram muito próximas à ordem de grandeza das cifras utilizadas e referentes à primeira alternativa.

Em suma, este conjunto de preços de referência proposto procura enfatizar as bases concretas de custeio e apropriação da margem de lucro, independente (exceto frente às eventuais pressões exercidas no caso de fármacos sob forte estrutura oligopólica) de considerações acerca do impacto das estratégias competitivas na formação do preço de venda dos medicamentos. Trata-se, portanto, de uma proposta de sistema de preços que fixa-se na necessidade de garantir a produção e a oferta de um dado conjunto de medicamentos em condições especiais, que respeitam mais as necessidades sociais destes produtos, garantindo, ao mesmo tempo, condições de operação lucrativas para as empresas do setor.

ANEXO DA SEÇÃO III.3.

A) ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DO SISTEMA DE CUSTEIO E DETERMINAÇÃO DO PREÇO DE VENDA DA FURP

1. Tipo: Sistema de Custo Total Misto

O Sistema de Custeio utilizado na FURP é uma modalidade do Sistema de Custo Total que associa dois tipos básicos de alocação de custos indiretos e/ou fixos aos produtos: os mapas de absorção ou alocação de custos e as taxas (ou índices *overhead*) de custeio. Os gastos de fabricação (salários e encargos sociais da mão de obra direta e os custos indiretos de fabricação) são apropriados através do mapa de absorção; as despesas administrativas, de vendas e de distribuição são apropriadas via taxas estruturais de custeio; finalmente, as despesas financeiras são apropriadas “por fora” através de uma taxa sobre o preço de venda.

A seguir será apresentado o detalhamento da determinação dos custos totais e do preço de venda dos produtos da FURP.

1.1. Apropriação dos Custos aos Produtos

Em primeiro lugar apresenta-se o método de cálculo dos custos diretos/variáveis dos produtos (insumos materiais e materiais de embalagem); depois, a forma de apropriação dos demais custos de fabricação (os variáveis diretos ou indiretos e os fixos); finalmente, o modo de alocação das demais despesas fixas/indiretas gerais da empresa aos produtos.

- a) Custos Variáveis (Insumos Materiais - fármacos, excipientes, revestimentos e embalagens): conforme especificação técnica de cada produto.**

Os custos dos insumos materiais são apropriados conforme planilha de cálculo específica. Uma ilustração, descrita detalhadamente, pode ser vista na parte B deste Anexo e com a apresentação de um modelo de planilha da FURP denominada "Relatório de Preços com base no Custo de Reposição".

O método utilizado é o do "custo-padrão", com base num lote padrão-teórico de fabricação e posterior determinação do custo unitário; a "unidade" custeada do produto é referida à quantidade contida na unidade-padrão de embalagem para distribuição/transporte; a "passagem" dos valores do lote-padrão para os valores "unitários" é precedida, ainda, de um ajuste referente ao custeio de perdas do processo que correspondem, em quantidade, a valores que oscilam entre 2,5% a 8,0% do lote-padrão custeado ou a cerca de 2,56% a 8,69% de custo adicional.

- b) Custos de Salários e Encargos Sociais da Mão de Obra Direta e Gastos Indiretos de Fabricação: apropriados indiretamente aos produtos, via mapa de absorção, com base em parâmetros de custo por hora (homem ou máquina) de processamento e de embalagem nos vários setores (Centros de Custos) da fábrica.**

Os custos de processamento do produto são calculados em duas partes: custos de fabricação e custos de embalagem. A determinação destes custos é feita a partir do tempo padrão (horas-técnicas homens ou máquinas) estipulado para o processamento de um lote teórico de fabricação do produto e dos custos unitários (por hora técnica) obtidos nos mapas de alocação de custos de produção.

De forma semelhante ao que foi descrito para os custos dos insumos materiais, os custos de processamento são determinados, em primeiro lugar, para o lote-padrão de custeio e, em seguida, são calculados os custos "unitários" referentes à quantidade contida na unidade-padrão de embalagem. Também aqui a passagem do custo total para o custo unitário é precedida de um ajuste para custear as perdas de processamento.

1.2. Atribuição das Demais Despesas (Administrativas, Vendas e Distribuição): através de taxas (ou índices "overhead") determinadas a partir da estrutura de custos com atualização anual.

Todas as demais despesas são atribuídas às unidades de custeio dos produtos a partir da construção de taxas ou índices de custos calculados na estrutura de custos e atualizadas anualmente. Tais taxas, como será visto mais adiante, são utilizadas no cálculo apenas no momento da determinação do preço de venda, quando também é incluída a margem de lucro que refere-se, exclusivamente, ao retorno do capital próprio.

1.3. Método para Determinação do Custo Total e do Preço de Venda

As equações gerais para a determinação do custo total são as seguintes:

$$CT = CF + DG \quad (1)$$

onde

$$CF = C_{im} + C_p \quad (2)$$

$$C_{im} = C_{MPn} + C_{MPr} + C_{me} \quad (3)$$

$$C_{MPn} = C_{fa} + C_{ex} \quad (4)$$

$$C_p = C_{pr} + C_{emb} \quad (5)$$

$$DG = T_{dg} \cdot PV \quad (6)$$

sendo

CT = Custo Total da unidade-padrão de custeio

CF = Custo Total de Fabricação

CIM = Custos dos Insumos Materiais

Cp = Custos de processamento

CMPn = Custo das matérias primas do núcleo

Cfa = Custo do fármaco

Cex = Custo dos excipientes

CMPr = Custo das matérias primas do revestimento

CMe = Custo dos materiais de embalagens

Cpr = Custo de produção (Mão de obra direta mais outros custos do processo de fabricação)

Cemb = Custo de embalagem (Mão de obra direta mais outros custos do processo de embalagem)

DG = Despesas Gerais (Administração, Vendas, Distribuição, Finanças, etc.)

O preço de venda da FURP é calculado a partir da determinação dos custos unitários e da adição da sobretaxa referente às demais despesas e o lucro sobre o capital próprio.

A expressão geral é a seguinte:

$PV = CF + Tdg \cdot PV + m \cdot PV$, donde:

$$PV = CF / (1 - Tdg - m) \quad (7)$$

sendo

PV = Preço de venda da unidade padrão de custeio

CF = Custos de Fabricação Totais da unidade padrão de custeio (v. planilha do Anexo)

Tdg = Valor absoluto da taxa (%) de despesas gerais = $(DG / RT) \cdot 100$, estipulada para o período de trabalho em 16,0%.

m = Valor absoluto da margem (%) de lucro referida à taxa de retorno estipulada para o capital produtivo próprio (estipulada em 10,0% a partir de julho de 1993 e vigorando para o período de trabalho).

Dessa forma, a equação (7) pode ser escrita na forma final:

$$PV = CF / 0,74 = CF \cdot 1,35135 \quad (8)$$

Observe-se ainda que, até maio de 1994, os preços calculados incorporavam um valor adicional de cerca de 40%, para cobrir a variação dos custos e a manutenção da margem de lucro ao longo do prazo de recebimento das vendas, prazo este considerado em torno de um mês. Dessa forma, a equação (8) ficaria:

$$PV = (CF \cdot 1,35135) \cdot 1,4 = CF \cdot 1,891 \quad (9)$$

Ressalte-se que na ocasião da conversão dos preços para a URV e na posterior transformação da moeda em Real (ocorrida no mês de julho de 1994), a taxa de cobertura do custo financeiro foi incorporada aos preços que passaram a vigorar na nova moeda. Assim, houve um acréscimo efetivo na margem bruta sobre os custos de fabricação que passou de 26% (16% de taxa de custos administrativos, vendas e distribuição; 10% de margem de lucro) para cerca de 47,14%. Portanto, a partir de julho de 1994 a equação básica de formação do preço de venda da FURP passou a ser a seguinte:

$$PV = CF / (1 - 0,4714) = CF \cdot 1,891 \quad (10)$$

2. Análise da Metodologia de Custeio e Formação de Preços Exposta

As principais limitações do método de custo total referem-se aos parâmetros produtivos utilizados para a determinação dos custos fixos/indiretos unitários.

A fixação de tais parâmetros é extremamente sensível às oscilações no volume de produção corrente face ao volume de produção usado como padrão para balizar os cálculos de custos unitários; em geral, tais padrões estão associados a medidas de desempenho de base histórica recente, ou a metas

produtivas pré-determinadas. No caso da FURP, o padrão produtivo em utilização corrente refere-se aos indicadores produtivos elaborados em meados do ano de 1993. As repercussões destas oscilações nos custos médios totais são imediatas, o que exige a formulação de políticas de custeio do nível de ociosidade.

Dependendo da forma de custear a ociosidade tais oscilações de custos (em especial os incrementos de custos fixos médios) podem ou não ser repassadas aos preços.

No caso da FURP, a política atual (desde meados de 1993) é não repassar aos preços os eventuais incrementos de custos devidos à reduções (em relação aos parâmetros históricos utilizados) do grau de utilização da capacidade instalada. Isso significa que em 1994 a empresa deverá absorver um grau de ociosidade entre 25% a 30%, segundo estimativas coletadas em entrevista lá realizada com alguns executivos.

B) APRESENTAÇÃO DA PLANILHA DE CUSTOS DA FURP E DETALHAMENTO DO CONTEÚDO E DOS PROCEDIMENTOS DE CÁLCULO

1. Descrição da Planilha

1.1. Nome: Relatório de Formação de Preços com base no Custo de Reposição

1.2. Conteúdo

1.2.1. Cabeçalho

a) Produto: Nome do produto, resumo de sua especificação e forma de apresentação.

b) Apresentação: Forma de apresentação (tipo de embalagem específica e quantidade mínima disponível de unidades de produto).

- c) Embalagem:** Tipo de embalagem-padrão para transporte/distribuição e quantidade contida de embalagens específicas).
- d) Quantidade por Embalagem:** Quantidade total de unidades de produto contidas na embalagem-padrão para transporte/distribuição (essa quantidade representa o resultado da multiplicação da quantidade do item **b** pela quantidade do item **c**).
- e) Embarque:** Número de embalagens-padrão para transporte a ser embarcado.
- f) Horas de Fabricação:** Total de horas técnicas (homens ou máquinas) gastos no processamento de um lote-padrão de produção para custeio.
- g) Custo-Hora de Fabricação:** Custo unitário (por hora técnica) dos salários e encargos sociais da mão de obra direta e demais gastos do processo de fabricação.
- h) Horas de Embalagem:** Total de horas técnicas (homens ou máquinas) gastos na embalagem de um lote-padrão de produção para custeio.
- i) Custo-Hora de Embalagem:** Custo unitário (por hora técnica) dos salários e encargos sociais da mão de obra direta e demais gastos do processo de embalagem.
- j) Rendimento Teórico:** Lote-padrão para produção e custeio do produto.
- k) Rendimento Médio:** Lote-padrão corrigido para compensar as perdas estimadas para o conjunto do processo.
- l) Código do Produto.**
- m) Linha:** Especificação de produto FURP ou outra especificação.

1.2.2. Dimensionamento dos Custos

Os cálculos de custos estão subdivididos em quatro partes (para o caso dos produtos para os quais não há revestimento do núcleo, são três partes).

Os três primeiros referem-se à determinação dos custos das matérias primas e embalagens para o lote padrão e estão assim organizadas: **a)** Insumos materiais do núcleo (fármacos e excipientes); **b)** Insumos materiais do revestimento e **c)** Materiais de embalagem (específica e para transporte/distribuição).

Nestas três partes são apresentadas detalhadamente as especificações técnicas dos materiais utilizados envolvendo o código do material (coluna 1); o nome do material (coluna 2) a unidade dimensional utilizada (coluna 3); a quantidade utilizada para a produção do lote-padrão (coluna 4); o custo unitário (da unidade de medida) (coluna 5); o custo total (quantidade utilizada multiplicada pelo custo unitário) (coluna 6) e a composição percentual dos custos totais de materiais (núcleo, revestimento e embalagem, fazendo custos de insumos materiais mais embalagem = 100) (coluna 7).

A quarta parte da planilha contém um resumo dos custos dos insumos materiais e dos materiais de embalagens bem como um resumo dos custos de processamento da fabricação e da embalagem, ambos referidos à quantidade contida na unidade-padrão de embalagem para transporte/distribuição e corrigidos pela relação entre o lote-padrão de processamento ("rendimento teórico") e o lote-padrão de custeio unitário ("rendimento médio").

As expressões gerais para o cálculo dos custos dos materiais (do núcleo, revestimento e embalagem) e do processamento (fabricação e embalagem) são as seguintes:

BASE DE CUSTEIO TOTAL INICIAL: quantidade correspondente ao lote-padrão de processamento ("rendimento teórico")

$$CMPT = CMPN + CMPR + CEMB \quad (1.1)$$

onde:

$CMPT$ = Custo total das matérias primas

$CMPN$ = Custo das matérias primas do núcleo

C_{MPR} = Custo das matérias primas do revestimento

C_{EMB} = Custo total das embalagens

BASE DE CUSTEIO "UNITÁRIO" INTERMEDIÁRIO: Quantidade referente ao lote "médio" de processamento

$$(2.1) C_{mp} = C_{MPT} / L_{pc}$$

onde:

C_{mp} = custo unitário de matérias primas incluindo a compensação das perdas estimada

C_{MPT} = custo total de matérias primas

L_{pc} = Lote-padrão para custeio ("rendimento médio") dos produtos correspondente à 97,5% do lote-padrão de produção ("rendimento teórico"). Isso significa que o custo unitário corrigido para as matérias primas é cerca de 2,5641% superior ao custo unitário teórico

$$(2.2) C_{emb} = C_{EMB} / L_{pc}$$

onde:

C_{emb} = custo unitário dos materiais de embalagem incluindo a compensação das perdas estimadas

C_{EMB} = Custo total das embalagens

L_{pc} = ver item 2.1

$$(2.3) C_{pf} = CPF / L_{pc}$$

onde:

C_{pf} = Custo unitário de processamento do produto.

CPF = Custo total de processamento do produto (para o lote-padrão de produção).

L_{pc} = v. item 2.1

$$(2.4) \text{ Cpe} = \text{CPE} / \text{Lpc}$$

onde:

Cpe = Custo unitário de processamento da embalagem

CPE = Custo total de processamento da embalagem (para o lote-padrão de produção)

Lpc = v. item 2.1

BASE DE CUSTEIO UNITÁRIO FINAL: a unidade de custeio é a quantidade contida na unidade-padrão de embalagem de transporte/distribuição

$$(3.1) \text{ Cvp} = (\text{Cmp} + \text{Cemb}) \cdot \text{qpe}$$

onde:

Cvp = custos variáveis de produção da unidade de custeio do produto

Cmp = custo unitário de matérias primas incluindo a compensação das perdas estimadas

Cemb = custo unitário dos materiais de embalagem incluindo a compensação das perdas estimadas

qpe = unidade de custeio do produto (quantidade-padrão de embalagem para transporte/distribuição)

$$(3.2) \text{ Cpt} = (\text{Cpf} + \text{Cpe}) \cdot \text{qpe}$$

onde:

Cpt = Custo total de processamento da unidade de custeio do produto

Cpf = Custo unitário de processamento do produto

Cpe = Custo unitário de processamento da embalagem

qpe = v. item (3.1.)

Dessa forma, a partir das equações (3.1) e (3.2) é calculado o custo total de fabricação dos produtos, ou seja,

$$(3.3) \quad CF = Cpt + Cvp$$

onde:

CF = custos totais de fabricação da unidade de custeio do produto

Cpt = custo total de processamento da unidade de custeio do produto

Cvp = custos variáveis totais da unidade de custeio do produto

C. INFORMAÇÕES BÁSICAS MAIS IMPORTANTES.

Planilha de Custos da FURP: Relatório de Formação de Preços com base no Custo de Reposição.

Quadro 1: Lista dos Produtos da FURP - Formas de Apresentação, Formas Físicas e quantidade por Embalagens Utilizadas na Determinação dos Preços de Referência.

Tabela 1: Lista dos Produtos da FURP - Custos de Fabricação, Preços de Venda FURP, Preços do Similar-Líder e Preços de Referência. Período: Julho de 1994.

Tabela 2: Lista dos Produtos da FURP - Relação entre os Preços de Referência e os Preços do Similar-Líder e entre os seus Respectivos "Mark Up". Período: Julho de 1994.

Tabela 3: Resumo da evolução dos custos de fabricação, dos preços de venda FURP, dos preços de venda dos similares-líderes e dos preços de referência propostos. Período: Fevereiro de 1993 a julho de 1994.

Tabela 4: Evolução das Receitas, Despesas e *Mark up* de Empresas Líderes Seleccionadas. Período: 1990 a 1993.

Tabela 5: Evolução dos Indicadores de Rentabilidade e Desempenho Econômico-Financeiro das Empresas Líderes Seleccionadas. Período: 1990 a 1993.

**Planilha de Custos da FURP: Relatório de Formação de Preços com base
no Custo de Reposição**

FUNDAÇÃO PARA O REMEDIO POPULAR - FURP				RELATORIO DE FORMACAO DE PRECOS COM BASE NO CUSTO DE REPOSICAO			DATA: 17/06/94	
PRODUTO : METILDOPA 500MG COMPRIMIDO REVESTIDO		REND. TEORICO: 600000		CODIGO: 81.02.01471		0		
APRESENTACAO : ENVELOPE COM 10 COMPRIMIDOS		REND. MEDIO : 570000		LINHA: FURP				
EMBALAGEM : CAIXA COM 50 ENVELOPES		QUANT. P/EMB.: 500		EMBARQUE: 12 CAIXAS				
HORAS DE FABR. : 35.00		CUSTO HORA FAB. : 21,838.45000000		HORAS DE EMB.: 120.00		CUSTO HORA EMB. : 16,259.07000000		
INSUMO	NOME DO MATERIAL	UN	QUANTIDADE	CUSTO UNITARIO	CUSTO TOTAL	%		
11.10.00271	ALFA METILDOPA	G	338,410	94.27792168	31,904,591.44	82.996		
11.20.00186	ACIDO TARTARICO	G	2,400	22.90374800	54,968.97	0.142		
11.20.00230	ALCOOL ETILICO 95% GL	ML	26,800	0.72799739	18,927.93	0.049		
11.20.00265	ALCOOL ISOPROPILICO	ML	18,800	1.02464100	18,443.53	0.047		
11.20.01415	EDETATO DE SODIO	G	1,320	11.24071359	14,837.74	0.038		
11.20.01622	ESTEARATO DE MAGNESIO	G	6,800	6.53268911	38,196.13	0.101		
11.20.03450	CELULOSE MICROFINA (SB - 200)	G	8,320	32.83135901	273,988.90	0.712		
11.20.03461	DIBUTILTALATO	G	250	16.53901166	4,134.75	0.010		
11.20.03473	EUDRAGIT L-100	G	2,200	92.69294261	203,924.47	0.530		
11.20.03485	EXPLOSOL (SB - 400)	G	27,600	74.57196561	2,058,186.25	5.354		
11.20.03497	POLIVINILBUTIRAL (MOVITAL B-30 H)	G	6,500	72.51444638	471,343.90	1.226		
TOTAL DAS MATERIAS PRIMAS (NUCLEO)					35,062,544.01	91.211		
11.20.00046	ACETONA	ML	27,000	0.54285882	14,657.18	0.038		
11.20.00265	ALCOOL ISOPROPILICO	ML	114,800	1.02464100	118,009.07	0.303		
11.20.01117	CORANTE AMARELO FDC NUMERO 5 - 25% LACA DE ALUMI	G	1,100	99.94863000	108,953.49	0.283		
11.20.01373	DIOXIDO DE TITANIO	G	1,650	10.52929128	17,373.33	0.045		
11.20.01622	ESTEARATO DE MAGNESIO	G	1,300	6.53268911	8,492.49	0.022		
11.20.01695	EUDRAGIT E-100	G	0,670	64.00010186	618,801.75	1.609		
11.20.02687	POLIETILENGLICOL 6.000	G	1,690	11.24965409	18,811.91	0.049		
11.20.03861	TALCO	G	4,560	0.60273000	2,748.44	0.007		
24.10.00014	AGUA DEIONIZADA	ML	2,300	0.00000000	0.00	0.000		
TOTAL DAS MATERIAS PRIMAS (REVEST)					35,965,471.67	93.570		
21.10.01071	CAIXA INTERNA DIMENSÖES 215 X 180 X 088 MM	UN	1,210	213.36642808	258,173.36	0.671		
21.10.20174	CAIXA DE EMBARQUE PARA ENVELOPES DE LARG. 56 MM.	UN	102	816.00800000	82,628.00	0.214		
24.11.00033	FITA GOMADA FURP	UN	7	1,315.8290850	9,218.80	0.023		
24.22.02305	ROTULO P/METILDOPA 500MG COMP. REV. FURP - 180	UN	1,235	9.51539897	11,751.51	0.030		
24.23.06834	ROTULO P/ METILDOPA 500 MG COMP. FURP 200 X 70 MM	UN	106	2.00000000	212.06	0.000		
45.63.02300	ALUMINIO 30 P/ METILDOPA 500MG COMP. REV. - FURP	G	152,000	13.87852372	2,109,535.68	5.487		
TOTAL DAS MATERIAS DE EMBALAGEM :					2,471,503.27	6.429		
TOTAL DE (MATERIA PRIMA + EMBALAGEM) :					38,448,974.94	100.000		
CUSTO DA MATEIRA PRIMA		31,552.18821157		87.45				
CUSTO DO MATERIAL DE EMBALAGEM		2,167.98535151		6.00				
*** SUBTOTAL I		33,720.15356308		93.46				
DESPESAS DEPENDENTES DE PRODUCAO		0.00000000		0.00				
*** TOTAL CUSTO VARIÁVEIS DE PRODUCAO		33,720.15356308		93.46				
CUSTO TOTAL DA MAO DE OBRA DE FABR.		645.91732456		1.79				
CUSTO TOTAL DA MAO DE OBRA DE EMB.		1,711.48105263		4.74				
DEMAIS DESPESAS (0.00%)		0.00000000		0.00				
CUSTO TOTAL CALCULADO		38,077.55194027		100.00				

QUADRO 1

Lista dos Produtos da FURP - Formas de Apresentação, Formas Físicas e Quantidade por Embalagens Utilizadas na Determinação dos Preços de Referência

CODIGO	NOME DO PRODUTO	APRESENTAÇÃO	EMBALAGEM	FORMA FÍSICA
810801656	PENICILINA G (PROCAINA + POTASSICA) 400.000 UI IN	FRASCO AMPOLA COM 400.000 UI	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO
810201471	METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	ENVELOPE COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM REV
810104027	CIMETIDINA 200 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM
810700750	DIPIRONA 1 G INJETAVEL	AMPOLA COM 2 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810100769	DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	ENV. ALUM. COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
811200784	DIPIRONA 500 MG/ML GOTAS	FR. POLIET. COM 10 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	GT SOL
810500791	ERITROMICINA 2,5 % SUSPENSÃO ORAL	FRASCO DE VIDRO COM 60 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	SUS OR
810200818	ERITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS REVESTIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM REV
810801632	PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI INJETAVEL	FRASCO AMPOLA COM 600.000 UI	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO
810801621	PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI INJETAVEL	FRASCO AMPOLA COM 1.200.000 UI	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO
810100137	AMPICILINA 500 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM
810900397	CLOXANFENICOL 1 G INJETAVEL	FRASCO AMPOLA COM 1 G	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO LIQFIL
810300321	CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	ENVELOPE ALUM. COM 10 CAPSULAS	CAIXA COM 50 BLISTERS	CAP
810500188	AMPICILINA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO COM PO P/ 60 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	PO
810800147	AMPICILINA SODICA INJETAVEL 1000 MG	FRASCO AMPOLA COM 1000 MG	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO
810700074	AGUA P/ INJECAO 5 ML	AMPOLA COM 5 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810501990	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO DE VIDRO COM 100 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	SUS OR
810501265	HIDROXIDO DE ALUMINIO 0,2 % SUSPENSÃO	FRASCO DE VIDRO COM 150 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	SUS OR
810500389	CEFALEXINA 2,5% PO PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO COM PO P/ 60 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	PO
810302226	VITAMINAS E SAIS MINERAIS CAPSULAS	FRASCOS DE VIDRO COM 30 CAPSULAS	CAIXA COM 50 FRASCOS	CAP
811103894	SALBUTAMOL 0,04% XAROPE	FRASCO DE VIDRO COM 120 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	XPE
810501459	MEBENDAZOL 2% SUSPENSÃO ORAL	FRASCO DE VIDRO COM 30 ML	CAIXA COM 100 FRASCOS	SUS OR
810800161	AMPICILINA SODICA INJETAVEL 500 MG	FRASCO AMPOLA COM 500 MG	CX. C/ 50 FRASCOS AMPOLA	INJ PO
810101970	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400:80 MG COMPR.	BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM
810501551	METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL	FRASCO DE VIDRO COM 100 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	SUS OR
811201710	POLIVITAMINICO GOTAS	FRASCO POLIET. COM 30 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	GT SOL
810401563	NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	BISNAGA COM 10 G	CAIXA COM 50 BISNAGAS	POM
810700062	AGUA PARA INJECAO 10 ML	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810100034	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG COMPRIMIDO	ENVELOPE COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM
810601886	SAIS PARA REIDRATACAO ORAL	ENV. POLIEST.E ALUM. COM 27,8 G	CAIXA COM 100 ENVELOPES	PO
810400625	DEXAMETASONA 0,1% CREME	BISNAGA COM 10 G	CAIXA COM 50 BISNAGAS	CREM
810404080	METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL	BISNAGA COM 50 G	1 BISNAGA E 1 APLICADOR	CREM
810101245	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810400042	AD FURP POMADA	BISNAGA COM 25 G	CAIXA COM 100 BISNAGAS	POM
810202268	NIFEDIPINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM REV
810701157	GLICOSE 50% INJETAVEL	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
811202014	SULFATO FERROSO GOTAS	FRASCO DE VIDRO COM 30 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	GT SOL
810200405	CLOXANFENICOL 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	ENV. ALUM. COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM REV
810701145	GLICOSE 25% INJETAVEL	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810100710	DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810701522	METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETAVEL	AMPOLA COM 2 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
811101356	IOBETO DE POTASSIO XAROPE	FRASCO DE VIDRO COM 150 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	XPE
810101441	MEBENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	ENVELOPE COM 12 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
810201276	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	ENV. ALUM. COM 10 COMPR. REVESTIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM REV
810101543	METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 BLISTERS	COM
810700098	AMINOFLINA 240 MG INJETAVEL	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
811200420	CLORETO DE BENZALCONIO GOTAS	FRASCO DE VIDRO COM 25 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	GT SOL

continua

QUADRO 1 (continuação)

CODIGO	NOME DO PRODUTO	APRESENTACAO	EMBALAGEM	FORMA FÍSICA
810100822	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	ENVELOPE COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810202207	VITAMINAS DO COMPLEXO B COMPRIMIDO REVESTIDO	ENV.ALUM. COM 10 COMPRIMIDOS REVESTIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM REV
810701133	GENTAMICINA 80 MG INJETAVEL	AMPOLA COM 2 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810102183	VITAMINA C 500 MG COMPRIMIDO	ENV.ALUM. COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
810101798	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	ENVELOPE COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810100083	AMINOFILINA 100 MG COMPRIMIDO	ENV. ALUM. COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
810700440	CLORETO DE POTASSIO 19.1% INJETAVEL	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810101087	FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810701285	HIOSCINA 20 MG INJETAVEL	AMPOLA COM 1 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
811301281	HIPOCLORITO DE SODIO 1%	FRASCO DE POLIET. COM 1000 ML	NAO APLICAVEL	SOL
811308201	ANTISSEPTICO AGUOSO	FRASCO DE POLIET. COM 1000 ML	CAIXA COM 50 FRASCOS	SOL
810200738	DIPYRIDAMOL 75 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	ENVELOPE COM 20 COMPRIMIDOS REVESTIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM REV
810700475	CLORETO DE SODIO 20% INJETAVEL	AMPOLA COM 10 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810701066	FUROSEMIDA 20 MG INJETAVEL	AMPOLA 2 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810102365	FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO	ENVELOPE COM 10 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
810100654	DIACEPAM 10 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810702198	VITAMINA C 500 MG INJETAVEL	AMPOLA COM 5 ML	CAIXA COM 50 AMPOLAS	INJ SOL
810201707	POLIVITAMINICO COMPRIMIDO REVESTIDO	ENV. ALUM. COM 10 COMPR. REVESTIDOS	CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM REV
810302068	TETRACICLINA 250 MG CAPSULA	ENV. ALUM. COM 10 CAPSULAS	CAIXA COM 50 BLISTERS	CAP
810100976	FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM
810102377	CLORPRIMAZINA 100 MG COMPRIMIDO		CAIXA COM 50 ENVELOPES	COM
810101218	HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	BLISTER COM 20 COMPRIMIDOS	CAIXA COM 25 BLISTERS	COM

TABELA 1 - Lista dos Produtos da FURP - Custos de Fabricação, Preço de Venda

FURP, Preços do Similar-Lider e Preços de Referência

Período: Julho de 1994

NOME DO PRODUTO	CUSTO FA- BRICAÇÃO (SEM ICMS)	CUSTO FA- BRICAÇÃO (COM ICMS)	PREÇO DE VENDA FURP		PREÇO DE VENDA SIMILAR - LIDER		PREÇO DE REFERÊNCIA			
	R\$	R\$	R\$	US \$	R\$	US \$	(I)		(II)	
							R\$	US \$	R\$	US \$
PENICILINA G (PROCAINA + POTASSICA) 400.000 UI IN	21,59	22,46	42,50	45,21	82,88	87,87	56,94	60,57	59,61	63,42
METILOPA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	30,19	35,23	66,66	70,91	151,55	161,22	79,61	84,69	83,35	88,67
CINETIDINA 200 MG COMPRIMIDO	7,10	8,13	17,29	18,38	77,13	82,05	18,72	19,82	19,68	20,86
DIPIRONA 1 G INJETAVEL	42,24	4,63	9,00	9,57	19,63	20,88	11,19	11,90	11,71	12,46
DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	5,86	6,64	12,38	13,17	51,93	55,24	15,45	16,43	16,17	17,20
DIPIRONA 500 MG/ML GOTAS	4,96	5,59	11,52	12,26	61,26	65,16	13,08	13,91	13,69	14,56
ERITROMICINA 2,5 % SUSPENSÃO ORAL	29,79	34,85	65,56	69,74	191,52	203,74	78,55	83,58	82,23	87,48
ERITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	23,78	27,69	52,39	55,73	148,57	158,05	62,72	66,72	65,66	69,86
PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI INJETAVEL	23,18	24,34	46,06	48,88	89,25	94,95	61,14	65,04	64,01	68,09
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI INJETAVEL	26,72	28,51	53,94	57,38	106,35	112,07	70,45	74,95	73,76	78,47
AMPICILINA 500 MG COMPRIMIDO	33,35	39,09	73,97	78,89	195,02	207,47	87,93	93,55	92,06	97,94
CLORAMFENICOL 1 G INJETAVEL	44,29	48,54	91,83	97,69	144,83	154,07	116,88	124,26	122,28	130,89
CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	59,85	68,93	136,79	145,52	537,24	571,53	157,31	167,35	164,89	175,20
AMPICILINA SUSPENSÃO ORAL	30,50	35,28	66,75	71,01	223,65	237,93	88,44	95,57	94,21	99,59
AMPICILINA SODICA INJETAVEL 1000 MG	29,73	32,67	60,69	64,58	135,09	143,71	78,46	83,41	82,08	87,32
ÁGUA P/ INJEÇÃO 5 ML	4,18	4,47	8,47	9,01	13,46	14,32	10,60	11,49	11,31	12,03
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL	14,62	16,75	31,78	33,72	140,34	149,38	38,56	41,02	40,37	42,95
HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 0,2 % SUSPENSÃO	15,83	17,97	34,82	36,19	110,90	117,98	41,74	44,40	43,70	46,49
CEFALEXINA 2,5% PO PARA SUSPENSÃO ORAL	27,31	31,51	61,69	65,63	253,04	269,19	72,01	76,61	75,48	80,21
VITAMINAS E SAIS MINERAIS CAPSULAS	26,76	30,67	58,83	61,73	153,56	163,36	70,57	75,88	73,89	78,60
SALBUTAMOL 0,04% XAROPE	12,54	14,24	28,95	28,67	75,95	80,88	33,07	35,18	34,62	36,83
MERENDAZOL 2% SUSPENSÃO ORAL	12,28	13,99	28,48	28,17	158,89	166,85	32,38	34,44	33,88	36,06
AMPICILINA SODICA INJETAVEL 500 MG	24,67	26,10	49,39	52,54	97,30	103,51	65,07	69,22	68,12	72,47
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400:80 MG COMPR.	7,53	8,61	16,30	17,34	84,92	89,08	19,86	21,13	20,80	22,12
METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL	14,18	16,23	30,71	32,67	154,43	164,28	37,40	39,79	39,16	41,66
POLIVITAMINICO GOTAS	13,87	16,00	30,27	32,20	286,38	304,57	36,58	38,19	38,28	40,74
NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	9,31	10,60	20,88	21,34	44,18	46,91	24,54	26,11	25,78	27,34
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML	5,42	6,03	11,42	12,15	20,58	21,98	14,30	15,22	14,98	15,93
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500 MG COMPRIMIDO	3,44	3,77	7,10	7,55	18,88	17,88	9,07	9,55	9,58	10,10
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	12,03	13,36	25,28	26,89	105,85	112,71	31,71	33,74	33,28	35,32
DEXAMETASONA 0,1% CREME	8,73	11,08	28,86	22,30			25,66	27,38	26,87	28,58
METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL	8,58	8,55	1,28	1,34	3,28	3,47	1,31	1,48	1,37	1,46
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	1,65	1,81	4,02	4,28	23,89	24,58	4,35	4,63	4,55	4,84
AD FURP POMADA	19,77	22,64	42,84	45,57	83,61	88,95	52,13	55,48	54,58	58,07
NIFEDIPINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	2,78	3,01	7,98	8,50	67,78	72,11	7,11	7,57	7,45	7,92
GLICOSE 50% INJETAVEL	5,88	6,56	13,78	14,66	35,05	37,29	15,50	16,49	16,23	17,27
SULFATO FERROSO GOTAS	7,18	8,12	15,37	16,35	94,14	100,15	18,86	20,17	19,85	21,12
CLORAMFENICOL 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	7,55	8,67	27,62	29,38	85,25	90,70	19,91	21,18	20,85	22,18
GLICOSE 25% INJETAVEL	5,93	6,82	12,53	13,33	22,81	24,27	15,64	16,84	16,37	17,42
DIOSQUINA 0,25 MG COMPRIMIDO	2,71	3,95	6,11	6,50	52,70	56,06	7,18	7,61	7,49	7,97
METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETAVEL	3,95	4,26	8,11	8,63	9,23	9,82	10,41	11,07	10,89	11,59
LOBETO DE POTASSIO XAROPE	14,34	16,24	30,74	32,70	68,68	73,06	37,82	40,23	39,58	42,12
MERENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	6,01	6,86	12,59	13,35	66,79	72,33	15,86	16,87	16,80	17,68
HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	6,88	7,61	14,42	15,34	53,02	56,40	17,62	18,74	18,45	19,62
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	5,26	5,85	11,27	11,89	33,95	36,12	13,88	14,74	14,51	15,44
AMINOFILINA 240 MG INJETAVEL	6,30	6,94	13,14	13,98	25,76	27,48	16,61	17,67	17,39	18,58
CLORETO DE BENZALCONIO GOTAS	6,18	6,94	13,14	13,98	56,87	60,58	16,25	17,29	17,01	18,10

CONTINUA

TABELA 1 (continuação)

NOME DO PRODUTO	CUSTO FA- BRICAÇÃO (SEM ICMS)	CUSTO FA- BRICAÇÃO (COM ICMS)	PREÇO DE VENDA FURP		PREÇO DE VENDA SIMILAR- LÍDER		PREÇO REFERÊNCIA			
							(I)		(II)	
	R\$	R\$	R\$	US \$	R\$	US \$	R\$	US \$	R\$	US \$
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG COMPRIMIDO	1,45	1,57	2,39	3,17	7,85	8,35	3,84	4,08	4,82	4,27
VITAMINAS DO COMPLEXO B COMPRIMIDO REVESTIDO	3,59	3,95	7,48	7,86	28,77	30,61	9,46	10,86	9,98	10,53
GENTAMICINA 80 MG INJETÁVEL	7,89	8,94	16,81	17,98	53,80	57,23	20,81	22,14	21,79	23,18
VITAMINA C 500 MG COMPRIMIDO	10,39	11,91	22,55	23,98	60,19	64,03	27,37	29,12	28,66	30,49
PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	1,99	2,28	4,17	4,44	20,65	21,97	5,24	5,57	5,48	5,83
AMINOFILINA 100MG COMPRIMIDO	3,73	4,14	7,84	8,34	26,07	27,73	9,83	10,46	10,30	10,95
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% INJETÁVEL	5,68	6,24	11,81	12,56	22,19	23,61	14,77	15,72	15,47	16,45
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	3,15	3,57	6,99	7,44	52,67	56,83	8,30	8,83	8,69	9,25
SHOSCHINA 20 MG INJETÁVEL	4,62	4,91	9,29	9,88	31,79	33,82	12,18	12,96	12,75	13,57
HIPOCLORITO DE SÓDIO 1%	10,92	11,67	17,76	18,89	*	*	28,80	30,63	30,15	32,07
ANTISSEPTICO AQUOSO	44,35	51,28	97,02	103,21	*	*	116,96	124,43	122,45	130,27
DIPRIDAMOL 75 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	7,95	9,05	17,13	18,22	22,88	24,11	20,95	22,29	21,94	23,34
CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL	5,72	6,38	12,08	12,85	21,32	22,66	15,09	16,05	15,78	16,80
FUROSEMIDA 20 MG INJETÁVEL	3,78	4,08	6,39	7,44	15,47	16,46	9,98	10,61	10,44	11,11
ENTONA 100 MG COMPRIMIDO	4,65	5,19	9,83	10,46	28,00	29,79	12,29	13,06	12,85	13,67
OUAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	1,68	1,84	3,92	4,17	27,47	29,22	4,44	4,72	4,64	4,94
VITAMINA C 500 MG INJETÁVEL	4,48	4,91	9,38	9,89	12,71	13,52	11,88	12,55	12,36	13,14
POLIVITAMINICO COMPRIMIDO REVESTIDO	4,13	4,60	8,71	9,27	57,40	61,06	18,88	11,58	11,39	12,12
TETRACICLINA 250 MG CAPSULA	7,66	8,64	16,35	17,39	69,79	74,24	28,21	21,50	21,16	22,51
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	2,45	2,74	5,18	5,51	15,39	16,37	6,46	6,87	6,76	7,19
CLORPRIDAZINA 100 MG COMPRIMIDO	8,25	9,34	13,31	14,16	27,12	28,85	21,76	23,15	22,79	24,24
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	2,76	3,10	5,98	6,36	21,52	22,89	7,27	7,73	7,51	8,18

(*) VALOR NÃO DISPONÍVEL

OBSERVAÇÃO: VALOR DO US\$ DÓLAR MÉDIO - JUL/94 = 0,94

FONTE: CUSTOS DE FABRICAÇÃO E PREÇOS DE VENDA DO SIMILAR-LÍDER: DEMONSTRATIVO DA FURP

TABELA 2 - Lista dos Produtos da FURP - Relação entre os Preços de Referência e os Preços do Similar-Líder e entre os seus Respectivos Mark Up

Período: julho de 1994

NOME DO PRODUTO	PREÇO DE VENDA		PREÇO REFERÊNCIA				RELAÇÃO DE PREÇO		RELAÇÃO DE "MARK UP"	
	SIMILAR- LÍDER		(I)		(II)		REFERENCIA / LÍDER		REFERENCIA / LÍDER	
	R\$	US \$	R\$	US \$	R\$	US \$	(I)	(II)	(I)	(II)
PENICILINA G (PROCAINA + POTASSICA) 400.000 UI IN	82,68	87,87	56,94	60,57	53,61	63,42	0,72	0,70	0,85	0,89
METILOPA 600 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	151,55	161,22	79,61	84,69	83,35	88,67	0,61	0,65	0,61	0,83
CIMETIDINA 200 MG COMPRIMIDO	77,13	82,65	18,72	19,82	18,68	20,86	0,28	0,30	0,69	0,71
DIPIRONA 1 G INJETAVEL	19,63	28,88	11,19	11,90	11,71	12,46	0,62	0,66	0,61	0,83
DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	51,93	55,24	15,46	16,43	16,17	17,20	0,33	0,35	0,71	0,73
DIPIRONA 500 MG/ML GOTAS	61,25	85,16	13,88	13,91	13,68	14,58	0,24	0,28	0,68	0,76
ERITROMICINA 2,5 % SUSPENSÃO ORAL	191,52	203,74	78,55	83,56	82,23	87,48	0,48	0,51	0,76	0,78
ERITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	148,57	158,05	62,72	66,72	65,66	69,86	0,49	0,52	0,76	0,78
PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI INJETAVEL	89,25	94,95	61,14	65,04	64,01	68,89	0,72	0,77	0,85	0,88
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI INJETAVEL	105,35	112,07	70,45	74,95	73,76	78,47	0,71	0,76	0,85	0,87
AMPICILINA 500 MG COMPRIMIDO	195,82	207,47	87,93	93,55	92,06	97,94	0,53	0,56	0,79	0,80
CLORANFENICOL 1 G INJETAVEL	144,83	154,87	116,80	124,26	122,29	130,09	0,88	0,94	0,93	0,96
CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	537,24	571,53	157,31	167,35	164,89	175,20	0,34	0,37	0,71	0,73
AMPICILINA SUSPENSÃO ORAL	223,65	237,93	80,44	85,57	84,21	89,59	0,42	0,44	0,74	0,76
AMPICILINA SÓDICA INJETAVEL 1000 MG	135,89	143,71	78,48	83,41	82,88	87,32	0,63	0,67	0,81	0,84
ÁGUA P/ INJEÇÃO 5 ML	13,46	14,32	10,88	11,49	11,31	12,03	0,88	0,93	0,93	0,95
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL	148,34	148,38	38,56	41,82	40,37	42,95	0,31	0,33	0,70	0,72
HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 6,2 % SUSPENSÃO	110,90	117,88	41,74	44,48	43,70	46,49	0,43	0,45	0,74	0,76
CEFALEXINA 2,5% PG PARA SUSPENSÃO ORAL	253,04	269,19	72,81	76,61	75,40	80,21	0,33	0,35	0,71	0,73
VITAMINAS E SAIS MINERAIS CAPSULAS	163,58	163,36	78,57	75,88	73,89	78,69	0,53	0,56	0,78	0,80
SALBUTAMOL 0,04% XARÓPE	75,95	86,80	33,07	35,18	34,62	36,83	0,48	0,53	0,76	0,78
MEBENDAZOL 2% SUSPENSÃO ORAL	156,09	166,05	32,38	34,44	33,90	36,86	0,24	0,25	0,68	0,70
AMPICILINA SÓDICA INJETAVEL 500 MG	97,30	103,51	65,07	68,22	68,12	72,47	0,71	0,75	0,95	0,87
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400-80 MG COMPR.	64,92	69,06	19,86	21,13	20,80	22,12	0,35	0,37	0,72	0,74
METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL	154,43	164,29	37,40	39,79	39,16	41,68	0,28	0,29	0,69	0,71
POLIVITAMINICO GOTAS	280,38	304,57	36,58	38,19	38,29	40,74	0,15	0,16	0,66	0,68
NEOMICINA + DACTINACINA POMADA	44,10	48,91	24,54	26,11	25,70	27,34	0,63	0,67	0,82	0,84
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML	20,58	21,90	14,30	15,22	14,98	15,83	0,77	0,82	0,89	0,98
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500 MG COMPRIMIDO	18,86	17,09	9,07	9,85	9,50	10,10	0,62	0,66	0,81	0,83
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	105,95	112,71	31,71	33,74	33,20	35,32	0,33	0,35	0,71	0,73
DEXAMETASONA 0,1% CREME	8,88	9,88	25,66	27,30	26,87	28,58	-	-	-	-
METRONIDAZOL GELIA VAGINAL	3,28	3,47	1,31	1,40	1,37	1,46	0,44	0,47	0,75	0,77
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	23,89	24,56	4,35	4,63	4,55	4,84	0,21	0,22	0,67	0,69
AD FURP POMADA	83,61	88,95	52,13	55,48	54,58	58,07	0,71	0,76	0,85	0,87
NIFEDIPINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	67,78	72,11	7,11	7,57	7,45	7,92	0,12	0,12	0,65	0,67
GLICOSE 50% INJETAVEL	35,05	37,29	15,58	16,49	16,23	17,27	0,48	0,53	0,76	0,78
SULFATO FERROSO GOTAS	94,14	100,15	18,58	20,17	19,85	21,12	0,23	0,24	0,68	0,70
CLORANFENICOL 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	85,26	90,70	19,91	21,18	20,85	22,18	0,27	0,29	0,69	0,71
GLICOSE 25% INJETAVEL	22,81	24,27	15,64	16,64	16,37	17,42	0,77	0,81	0,97	0,99
DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	52,70	56,06	7,16	7,61	7,49	7,97	0,15	0,16	0,66	0,68
METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETAVEL	9,23	9,82	10,41	11,07	10,89	11,59	1,22	1,30	1,18	1,19
RODETO DE POTASSIO XARÓPE	68,68	73,86	37,82	40,23	39,59	42,12	0,62	0,66	0,81	0,84
MEBENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	86,79	92,33	15,86	16,87	16,68	17,66	0,28	0,21	0,67	0,69
NIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	53,82	56,48	17,82	18,74	18,45	19,82	0,38	0,40	0,72	0,74
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	33,95	36,12	13,89	14,74	14,51	15,44	0,48	0,49	0,75	0,77
AMINOFILINA 240 MG INJETAVEL	25,76	27,40	16,61	17,67	17,39	18,50	0,71	0,78	0,85	0,87
CLORETO DE BENZALCONIO GOTAS	58,87	60,58	18,25	17,29	17,91	18,10	0,32	0,34	0,71	0,73

CONTINUA

TABELA 2 (continuação)

NOME DO PRODUTO	PREÇO DE VENDA		PREÇO REFERÊNCIA				RELAÇÃO DE PREÇO		RELAÇÃO DE "MARK UP"	
	SIMILAR- R\$	LÍDER US \$	(I)		(II)		REFERENCIA / LÍDER		REFERENCIA / LÍDER	
			R\$	US \$	R\$	US \$	(I)	(II)	(I)	(II)
ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	7,85	8,35	3,84	4,08	4,82	4,27	0,53	0,56	0,78	0,80
VITAMINAS DO COMPLEXO B COMPRIMIDO REVESTIDO	28,77	30,61	8,46	10,08	8,98	10,53	0,38	0,39	0,72	0,74
GENTAMICINA 80 MG INJETÁVEL	53,88	57,23	20,81	22,14	21,79	23,18	0,44	0,47	0,74	0,76
VITAMINA C 500 MG COMPRIMIDO	68,19	64,03	27,37	29,12	28,66	30,49	0,52	0,56	0,77	0,80
PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	20,65	21,97	5,24	5,57	5,48	5,83	0,28	0,38	0,69	0,71
AMINOFILINA 100MG COMPRIMIDO	26,87	27,73	9,93	10,46	10,30	10,95	0,42	0,45	0,74	0,76
CLORETO DE POTASSIO 18,1% INJETÁVEL	22,19	23,81	14,77	15,72	15,47	16,45	0,74	0,79	0,86	0,89
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	52,67	56,83	8,38	8,83	8,69	9,25	0,18	0,19	0,67	0,68
INDOSCINA 20 MG INJETÁVEL	31,78	33,82	12,18	12,96	12,75	13,57	0,41	0,43	0,73	0,75
HIPÓCLORITO DE SÓDIO 1%	*	*	28,88	30,63	30,15	32,87	*	*	*	*
ANTISSEPTICO AGUDO	*	*	118,96	124,43	122,45	130,27	*	*	*	*
DIPYRIDAMOL 75 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	22,68	24,11	20,95	22,28	21,94	23,34	1,05	1,12	1,03	1,06
CLORETO DE SÓDIO 28% INJETÁVEL	21,32	22,68	15,08	16,05	15,78	16,80	0,79	0,84	0,88	0,91
FUROSEMIDA 20 MG INJETÁVEL	15,47	16,48	9,98	10,81	10,44	11,11	0,70	0,74	0,84	0,87
ENTODINA 180 MG COMPRIMIDO	28,88	29,79	12,28	13,06	12,85	13,67	0,49	0,52	0,76	0,78
DIÁZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	27,47	29,22	4,44	4,72	4,64	4,94	0,18	0,19	0,87	0,88
VITAMINA C 500 MG INJETÁVEL	12,71	13,52	11,80	12,55	12,36	13,14	1,02	1,08	1,01	1,04
POLIVITAMINICO COMPRIMIDO REVESTIDO	57,48	61,86	10,88	11,58	11,39	12,12	0,21	0,22	0,67	0,69
TETRACICLINA 250 MG CAPSULA	68,78	74,24	20,21	21,50	21,16	22,51	0,33	0,35	0,71	0,73
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	15,39	16,37	6,48	6,87	6,78	7,19	0,47	0,50	0,76	0,78
CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO	27,12	28,85	21,78	23,15	22,79	24,24	0,91	0,97	0,95	0,97
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	21,52	22,89	7,27	7,73	7,61	8,10	0,38	0,40	0,73	0,75

(*) VALOR NÃO DISPONÍVEL

OBSERVAÇÃO: VALOR DO US\$ DÓLAR MÉDIO - JUL/94 = 0,94

FONTE: CUSTOS DE FABRICAÇÃO E PREÇOS DE VENDA DO SIMILAR-LÍDER: DEMONSTRATIVOS DA FURP

TABELA 3 - Resumo da Evolução dos Custos de Fabricação, dos Preços da FURP, dos Preços dos Similares da Empresa-Líder e dos Preços de Referência Propostos

Período: Fevereiro de 1993 a Julho de 1994

VALORES ABSOLUTOS

NOME DO PRODUTO	FEV-93							
	Custo fabrica		preço FURP		preço SIMILAR		preço Referência	
	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar
PENICILINA G (PROCAINA + POTASSICA) 400.000 UI IN	214182,82	12,04	538412,39	30,26	892839,88	45,88	564821,79	31,75
METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	561827,41	31,53	1127405,70	63,37	1138836,59	64,87	1479485,48	83,16
CIMETIDINA 200 MG COMPRIMIDO	*	*	*	*	*	*	*	*
DIPIRONA 1 G INJETAVEL	90202,38	5,07	136575,00	7,67	177800,00	9,99	237872,70	13,37
DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	150350,17	8,45	350000,00	19,67	525000,00	29,51	386488,45	22,28
DIPIRONA 500 MG/ML GOTAS	144196,98	8,10	371000,00	20,85	605500,00	34,03	380261,87	21,37
ERITROMICINA 2,5 % SUSPENSÃO ORAL	537361,37	30,20	806427,88	50,55	1854210,00	104,23	1417075,68	79,68
ERITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	409318,49	23,00	1146482,74	64,44	1272180,00	71,51	1079412,81	60,67
PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI INJETAVEL	182895,99	10,28	485000,00	27,26	815206,98	45,82	482314,99	27,11
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI INJETAVEL	206789,22	11,62	883787,20	38,43	996172,88	55,99	545323,85	30,55
AMPICILINA 500 MG COMPRIMIDO	635517,58	35,72	1393000,00	78,30	3083881,84	171,35	1675823,45	94,21
CLORANFENICOL 1 G INJETAVEL	467587,86	26,28	534000,00	35,64	1211840,88	68,12	1233102,33	69,31
CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	1488267,82	79,18	3124578,80	175,64	4391458,00	246,86	3713742,54	208,76
AMPICILINA SUSPENSÃO ORAL	588786,27	31,86	1218753,57	68,86	1851588,88	92,84	1494672,07	84,02
AMPICILINA SODICA INJETAVEL 1000 MG	531782,49	29,88	884715,00	55,35	1258885,59	70,27	1482152,63	78,82
AGUA P/ INJEÇÃO 5 ML	68385,94	3,84	113000,00	6,35	185921,95	11,01	188366,93	10,13
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL (100	311716,63	17,52	829332,83	48,62	1485130,00	84,04	822633,28	46,21
HIDROXIDO DE ALUMINIO 8,2 % SUSPENSÃO	274166,96	15,41	712968,86	40,87	877165,63	49,30	723005,78	40,64
CEFALEXINA 2,5% PO PARA SUSPENSÃO ORAL	601109,45	33,79	1782000,00	108,17	3886745,00	224,11	1585185,74	89,11
VITAMINAS E SAIS MINERAIS CAPSULAS	393035,47	22,09	1068895,38	60,88	1785652,17	100,37	1036473,86	58,26
SALBUTAMOL 0,04% XAROPE	*	*	*	*	*	*	*	*
MEBENDAZOL 2% SUSPENSÃO ORAL	208797,58	11,73	648000,00	36,42	1673420,00	94,87	550820,88	30,95
AMPICILINA SODICA INJETAVEL 500 MG	348578,99	19,59	662888,83	37,25	884241,48	49,78	919237,86	51,67
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400.00 MG COMPRIMIDO	170018,22	9,55	545000,00	30,63	692000,88	38,38	448355,87	25,28
METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL	253695,05	14,26	784844,83	44,11	1597058,88	89,77	689819,23	37,68
POLIVITAMINICO GOTAS	197588,98	11,18	588000,00	32,60	2847915,88	160,99	521061,89	28,29
NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	125330,82	7,04	438000,00	24,17	484188,88	27,21	330587,80	18,57
AGUA PARA INJEÇÃO 18 ML	79749,67	4,48	129288,00	7,26	294031,58	16,52	218387,86	11,82
ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG COMPRIMIDO	79021,32	4,44	148000,00	7,87	182437,58	10,26	288387,13	11,71
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	157040,12	8,82	818000,00	34,29	1158373,13	65,11	414146,33	23,28
BEXAMETASONA 8,1% CREME	150088,32	8,43	322881,58	18,14	368614,88	20,72	385787,12	22,24
METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL	*	*	*	*	*	*	*	*
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	28765,85	1,67	114570,38	6,44	232557,50	13,07	78495,01	4,41
AD FURP POMADA	328187,85	18,50	821927,87	46,28	982266,94	54,09	867890,32	48,78
NIFEDIPINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	97382,66	5,47	324000,00	18,21	814982,61	51,43	256755,07	14,43
GLICOSE 50% INJETAVEL	88218,57	4,95	224000,00	12,58	288100,00	16,26	232841,21	13,07
SULFATO FERROSO GOTAS	121955,79	6,85	380000,00	21,36	1867135,00	61,11	321608,82	18,97
CLORANFENICOL 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	357142,06	20,07	720105,88	40,48	777000,88	43,87	941819,34	52,84
GLICOSE 25% INJETAVEL	84163,50	4,73	185000,88	10,39	254680,00	14,31	221947,57	12,47
DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	57802,09	3,24	118000,88	6,63	678979,99	38,16	152429,81	8,58
METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETAVEL	67076,79	3,77	83513,00	4,69	81338,88	4,57	178888,22	9,94
IODETO DE POTASSIO XAROPE	265204,94	14,88	592888,00	33,27	797888,25	44,83	699369,58	38,31
MEBENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	118017,54	6,68	371887,47	20,86	1014157,18	57,81	313597,47	17,62
HIDROXINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	127888,38	7,18	354545,51	19,93	828762,58	46,84	337822,40	18,94
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	122298,12	6,87	368888,94	20,28	429275,00	24,13	322515,02	18,13
AMINOPIRINA 240 MG INJETAVEL	102157,88	5,74	185067,00	9,27	261107,00	14,67	269398,40	15,14
CLOROZO DE BENZALCONIO GOTAS	102938,85	5,84	343266,34	19,29	454683,86	26,12	274673,95	15,40

continua

TABELA 3 (continuação)

NOME DO PRODUTO	FEV-93							
	Custo	Fabrica	preço	FURP	preço	SIMILAR	preço	Referencia
	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar
ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	31257,17	1,75	62909,27	3,54	85750,00	4,82	82428,29	4,63
VITAMINAS DO COMPLEXO B COMPRIMIDO REVESTIDO	54447,43	3,06	146712,94	8,24	324240,00	18,22	143583,32	8,07
GENTAMICINA 80 MG INJETAVEL	128991,21	7,13	370000,00	20,78	549573,50	30,09	334808,52	18,82
VITAMINA C 500 MG COMPRIMIDO	172871,90	9,71	255000,00	14,33	378857,50	21,29	455880,49	25,52
PROPRANDIOL 40 MG COMPRIMIDO	37003,61	2,08	114458,28	6,43	138622,58	7,68	97582,22	5,48
AMINGIFILINA 100 MG COMPRIMIDO	87465,31	3,78	188880,00	10,11	275537,50	15,48	177912,77	10,00
CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJETAVEL	89173,31	5,01	162839,69	10,79	318831,45	17,76	236158,95	13,21
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	65931,24	3,70	222000,00	12,47	542580,00	30,49	173867,29	9,77
HIOSCINA 20 MG INJETAVEL	83440,87	4,69	163301,64	9,17	282486,55	11,38	220041,92	12,36
HIPOCLORITO DE SODIO 1%	171762,10	9,65	348660,00	19,65	*	*	452953,83	25,46
ANTISSEPTICO AQUECIDA	527410,21	29,64	1141973,35	64,18	*	*	1390833,48	78,18
DIPIRIDAMOL 75 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	225136,28	12,65	267784,73	15,05	270200,00	15,18	593706,69	33,37
CLORETO DE SODIO 20% INJETAVEL	81257,39	4,58	123365,00	6,93	384426,15	17,11	214283,08	12,04
FUROSEMIDA 20 MG INJETAVEL	68943,25	3,71	133400,00	7,49	133000,00	7,47	174182,65	9,79
FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO	65888,97	3,78	170631,22	9,59	199850,57	11,23	173681,38	9,76
DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	36538,85	2,05	120795,02	6,78	268435,08	16,21	96335,78	5,41
VITAMINA C 500 MG INJETAVEL	75228,50	4,22	154600,00	8,69	161837,98	9,89	198363,89	11,15
POLIVITAMINICO COMPRIMIDO REVESTIDO	58271,13	3,27	149808,00	8,37	473207,00	26,60	153666,81	8,63
TETRACICLINA 250 MG CAPSULA	202636,49	11,35	348808,00	19,11	954702,08	53,66	532774,62	28,94
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	48350,37	2,71	85526,83	5,36	96608,00	5,43	127584,77	7,16
CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO	87676,51	4,92	187812,84	9,38	196875,00	11,06	231211,75	12,98
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	62809,46	3,53	145000,00	8,15	188468,00	9,92	165634,84	9,31

(*) VALOR NÃO DISPONÍVEL

OBSERVAÇÃO: VALOR DO US\$ DÓLAR MÉDIO - JUL/94 = 0,94

INFLAÇÃO DO PERÍODO - IGP-DI = 9013,90%

FONTE: CUSTOS DE FABRICAÇÃO E PREÇOS DE VENDA DO SIMILAR-LÍDER OBTIDOS NOS CONTROLES FORNECIDOS PELA FURP.

TABELA 3 - (continuação)

VALORES ABSOLUTOS

NOME DO PRODUTO	JUL-94							
	Custo - fábrica		preço FURP		preço SIMILAR		preço Referência	
	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar
PENICILINA G (PROCAINA + POTÁSSICA) 400.000 UI IN	21,59	22,97	42,58	45,21	82,80	87,87	56,94	60,57
METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	30,16	32,12	66,88	70,81	151,55	161,22	78,61	84,68
CIMETIDINA 200 MG COMPRIMIDO	7,10	7,55	17,28	18,39	77,13	82,05	18,72	19,92
DIPIRONA 1 G INJETÁVEL	4,24	4,51	9,80	9,57	18,83	20,88	11,18	11,90
DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	5,86	6,23	12,38	13,17	51,93	55,24	15,45	16,43
DIPIRONA 500 MG/ML GOTAS	4,96	5,27	11,52	12,26	61,25	65,16	13,08	13,91
ERITROMICINA 2,5 % SUSPENSÃO ORAL	29,79	31,69	65,56	69,74	191,52	203,74	78,55	83,56
ERITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	23,79	25,30	52,39	55,73	148,57	158,05	62,72	66,72
PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI INJETÁVEL	23,18	24,86	46,08	49,00	89,25	94,95	61,14	65,04
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI INJETÁVEL	26,72	28,42	53,94	57,38	105,35	112,87	70,45	74,95
AMPICILINA 500 MG COMPRIMIDO	33,35	35,47	73,97	78,69	195,82	207,47	87,93	93,55
CLODRANFENICOL 1 G INJETÁVEL	44,29	47,12	91,83	97,69	144,83	154,07	116,90	124,26
CEFALOXINA 500 MG CAPSULA	59,65	63,48	136,79	145,52	587,24	571,53	157,31	167,35
AMPICILINA SUSPENSÃO ORAL	30,50	32,45	66,75	71,01	223,65	237,93	80,44	85,57
AMPICILINA SODICA INJETÁVEL 1000 MG	29,73	31,63	68,69	64,56	135,09	143,71	79,40	83,41
ÁGUA P/ INJEÇÃO 5 ML	4,10	4,36	8,47	9,01	13,46	14,32	18,88	11,48
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL (100	14,62	15,56	31,70	33,72	140,34	149,38	38,58	41,82
HIDROXIDO DE ALUMÍNIO 6,2 % SUSPENSÃO	15,83	16,34	34,02	36,18	110,90	117,98	41,74	44,48
CEFALOXINA 2,5% PB PARA SUSPENSÃO ORAL	27,31	29,05	61,69	65,83	253,04	269,19	72,01	76,61
VITAMINAS E SAIS MINERAIS CAPSULAS	26,78	29,47	58,03	61,73	153,56	163,36	78,57	75,08
SALBUTAMOL 0,04% XAROPE	12,54	13,34	26,95	28,67	75,95	80,88	33,07	35,18
MEBENDAZOL 2% SUSPENSÃO ORAL	12,28	13,06	26,48	28,17	156,89	161,05	32,38	34,44
AMPICILINA SODICA INJETÁVEL 500 MG	24,67	26,25	49,39	52,54	97,38	103,51	65,07	69,22
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400:80 MG COMPRIMIDO	7,53	8,81	16,30	17,34	64,92	69,06	19,86	21,13
METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL	14,18	15,09	39,71	32,67	154,47	164,29	37,48	39,79
POLIVITAMINICO GOTAS	13,87	14,76	30,27	32,20	286,38	304,57	36,59	38,91
NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	9,31	9,80	20,86	21,34	44,18	46,91	24,54	26,11
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML	5,42	5,77	11,42	12,15	28,58	21,90	14,38	15,22
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500 MG COMPRIMIDO	3,44	3,66	7,14	7,60	16,88	17,09	9,97	9,85
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	12,03	12,79	25,28	26,79	185,95	112,71	31,71	33,74
DEKAMETASONA 0,1% CREME	9,73	10,35	20,96	22,38	0,00	0,00	25,66	27,38
METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL	0,50	0,53	1,26	1,34	3,26	3,47	1,31	1,46
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	1,85	1,75	4,02	4,29	23,09	24,56	4,35	4,63
AD FURP POMADA	19,77	21,03	42,84	45,57	83,61	88,95	52,13	55,46
NIFEDIPINA 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	2,70	2,77	7,99	8,58	87,78	72,11	7,11	7,57
GLICOSE 50% INJETÁVEL	5,88	6,25	13,78	14,66	35,05	37,29	15,50	16,49
SULFATO FERROSO GOTAS	7,18	7,85	15,37	16,35	94,14	100,15	18,96	20,17
CLODRANFENICOL 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	7,55	8,03	27,62	29,38	85,26	90,78	19,81	21,18
GLICOSE 25% INJETÁVEL	5,93	6,31	12,53	13,33	22,81	24,27	15,64	16,64
DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	2,71	2,89	6,11	6,50	52,78	56,08	7,16	7,81
METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETÁVEL	3,95	4,20	9,11	9,63	9,23	9,82	10,41	11,07
IODETO DE POTÁSSIO XAROPE	14,34	15,26	39,74	32,70	59,88	73,06	37,82	40,23
MEBENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	6,01	6,40	12,59	13,39	86,79	92,33	15,66	16,87
HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	6,68	7,11	14,42	15,34	53,02	56,40	17,62	18,74
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	5,26	5,19	11,27	11,89	33,95	36,12	13,66	14,74
AMINOPIRINA 240 MG INJETÁVEL	6,39	6,70	13,14	13,86	25,76	27,46	16,61	17,67
CLORETO DE BENZALCONIO GOTAS	6,16	6,56	13,14	13,98	50,87	60,58	16,25	17,29

continua

TABELA 3 (continuação)

NOME DO PRODUTO	JUL-94							
	Custo	- Fabrica	preço	FURP	preço	SIMILAR	preço	Referencia
	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar	Cr \$	U.S. dolar
ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	1,45	1,51	2,98	3,17	7,85	8,35	3,84	4,08
VITAMINAS DO COMPLEXO B COMPRIMIDO REVESTIDO	3,59	3,81	7,49	7,96	28,77	30,61	9,46	10,06
GENTAMICINA 80 MG INJETAVEL	7,89	8,40	16,91	17,99	53,88	57,23	20,81	22,14
VITAMINA C 500 MG COMPRIMIDO	10,38	11,84	22,55	23,99	68,18	64,03	27,37	29,12
PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	1,89	2,11	4,17	4,44	20,65	21,97	5,24	5,57
AMINOFILINA 100 MG COMPRIMIDO	3,73	3,87	7,84	8,34	26,07	27,73	9,83	10,46
CLORETO DE POTASSIO 10.1% INJETAVEL	5,88	5,86	11,81	12,56	22,19	23,61	14,77	15,72
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	3,15	3,35	6,89	7,44	52,67	56,83	8,30	8,83
HIOSCINA 20 MG INJETAVEL	4,82	4,91	9,29	9,88	31,79	33,82	12,18	12,96
HIPOCLORITO DE SODIO 1%	10,92	11,62	17,76	18,89	*	*	26,80	30,63
ANTISSEPTICO ADEUSO	44,35	47,18	97,02	103,21	*	*	116,96	124,43
DIPRIDAMOL 75 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	7,95	8,45	17,13	18,22	22,66	24,11	20,95	22,29
CLORETO DE SODIO 20% INJETAVEL	5,72	6,09	12,08	12,85	21,32	22,68	15,09	16,05
FUROSEMIDA 20 MG INJETAVEL	3,78	4,82	7,72	8,21	15,47	16,46	9,98	10,61
FENTONIA 100 MG COMPRIMIDO	4,65	4,95	9,83	10,46	26,00	29,79	12,28	13,06
DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	1,68	1,78	3,92	4,17	27,47	29,22	4,44	4,72
VITAMINA C 500 MG INJETAVEL	4,40	4,76	9,38	9,89	12,71	13,52	11,80	12,55
POLIVITAMINICO COMPRIMIDO REVESTIDO	4,13	4,39	8,71	9,27	57,40	61,66	10,88	11,58
TETRACICLINA 250 MG CAPSULA	7,66	8,15	16,35	17,39	68,79	74,24	20,21	21,50
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	2,45	2,61	5,18	5,51	15,38	16,37	6,46	6,87
CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO	8,25	8,78	13,31	14,16	27,12	28,85	21,76	23,15
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	2,76	2,93	5,98	6,36	21,52	22,89	7,27	7,73

(*) VALORES NÃO DISPONÍVEL

OBSERVAÇÃO: VALOR DO US\$ DÓLAR MÉDIO - JUL/94 = 0,94

INFLAÇÃO DO PERÍODO - IGP-DI = 9013,90%

FONTE: CUSTOS DE FABRICAÇÃO E PREÇOS DE VENDA DO SIMILAR-LÍDER OBTIDOS NOS CONTROLES FORNECIDOS PELA FURP.

TABELA 4
EVOLUÇÃO DAS RECEITAS, DESPESAS E "MARK UP" DE EMPRESAS LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

CONTINUA

EMPRESAS/PERÍODOS	BIOLAB IND. FARM. SA.				LABORATÓRIO SINTOFARMA S.A.				SANDOZ S.A.			
DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS (Valores Absolutos)	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	3332,40	17728,41	243408,00	6708947,00	1875,16	8773,73	131199,00	2775089,00	13883,35	77730,38	1212183,00	32243518,00
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	418,96	2420,84	31278,00	883642,00	209,58	1068,88	25104,00	345186,00	2093,36	11487,87	174973,00	6184142,00
ABATIMENTOS E DEDUÇÕES	377,41	1973,12	32838,00	838813,00	335,70	1695,06	14192,00	535439,00				
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	2536,02	13334,44	179492,00	4874492,00	1329,87	7008,80	91903,00	1884484,00	11789,98	56241,50	1037220,00	26059166,00
CUSTOS DO PRODUTO VENDIDOS	1958,60	6747,32	74152,00	1684889,00	466,82	2379,32	23487,00	491958,00	5216,74	31716,30	388132,00	7310520,00
LUCRO BRUTO	1478,42	6587,12	105338,00	3289603,00	863,04	4628,48	68416,00	1482626,00	6573,24	34525,19	649088,00	18748846,00
DESPESAS OPERACIONAIS	2117,06	9127,74	76825,00	2370438,00	698,06	4161,42	53868,00	1450033,00	6884,96	39893,38	607834,00	15118149,00
- COM VENDAS	552,18	3168,88	44811,00	1395868,00	323,58	2183,46	27882,00	678717,00	3662,16	23233,19	296774,00	7468247,00
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	179,86	1086,35	11857,90	315325,00	375,47	1977,95	11729,00	244893,00				
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	1385,21	4878,48	19957,00	858243,00	-33,76	-1252,80	14157,00	534423,00	3022,80	15860,11	318260,00	7649802,00
RESULTADO OPERACIONAL	-637,64	-2540,61	28713,00	919167,00	163,86	468,86	14540,00	-47407,00	-311,72	-4568,18	41854,00	3630807,00
RES. OPER. ANTES DAS DESP./REC. FINANC.	747,86	2328,87	48670,00	1578418,00	163,86	468,86	28705,00	487816,00	2711,07	11282,00	351314,00	11280815,00
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	-208,85	-3832,48	20490,00	-89584,00	186,86	987,24	2358,00	-288662,00	-112,58	-6728,53	4326,00	-70774,00
- VALORES PERCENTUAIS (RECEITA BRUTA = 100,0)												
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	12,57	13,65	12,85	13,32	11,17	10,94	18,13	12,43	15,07	14,79	14,43	18,17
ABATIMENTOS E DEDUÇÕES	11,32	11,12	13,40	12,58	17,90	17,34	10,81	19,28	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	76,10	75,21	73,74	74,16	70,92	71,71	70,04	68,26	84,92	85,20	85,56	80,82
CUSTOS DO PRODUTO VENDIDOS	31,79	38,95	30,46	25,12	24,89	24,34	17,98	17,72	37,57	40,79	32,10	22,67
LUCRO BRUTO	44,39	37,15	43,27	49,04	46,02	47,36	52,14	50,54	47,34	44,41	53,46	58,14
DESPESAS OPERACIONAIS	83,52	51,48	31,46	35,34	37,28	42,57	41,85	52,25	49,59	50,28	50,07	46,88
- COM VENDAS	16,57	17,82	18,40	20,81	17,25	22,34	21,32	24,16	27,81	29,88	24,48	23,16
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	5,39	6,18	4,87	4,70	20,02	20,23	8,93	8,82	0,00	0,00	0,00	0,00
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	41,56	27,47	8,15	9,82	-1,80	-12,81	10,78	19,25	21,77	20,40	25,58	23,72
RESULTADO OPERACIONAL	-19,13	-14,33	11,79	13,70	8,74	4,78	11,88	-1,70	-2,24	-5,87	3,38	11,26
RES. OPER. ANTES DAS DESP./REC. FINANC.	22,43	13,14	19,99	23,53	8,74	4,78	21,87	17,54	19,52	14,52	28,98	34,98
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	-8,82	-21,61	8,41	-1,83	9,95	9,28	1,79	-7,23	-0,81	-8,65	0,35	-0,21
- INDICADORES DE DESPESAS E "MARK UP" -												
1. DESPESAS COM VENDAS, ADMIN. E GERAIS	21,86	24,81	23,28	25,51	37,28	42,57	38,26	32,99	27,81	29,88	24,48	23,16
2. (1) + IMPOSTO SOBRE VENDAS	34,53	37,69	36,13	38,83	48,45	53,52	49,40	45,43	42,89	44,67	38,81	42,34
3. (2) + RESULTADO OPERACIONAL ("mark up" 1)	15,39	23,33	47,92	52,54	57,20	58,31	69,49	43,72	40,85	38,80	42,30	53,68
4. (2) + RES. OP. ANTES DAS DESP. FIN. ("mark up" 2)	58,96	50,81	56,12	62,37	57,20	58,31	71,28	62,98	62,42	59,20	67,89	77,32

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional;

b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

TABELA 4 (continuação)
EVOLUÇÃO DAS RECEITAS, DESPESAS E "MARK UP" DE EMPRESAS LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

CONTINUA

EMPRESA/PERÍODOS	ABBOTT		LABORATÓRIO		BO BRASIL		LIDA		PRODUTOS		ROCHE QUIM.		E FARMAC. SA		MERRELL		LEPITT		FARMACEUT. LIDA	
	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS (Valores Absolutos)																				
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	*	*	421,86	10175,12	14886,74	81201,98	1009722,00	24508388,00	14886,74	81201,98	1009722,00	24508388,00	14886,74	81201,98	1009722,00	24508388,00	8050,11	39005,23	*	*
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	*	*	80,30	1880,98	2464,46	14150,95	162527,00	3516260,00	2464,46	14150,95	162527,00	3516260,00	2464,46	14150,95	162527,00	3516260,00	1215,40	5826,57	*	*
ABATIMENTOS E REDUÇÕES	*	*	24,97	137,35													46,76	100,44	*	*
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	*	*	327,60	8356,78	12422,28	67051,03	847195,00	21074119,00	12422,28	67051,03	847195,00	21074119,00	12422,28	67051,03	847195,00	21074119,00	7687,95	33878,23	*	*
CUSTOS DO PRODUTOS VENDIDOS	*	*	84,79	1487,15	3119,97	19233,78	185161,00	3902065,00	3119,97	19233,78	185161,00	3902065,00	3119,97	19233,78	185161,00	3902065,00	1744,85	12816,42	*	*
LUCRO BRUTO	*	*	242,81	6869,63	9302,31	47817,25	662634,00	1712084,00	9302,31	47817,25	662634,00	1712084,00	9302,31	47817,25	662634,00	1712084,00	5943,10	21061,81	*	*
DESPESAS OPERACIONAIS	*	*	281,32	8204,18	9490,76	39392,02	417783,00	5208976,00	9490,76	39392,02	417783,00	5208976,00	9490,76	39392,02	417783,00	5208976,00	3366,05	20087,84	*	*
- COM VENDAS	*	*	74,40	1841,20	1430,03	5391,96	100807,00	2642641,00	1430,03	5391,96	100807,00	2642641,00	1430,03	5391,96	100807,00	2642641,00	1795,95	11136,20	*	*
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	*	*	26,05	550,16	2189,26	13139,77	133665,80	2566335,80	2189,26	13139,77	133665,80	2566335,80	2189,26	13139,77	133665,80	2566335,80	344,88	1828,87	*	*
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	*	*	188,27	5872,82	5480,47	17860,29	176991,80	-3728877,00	5480,47	17860,29	176991,80	-3728877,00	5480,47	17860,29	176991,80	-3728877,00	1218,12	7122,76	*	*
RESULTADO OPERACIONAL	*	*	-38,51	-1344,54	-197,35	8425,23	244271,00	11903088,00	-197,35	8425,23	244271,00	11903088,00	-197,35	8425,23	244271,00	11903088,00	2587,95	973,97	*	*
RES. OPER. ANTES DAS DESP. REC. FINANC.	*	*	141,76	4468,28	5883,12	28285,52	420367,80	11903088,00	5883,12	28285,52	420367,80	11903088,00	5883,12	28285,52	420367,80	11903088,00	3803,17	8096,74	*	*
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	*	*	-1,16	-276,30	2212,83	5627,82	1045,00	3612000,00	2212,83	5627,82	1045,00	3612000,00	2212,83	5627,82	1045,00	3612000,00	1306,43	-4926,21	*	*
- VALORES PERCEPÍVEIS (RECEITA BRUTA = 180,0)																				
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	*	*	160,00	100,00	180,00	100,00	100,00	100,00	180,00	100,00	100,00	100,00	180,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	*	*	16,43	16,52	16,55	17,43	16,18	14,30	16,55	17,43	16,18	14,30	16,55	17,43	16,18	14,30	13,58	14,21	*	*
ABATIMENTOS E REDUÇÕES	*	*	5,92	1,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,25	*	*
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	*	*	71,66	82,13	83,45	82,57	83,86	85,70	83,45	82,57	83,86	85,70	83,45	82,57	83,86	85,70	85,90	85,54	*	*
CUSTOS DO PRODUTOS VENDIDOS	*	*	28,10	14,71	20,38	23,89	18,34	16,11	20,38	23,89	18,34	16,11	20,38	23,89	18,34	16,11	19,50	32,36	*	*
LUCRO BRUTO	*	*	57,56	67,42	62,49	58,69	65,57	69,59	62,49	58,69	65,57	69,59	62,49	58,69	65,57	69,59	66,40	53,18	*	*
DESPESAS OPERACIONAIS	*	*	88,88	80,63	83,81	48,51	41,37	21,18	83,81	48,51	41,37	21,18	83,81	48,51	41,37	21,18	37,50	50,72	*	*
- COM VENDAS	*	*	17,84	18,10	9,81	10,33	10,70	10,75	9,81	10,33	10,70	10,75	9,81	10,33	10,70	10,75	28,06	28,12	*	*
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	*	*	6,32	5,41	14,71	16,18	13,24	10,44	14,71	16,18	13,24	10,44	14,71	16,18	13,24	10,44	3,06	4,62	*	*
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	*	*	42,73	57,13	39,50	21,99	17,44	-15,17	39,50	21,99	17,44	-15,17	39,50	21,99	17,44	-15,17	13,59	17,98	*	*
RESULTADO OPERACIONAL	*	*	-9,13	-13,21	-1,33	10,38	24,19	48,41	-1,33	10,38	24,19	48,41	-1,33	10,38	24,19	48,41	28,91	2,46	*	*
RES. OPER. ANTES DAS DESP. REC. FINANC.	*	*	33,60	40,91	38,18	32,37	41,63	48,41	38,18	32,37	41,63	48,41	38,18	32,37	41,63	48,41	42,49	28,44	*	*
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	*	*	-0,27	-2,71	14,66	6,93	0,10	14,63	14,66	6,93	0,10	14,63	14,66	6,93	0,10	14,63	14,60	-12,44	*	*
- INDICADORES DE DESPESAS E "MARK UP"																				
1. DESPESAS COM VENDAS, ADMIN. E GERAIS	*	*	23,95	73,50	24,31	26,52	23,93	21,18	24,31	26,52	23,93	21,18	24,31	26,52	23,93	21,18	23,91	32,74	*	*
2. (1) + IMPOSTO SOBRE VENDAS	*	*	40,38	40,02	40,87	43,94	40,93	35,48	40,87	43,94	40,93	35,48	40,87	43,94	40,93	35,48	37,49	45,94	*	*
3. (2) + RESULTADO OPERACIONAL ("mark up" 1)	*	*	31,25	26,83	39,54	54,32	64,22	83,89	39,54	54,32	64,22	83,89	39,54	54,32	64,22	83,89	66,38	48,40	*	*
4. (2) + RES. DE ANTES DAS DESP. FIN. ("mark up" 2)	*	*	74,99	83,94	73,84	78,31	81,66	83,89	73,84	78,31	81,66	83,89	73,84	78,31	81,66	83,89	79,98	67,39	*	*

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em mil cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional; b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

TABELA 4 (continuação)
EVOLUÇÃO DAS RECEITAS, DESPESAS E "MARK UP" DE EMPRESAS LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

EMPRESAS/PERÍODOS DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS (Valores Absolutos)	TOTAL DA AMOSTRA				FURP			
	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	42927,77	226048,75	2536841,86	66326187,12	4699,89	16898,14	128983,89	6073031,16
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	8401,77	34766,11	383951,38	10948899,98			0,00	0,00
ABATIMENTOS E DEDUÇÕES	758,88	3768,63	46854,97	1374388,35	109,38	518,14	2485,61	103287,59
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	35766,12	187514,02	2156135,50	54818817,78	4590,53	16379,00	126498,08	5969823,57
CUSTOS DO PRODUTO VENDIDOS	11804,98	72883,15	672816,79	13458818,15	2056,33	11437,32	59885,35	3574437,84
LUCRO BRUTO	24161,22	114628,87	1484118,81	40559999,64	1634,38	4941,68	66612,73	2395385,73
DESPESAS OPERACIONAIS	22556,91	111862,32	1155571,32	24155798,18	458,88	3977,29	32883,11	97318,69
- COM VENDAS	7863,82	48105,71	477648,48	12179308,20				
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	3089,28	18042,95	157277,65	3127183,18	458,88	3883,50	32883,11	97318,69
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	11478,84	44460,86	528645,27	5119559,82	-419,75	883,78	-14719,10	-335732,94
RESULTADO OPERACIONAL	1804,31	2768,55	328647,48	16404200,46	1177,42	964,38	34609,61	1422199,04
RES. OPER. ANTES DAS DESP./REC. FINANC.	13875,15	47219,41	848192,78	21523788,28	1177,42	1858,17	34609,61	1422199,04
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	3392,53	-8950,18	28217,84	3278484,78	-355,24	-7344,69	345,32	154688,50
- VALORES PERCENTUAIS (RECEITA BRUTA = 100,0)								
RECEITA BRUTA DAS VENDAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
IMPOSTO SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	14,91	15,38	15,17	16,50	0,00	0,00	0,00	0,00
ABATIMENTOS E DEDUÇÕES	1,77	1,67	1,88	2,07	2,33	3,07	1,93	1,70
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS	83,32	82,95	83,03	81,43	97,67	96,93	98,07	98,30
CUSTOS DO PRODUTO VENDIDOS	27,83	32,25	25,88	20,28	82,90	67,88	46,37	58,86
LUCRO BRUTO	56,28	50,71	57,15	61,15	34,77	29,24	51,71	38,44
DESPESAS OPERACIONAIS	52,55	49,49	44,40	36,42	9,72	23,54	24,87	16,02
- COM VENDAS	18,55	21,28	18,39	18,36	0,00	0,00	0,00	0,00
- ADMINISTRATIVAS E GERAIS	7,20	7,98	6,06	4,71	9,72	18,25	24,87	16,02
- FINANCEIRAS LÍQUIDAS	26,72	18,67	20,05	7,72	-8,87	5,29	-11,41	-5,53
RESULTADO OPERACIONAL	3,74	1,22	12,65	24,73	25,05	5,71	28,83	23,42
RES. OPER. ANTES DAS DESP./REC. FINANC.	38,48	28,89	32,78	32,45	25,05	11,88	28,83	23,42
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	7,88	-3,86	1,09	4,93	-7,56	-43,46	8,27	2,55
- INDICADORES DE DESPESAS E "MARK UP"								
1. DESPESAS COM VENDAS, ADMIN. E GERAIS	25,75	29,26	24,45	23,08	8,72	18,25	24,87	16,02
2. (1) + IMPOSTO SOBRE VENDAS	40,66	44,64	39,62	39,57	9,72	18,25	24,87	16,02
3. (2) + RESULTADO OPERACIONAL ("mark up" 1)	44,49	45,86	52,27	64,31	34,77	23,95	51,71	39,44
4. (2) + RES. OP. ANTES DAS DESP. FIN. ("mark up" 2)	71,12	65,53	72,32	72,02	34,77	29,24	51,71	39,44

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em mil cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional;
b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

TABELA 5
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE RENTABILIDADE E DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS EMPRESAS
LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

CONTINUA

EMPRESAS	BIOLAB IND. FARM. S.A.				LABORATÓRIO SINTOFARMA S.A.				SANDOZ S.A.			
PERÍODOS	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CORRENTES)												
1. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	4746,93	25231,89	311848,43	8220942,50	851,39	3891,88	49502,88	575217,58	10878,30	51428,22	786874,57	19845227,00
2. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	-13,43	-10,07	8,21	11,18	18,26	12,12	29,39	-8,24	-2,87	-8,88	5,81	18,48
3. TX. DE LUCRO OPER. ANTES DAS D/R FINANC.	15,75	9,23	15,61	19,20	18,26	12,12	57,98	84,87	24,94	21,96	49,70	57,42
4. ROTAÇÃO DO CAPITAL	0,70	0,70	0,78	0,82	2,20	2,53	2,65	4,82	1,28	1,51	1,71	1,84
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CONSTANTES ESTIMADOS)												
5. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	27,71	25,66	24,39	12817,53	4,97	4,29	3,80	883,98	63,46	55,79	52,59	38150,01
6. RECEITA BRUTA	44,08	40,13	48,90	66026,26	24,88	22,12	26,38	27319,25	183,64	175,86	243,58	317419,85
7. RESULTADO OPERACIONAL	-8,43	-5,75	5,77	9048,70	2,17	1,86	2,92	-466,70	-4,12	-10,34	8,25	35742,24
8. RESULTADO OPERACIONAL ANTES D/R FINANC.	9,89	5,27	9,79	15538,59	2,17	1,86	5,77	4794,41	35,86	25,56	70,57	111051,44
9. MARGEM DE LUCRO	-19,13	-14,33	11,80	13,70	8,75	4,79	11,08	-1,71	-2,26	-5,88	3,39	11,26
10. MARGEM DE LUCRO ANTES DE D/R FINANC.	22,43	13,14	20,00	23,53	8,75	4,79	21,88	17,55	19,53	14,53	28,98	34,98
11. ROTAÇÃO DO ATIVO OPERACIONAL MÉDIO	0,63	0,64	0,50	0,19	0,28	0,19	0,14	0,03	0,35	0,32	0,22	0,09
12. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	-12,83	-9,16	5,88	2,62	1,75	0,93	1,60	-0,06	-0,78	-1,86	0,73	1,07
13. TX. DE LUCRO ANTES D/R FINANC.	14,10	8,40	9,97	4,58	1,75	0,93	3,16	0,57	6,75	4,61	6,26	3,32

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional;
b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

TABELA 5 (continuação)
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE RENTABILIDADE E DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS EMPRESAS
LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

CONTINUA

EMPRESAS	ABBOTT	LABORATÓRIO	DE BRASIL	LTDA	PRODUTOS	ROCHE QUIM.	E FARMAC. SA		MERRELL	LEPETIT	FARMACEUT.	LTDA
PERÍODOS	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CORRENTES)												
1. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	*	*	582,86	8440,52	12607,50	37101,31	358542,89	6676341,90	5822,22	13706,98	*	*
2. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	*	*	-6,61	-15,93	-1,57	22,71	68,13	178,29	44,43	7,11	*	*
3. TX. DE LUCRO OPER. ANTES DAS D/R FINANC.	*	*	24,32	52,84	45,88	70,86	117,24	178,29	65,32	59,87	*	*
4. ROTAÇÃO DO CAPITAL	*	*	0,72	1,21	1,18	2,19	2,82	3,69	1,54	2,89	*	*
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CONSTANTES ESTIMADOS)												
5. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	*	*	0,05	12,97	73,60	54,16	31,83	10251,12	33,99	23,41	*	*
6. RECEITA BRUTA	*	*	0,88	180,17	196,91	183,88	202,83	242679,03	118,38	88,65	*	*
7. RESULTADO OPERACIONAL	*	*	-0,01	-13,24	-2,61	18,87	49,07	117179,44	34,22	2,28	*	*
8. RESULTADO OPERACIONAL ANTES D/R FINANC.	*	*	0,03	43,99	75,17	58,58	84,44	117179,44	50,31	18,33	*	*
9. MARGEM DE LUCRO	*	*	-0,13	-13,21	-1,33	18,38	24,19	48,41	28,81	2,46	*	*
10. MARGEM DE LUCRO ANTES DE D/R FINANC.	*	*	33,88	43,91	38,18	32,37	41,63	48,41	42,43	20,44	*	*
11. ROTAÇÃO DO ATIVO OPERACIONAL MÉDIO	*	*	0,58	0,13	0,37	0,29	0,16	0,04	0,29	0,26	*	*
12. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	*	*	-5,07	-1,71	-0,50	3,06	3,80	2,05	8,30	0,64	*	*
13. TX. DE LUCRO ANTES D/R FINANC.	*	*	18,68	5,68	14,27	6,54	6,53	2,05	12,29	5,34	*	*

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em mil cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional;
b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

TABELA 5 (continuação)
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE RENTABILIDADE E DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS EMPRESAS
LÍDERES SELECIONADAS
PERÍODO: 1990 A 1993

EMPRESAS	TOTAL DA AMOSTRA				FURP			
PERÍODOS	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CORRENTES)								
1. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	34898,35	131328,46	1427552,73	35126169,42	5375,28	13155,56	130022,18	4958431,88
2. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	4,60	2,18	23,02	46,78	21,80	7,33	28,62	28,68
3. TX. DE LUCRO OPER. ANTES DAS R/D FINANC.	37,47	35,95	59,49	61,28	21,80	14,12	28,62	28,88
4. ROTAÇÃO DO CAPITAL	1,23	1,72	1,82	1,89	0,87	1,28	0,99	1,22
- INDICADORES ECON.-FINANC. DE RENTABILIDADE (VALORES CONSTANTES ESTIMADOS)								
5. ATIVO OPERACIONAL MÉDIO (91, 92 E 93)	283,73	163,38	119,05	53915,58	31,38	21,84	11,40	7807,87
6. RECEITA BRUTA	587,83	511,65	521,67	652944,55	62,17	38,25	25,91	58785,78
7. RESULTADO OPERACIONAL	21,22	6,24	88,80	161498,46	15,57	2,18	6,95	14800,78
8. RESULTADO OPERACIONAL ANTES D/R FINANC.	172,95	108,88	170,58	211888,74	15,57	4,21	6,95	14800,78
9. MARGEM DE LUCRO	3,74	1,22	12,65	24,73	25,05	5,71	26,83	23,42
10. MARGEM DE LUCRO ANTES DE D/R FINANC.	38,46	20,89	32,78	32,45	25,05	11,00	26,83	23,42
11. ROTAÇÃO DO ATIVO OPERACIONAL MÉDIO	0,36	0,32	0,23	0,08	0,58	0,57	0,44	0,13
12. TAXA DE LUCRO OPERACIONAL	1,34	0,39	2,89	2,04	12,64	3,26	11,81	2,98
13. TX. DE LUCRO ANTES D/R FINANC.	10,93	6,67	7,46	2,68	12,64	6,28	11,81	2,98

Obs.: 1. (*) Valores não disponíveis

2. Os Valores de 1990, 1991 e 1992 estão em milhões de cruzeiros; os valores de 1993 estão em mil cruzeiros reais.

3. Ajustes efetuados: a) as despesas financeiras líquidas quando negativas (Receitas Financ. maiores do que Despesas Financ.) foram subtraídas do Resultado Operacional;
b) os valores do Ativo foram corrigidos pelo US\$ Comercial do dia 31/12 e os valores do Res. Operacional e da Receita pelo US\$ Comercial Médio do ano corrente.

4. Valores do US\$: 1990 (31/12 = 171,30 e média = 75,60), 1991 (31/12 = 1068,8 e média = 441,8), 1992 (31/12 = 12387,50 e média = 4978,11) e 1993 (31/12 = 326,10 e média = 101,58).

FONTE: DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS (BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS) DAS EMPRESAS SELECIONADAS

III.4. A FURP e a Política de Assistência Farmacêutica em São Paulo

A exposição realizada na seção II.4. deste trabalho demonstrou que não existe política de assistência farmacêutica no país. O que existe é um grande esforço do Ministério da Saúde para o atendimento de seus programas nacionais e uma desarticulada, equivocada, desorganizada e descontínua tentativa de uma cobertura de assistência farmacêutica, via CEME, amparada na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), absolutamente ineficiente e ineficaz.

No caso de São Paulo, para se entender o que ocorre com a assistência farmacêutica no Estado, é preciso recorrer não só às ações da CEME, da FURP e dos Governos de São Paulo como, e principalmente, da transição da política de saúde do país, a partir dos anos 70. Tal política, que vinha de uma postura preventivista e higienista por parte do setor público, adquire, nos anos 70, uma acentuada expansão assistencial assentada no setor privado, mas financiada pelo setor público. A partir dos anos 80, essa tendência assistencial privatista é revertida, o que exige a revisão da tradicional postura do setor público em relação às ações de saúde. São esses movimentos, portanto, que auxiliam na compreensão dos encaminhamentos dados à assistência farmacêutica.

De acordo com BARROS SILVA (1983), o que prevalece nos anos 70 é o fortalecimento de um perfil de intervenção do Estado no setor saúde que o autor denomina como médico-assistencial privatista, de acordo com o qual “o complexo médico-empresarial passa a ser o real executor da política de saúde, em detrimento de uma série de outras organizações públicas, em outras esferas de governo e na própria esfera federal. Essas organizações vão, paulatinamente, obtendo cada vez menos recursos financeiros para sua ação, decorrentes, de um lado, da diretriz de auto-sustentação financeira, e de outro, das conexões burocráticas entre os programas de assistência médica previdenciária e os “empresários” médicos, não conseguindo ampliar conseqüentemente, seus programas de atuação, que se deterioram de forma geral” (BARROS SILVA, 1983:6).

Segundo análise de WOHLAND (1983:25-59), entre o período 1975-1980, mais de 60% dos gastos no setor saúde em São Paulo é realizado pelo INAMPS. Este, por seu turno, que em 1975 destinava 58,6% dos seus gastos para assistência hospitalar e 29,6% para assistência ambulatorial, em 1980 destina 48,9% e 44,8%, respectivamente, o que, considerando que os gastos reais aumentaram no período, significaram uma expansão acentuada da assistência da assistência ambulatorial sem prejuízo do atendimento hospitalar, como afirma WOHLAND (1983:41): “Essa rede de assistência ambulatorial privada surge a partir do próprio hospital, como decorrência da criação de uma base técnica articulada com a rede de serviços complementares, existentes fora e dentro do hospital, e com o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica (...). O crescimento do gasto da assistência ambulatorial não significa, pois, uma alteração da política de prestação de serviços de saúde, mas uma nova modalidade de serviços prestados pela iniciativa privada, utilizando a capacidade instalada de seus hospitais. Com isso, o atendimento hospitalar deixa de crescer em ritmo acelerado, cedendo lugar ao atendimento ambulatorial”.

No interior desse modelo de intervenção estatal, pouco espaço cabia à assistência farmacêutica. Os medicamentos entravam no cômputo dos gastos com internações hospitalares mas não integravam a assistência ambulatorial realizada pelo setor privado. No âmbito público prevaleciam, fundamentalmente, os medicamentos e vacinas, fornecidos pela CEME, ao Programa Nacional de Imunizações (prevenção da tuberculose, sarampo, poliomielite, coqueluche, tétano, difteria e varíola); aos Programas Nacionais de Controle da tuberculose, hanseníase, esquistossomose, doença de Chagas e outras endemias rurais, doenças mentais e câncer; ao Programa Nacional de Profilaxia e Controle da Raiva; ao Programa de Controle das Calamidades Públicas e de Emergências Epidemiológicas.

Como se vê, a assistência farmacêutica se circunscrevia às ações nas áreas preventiva e de higiene, espaço de atuação a que era confinado o setor público. Este, por sua vez, contribuía para reforçar a vertente médico-assistencial

privatista ao aceitar tais limites de atuação, mantendo, seja pela falta de recursos financeiros, seja pela herança da tradição sanitaria, uma histórica dicotomia nas ações de saúde: de um lado, as ações coletivas e preventivas, sob responsabilidade do setor público; e, de outro, as ações individuais e curativas atribuídas às empresas privadas.

Segundo BARROS SILVA (1983: 8-9) os questionamentos a tal modelo começam a se manifestar já a partir de 1974, esboçando o seu esgotamento progressivo até o final da década de 70. Alguns fatores teriam contribuído para isso: 1º) a crise econômica e a abertura política representaram a emergência de novos atores políticos que passam a questionar a predominância dos interesses empresariais na saúde “vis-à-vis” os resultados obtidos, 2º) as dificuldades financeiras impostas ao setor público pela crise econômica resultam em “diretrizes de política econômica que, simultaneamente, vão agravando as condições de vida da população de mais baixa renda e obstaculizando a expansão ou mesmo a continuidade do gasto estatal no campo social (...)”, o que abre espaço para propostas alternativas e utilização da capacidade ociosa do setor público.

São Paulo se antecipa a esse processo e, na segunda metade da década de 70, em especial durante a gestão do Dr. Adib Jatene na Secretaria da Saúde (1978-1982), já se identificam os principais problemas do sistema de saúde e do modelo assistencial prevalecente, com particular atenção para a Região Metropolitana de São Paulo, onde vivem cerca de 50% dos paulistas. Baseadas na Lei nº 6299, de 1975, que trata da organização do sistema nacional de Saúde, e que propõe a colaboração dos Estados e municípios nas ações de saúde, São Paulo sugere que se organize uma rede de serviços estruturada em níveis de complexidade crescente, articulados de modo funcional, com uma porta regular de entrada composta de uma rede básica de atenção primária à saúde comandada pelo setor público. Tal modelo virá a se constituir no núcleo do anteprojeto do PREVSAÚDE, elaborado em 1979 e proposto pelo Governo Federal em 1980.

O PREVSAÚDE não foi aprovado em função das fortes pressões exercidas tanto pelo setor médico empresarial como de certas áreas oficiais (VIANA et alii, 1986: 197). De qualquer forma, boa parte de suas proposições foram reeditadas, com outra retórica, com a aprovação, em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (criado pelo Decreto nº 86329, de setembro de 1981), em meio à recessão econômica que tornava imperativa a “adoção de medidas de controle e racionalização que ajustassem o sistema de saúde em geral e o subsistema previdenciário (assistência médica) em particular à etapa recessiva que sucedeu a notável expansão nos anos 70” (VIANA et alii;1986:196). Constituíam seus pontos principais:

- . prioridade à atenção primária e aos cuidados ambulatoriais;
- . integração das diferentes agências de saúde em um sistema único;
- . eliminação da capacidade ociosa do setor público;
- . fixação de limites orçamentários para a atenção médica;
- . estabelecimentos de critérios mais racionais nos programas do INAMPS;
- . simplificação dos mecanismos de pagamento aos serviços prestados por outras agências públicas e privadas em decorrência de convênios ou contratos com a Previdência Social;
- . racionalização na prestação de serviços altamente especializados e do tratamento médico no exterior;
- . reconhecimento da participação complementar do setor privado na prestação de serviços médicos.

O Plano CONASP, as pressões populares, a crise econômica de início da década de 80, o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, os estudos existentes em São Paulo com propostas alternativas e a disposição

para mudanças do Governo Franco Montoro, eleito em 1982 através das primeiras eleições diretas após a instauração do regime militar, propiciaram que, a partir de 1983, através de ações concretas, se iniciassem as transformações efetivas no setor de saúde estadual, pavimentando o caminho das modificações definitivas que se consubstanciarão, cinco anos após, no Sistema Único de Saúde (SUS) inscrito na Constituição Brasileira de 1988.

O primeiro passo em direção a essas modificações foi dado em 1983 através da assinatura do convênio nº 07/83 do Governo do Estado de São Paulo com o INAMPS para viabilizar a estratégia denominada Ações Integradas de Saúde (AIS), gerada pela Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN em consonância com o Plano do CONASP. Através desse convênio, a população previdenciária adquiria o direito de ser atendida também nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais da rede de serviços públicos estaduais e municipais. O INAMPS, enfim, começava a repassar recursos para os Estados e municípios pelas ações de saúde que estes desenvolviam. O Estado pôde, por sua vez, com esse acréscimo de recursos, iniciar a recuperação e ampliação de sua rede, bem como repassar recursos aos municípios paulistas para melhoria e expansão da rede municipal. Houve não só expansão quantitativa da rede como uma paulatina mudança em seu perfil de atuação, incorporando a assistência médica às ações predominantes de vigilância epidemiológica e sanitária. Iniciava-se o desmonte da dicotomia entre ações preventivas e curativas em direção ao atendimento integral.

Obviamente que tais mudanças, cujas dificuldades, além de materiais e de recursos humanos, eram sobretudo de ordem cultural, foram sendo incorporadas de maneira muito lenta pelo setor público, em particular o estadual. Exigiu também alterações estruturais na organização da Secretaria da Saúde. Através do instrumento AIS, o Governo do Estado passa a celebrar convênios com os municípios e inicia um processo de municipalização das ações de saúde, que culminam com a adoção de um modelo assistencial com as características necessárias de universalização, descentralização, hierarquização, integração e regionalização. Tal modelo não é mais compatível com a estrutura

compartimentada de Coordenadorias da Secretaria (Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental e Serviços Técnicos Especializados) e é substituído, após um período de transição, pelos Escritórios Regionais de Saúde - ERSAS (através do Decreto nº 25.519 de 17/06/86 criam-se os ERSAS e pelo Decreto nº 26.774 de 18/02/87, extinguem-se as Coordenadorias).

Sobre a criação nos ERSAS no último ano do Governo Montoro, assim se manifesta o Dr. Mercadante, Secretário Adjunto de Saúde do Estado na gestão do Dr. João Yunes: "É preciso quebrar a lógica existente hoje no setor público estadual entre ações curativas e preventivas. Por essa lógica, o Centro de Saúde só existe para orientar, para vacinar e, enquanto isso, a população está pressionando e exigindo que suas necessidades sejam atendidas. Ela quer que uma criança com bronquite seja atendida perto de sua casa; que o adulto que enfiou um prego no pé tenha o prego retirado e, ao mesmo tempo, lhe seja ministrada a vacina antitetânica. Acho fundamental que nossa rede se abra para atender a essa demanda. Precisamos aumentar a capacidade de resolver problemas e de garantir à população um atendimento nos mais diversos níveis de complexidade. É a busca desse objetivo que nos leva ao ERSA" (SÃO PAULO, GOVERNO DO ESTADO, 1987: 37).

No mesmo sentido se manifesta o Governador Franco Montoro referindo-se às mudanças no setor saúde em seu governo na Quarta Mensagem Anual à Assembléia Legislativa: "Tradicionalmente, os Centros de Saúde tinham suas atividades voltadas para as ações de cunho eminentemente preventista ou higienista, isto é, vigilância sanitária epidemiológica, programas de imunizações, saúde materna, suplementação alimentar, doenças transmissíveis, além de outros. Na visão dos usuários, o Centro de Saúde constituía local onde se obtinham vacinas, leite em pó e atestados de saúde (até mesmo com sentido demeritório). Em verdade, apenas marginalmente se ofereciam serviços caracterizados como de assistência médica propriamente dita, isto é, que permitissem pronto atendimento a uma situação de agravo à saúde como, por exemplo, um estado infeccioso agudo, a necessidade de uma pequena sutura,

uma crise de asma e, enfim, um sem-número de situações que requerem atendimento simplificado, porém rápido e eficaz" (SÃO PAULO, GOVERNO DO ESTADO, 1987:44).

E complementa o Governador: "É auspicioso notar que hoje os Centros de Saúde estão equipados com caixas para pequenas cirurgias, eletrocautérios, otoscópios, oftalmoscópios, eletrocardiógrafos e diversos outros instrumentos que dão apoio necessário ao médico e lhe permitem ação adequada e eficaz. Com essas modificações, a imagem de nossas unidades junto à população vem sofrendo uma mudança paulatina. Elas já não são vistas somente como o local das vacinas, leite em pó e atestados. Gradualmente, passou a pertencer à comunidade como um polo de convergência aos que necessitam de cuidados gerais com a saúde" (SÃO PAULO, GOVERNO DO ESTADO, 1987:44).

Conforme já dissemos, esse modelo, gestado através da AIS, evolui institucionalmente e é consagrado com a criação do SUS e sua inscrição na Constituição Brasileira, bem como pela aprovação da Lei nº 8080, de 19/09/90, a denominada Lei Orgânica da Saúde. Embora a instituição do SUS represente uma certa descentralização de recursos - até hoje não completada - no caso da política de assistência farmacêutica mantém-se a centralização através da CEME. É claro que disso resultam dois movimentos em relação à assistência farmacêutica: de um lado, Estados e municípios dispõem de recursos descentralizados que podem utilizar para efetuar alguma política de assistência farmacêutica; de outro, dependem da atuação da CEME nessa área - alguns mais, outros menos. De qualquer forma, como já vimos, a política errática da CEME não constituía qualquer garantia de assistência farmacêutica, restando aos Estados e municípios uma grande responsabilidade na sua implementação.

Essa mudança no modelo assistencial propiciada inicialmente pela AIS e posteriormente consubstanciada no SUS, impôs uma mudança em relação à assistência farmacêutica vigente até então, em que o setor público se concentrava somente nas ações preventivas. Ao privilegiar a atenção primária

integral à saúde realizada por uma rede básica de serviços públicos de saúde, iria criar, ao longo do tempo, uma inevitável pressão por algum tipo de assistência farmacêutica . Esta, com certeza, teria uma composição de medicamentos diferenciada em relação ao estágio anterior, suprido pela CEME.

Como os recursos da assistência farmacêutica continuavam centralizados, imaginava-se que a CEME pudesse suprir, minimamente, essas novas necessidades. Num primeiro momento, Estados e municípios, sem os recursos necessários, ficaram imobilizados aguardando os rumos que seriam dados à questão. A CEME, dada a instabilidade de recursos, optava por suprir os programas nacionais do Ministério da Saúde e somente complementarmente, quando possível, estabelecia alguma programação de produção junto aos laboratórios oficiais e aquisição junto ao setor privado dos demais medicamentos. A consequente falta de regularidade no suprimento de medicamentos pela CEME levou, ao longo do tempo, a que Estados e municípios estabelecessem suas próprias políticas de assistência farmacêutica, sempre que possível.

Não foi diferente o caso de São Paulo. O Governo de São Paulo, até 1994, permaneceu sem definir e implantar qualquer política de assistência farmacêutica e viveu subjugado às circunstâncias de fornecimento da CEME naqueles medicamentos sujeitos à programação daquele órgão. Ao mesmo tempo, não conseguiu formular qualquer política que utilizasse o potencial produtivo da FURP e acabou utilizando a empresa como entreposto comercial na aquisição de medicamentos de laboratórios privados, bem como seu armazenamento e distribuição às unidades de saúde. Em alguns momentos, chegou a utilizar a FURP para praticar distributivismo de medicamentos aos municípios, sem qualquer vínculo com uma política de assistência farmacêutica. Os municípios, por seu turno, fazem a assistência farmacêutica que lhes é mais conveniente, sem assessoramento de qualquer tipo, e tentam buscar na FURP um parceiro adequado às suas políticas. A FURP, entretanto, também com suas políticas erráticas, não consegue dar o suporte exigido pelos municípios,

particularmente no que se refere à regularidade no fornecimento dos principais medicamentos demandados pela rede básica dos municípios.

Os dados da Tabela XV (Seção III.2) esclarecem alguns aspectos relativos a essa questão. Observe-se, em primeiro lugar, que a Secretaria de Estado da Saúde sempre teve pouco peso nas vendas de produtos FURP, o que está a indicar que jamais estabeleceu uma parceria com aquela empresa - embora a ela subordinada funcionalmente - no sentido de elaborar e implementar uma política de assistência farmacêutica. Nos poucos anos em que adquiriu mais da FURP - de 1987 a 1990 - praticou uma política de distribuição de medicamentos aos municípios sem qualquer critério ou vínculo a uma política de assistência farmacêutica. Por outro lado, os dados também mostram que, desde a instituição das AIS, os municípios vêm aumentando crescentemente a demanda dos produtos FURP. Tal fenômeno indica que os municípios, sempre que possível, vêm desenvolvendo políticas autônomas de assistência farmacêutica, independente das ações da CEME e do governo estadual.

No entanto, o novo Governo de São Paulo que iniciou sua gestão em 1995, encontrou, através da FURP, um espaço para estabelecer e implantar uma política de assistência farmacêutica que poderá alterar os rumos dessa questão no Estado, bem como da inserção da FURP nessa política. A Secretaria de Estado da Saúde procurou, através do confronto entre a pauta produtiva da FURP e a memória histórica da demanda de medicamentos dos municípios paulistas, estabelecer uma linha básica de medicamentos que poderá ser fornecida com regularidade pela FURP, através do Governo do Estado, e que deverá atender às necessidades de tratamento da maioria das patologias detectadas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios do estado de São Paulo.

Numa primeira etapa, o Governo do Estado fornecerá 38 itens de medicamentos cuja previsão mensal, quantidade/habitante e custos envolvidos, são apresentadas no Quadro IX. Nesse Quadro estão evidenciados o custo mensal do Programa para todo o interior do Estado de São Paulo: são R\$ 3,9

milhões mensais, para uma população estimada em 17,1 milhões de habitantes. Como na primeira etapa do Programa pretende-se atingir somente os municípios com menos de 30 mil habitantes, o custo do programa será de R\$ 978 mil mensais para cobertura de uma população em torno de 4,3 milhões de habitantes, ou 25% de todo o interior do Estado. O custo anual do Programa, neste caso, será de R\$ 11,7 milhões.

É importante observar que a necessidade desses medicamentos para todo o interior do Estado é de 43,3 milhões de unidades mensais, o que equivale a 519,6 milhões de unidades anuais. Considerando-se que a capacidade nominal de produção da FURP é de 1,2 bilhão de unidades, seu fornecimento representaria a utilização de 42% da capacidade produtiva da empresa. Se incorporássemos os municípios da Região Metropolitana de São Paulo, incluída a Capital, o grau de utilização subiria a mais de 80%, o que indica que, a grosso modo, se houvesse necessidade de ampliação dessa proposta para todo o Estado de São Paulo, a FURP estaria em condições de atendê-la sem criar outros turnos de trabalho.

Verifica-se, portanto, que uma empresa do porte da FURP, está em condições de atender a maior parte da demanda dos medicamentos básicos exigidos pelas patologias prevalentes na população que busca atendimento nas unidades básicas de saúde do Estado de São Paulo. Estão excluídos dessa lista boa parte dos medicamentos dos programas nacionais fornecidos pelo Ministério da Saúde, incluídos o próprio Programa de Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, Tuberculose, Renais Crônicas, Hipertensão Arterial, Hemoderivadas, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Doenças Endêmicas (Endemias Focais, Leishmaniose, Esquistossomose), Dermatologia Sanitária (Hanseníase), Crônico-Degenerativas (Diabetes), Controle da Meningite, Cólera, AIDS, além das vacinas e soros.

Considerando-se que a capacidade nominal de produção do conjunto dos laboratórios oficiais é da ordem de 5,6 bilhões de unidades/ano (vide seção

II.4), e que a generalização dessa proposta de São Paulo para todo o país exigiria a produção de 4,6 milhões de unidades/ano, com 82% de utilização da capacidade instalada dos laboratórios oficiais seria possível atender as necessidades básicas de medicamentos de todo o país. O curioso é que tais resultados são muito próximos dos obtidos quando fizemos o mesmo exercício aritmético a partir da Farmácia Básica da CEME de 1987 (vide seção II.4), o que está a sugerir que os números envolvidos na assistência farmacêutica ao nível de atenção primária à saúde são muito próximos dos que estamos trabalhando, tornando válidas as nossas constatações e conclusões.

Por outro lado, mesmo que incorporássemos as demais necessidades dos Programas Nacionais do Ministério da Saúde, seria possível, através do aumento dos turnos de trabalho e/ou de uma ação programada de investimentos em ampliação/modernização dos laboratórios oficiais, em curto espaço de tempo (pois, na maioria das vezes, o investimento em um equipamento pode duplicar ou triplicar a produção) atender essa necessidade complementar via laboratórios oficiais. Conforme já vimos (seção II.4), os recursos que a CEME tem reservado para tais finalidades são bastante significativos. O que tem faltado é o planejamento de tais investimentos e sua amarração a resultados para a assistência farmacêutica. Ademais, devem-se levar em conta as possibilidades de investimento com recursos próprios desses laboratórios, caso a CEME adote uma política de compras adequada.

Portanto, tais resultados e considerações exprimem a possibilidade concreta de: 1º) termos uma política de assistência farmacêutica que contemple as necessidades básicas de medicamentos da maioria da população brasileira; 2º) tal política pode ter como suporte a capacidade de produção do conjunto dos laboratórios estatais existentes; 3º) o custo dessa política seria bastante baixo dados os custos e preços praticados por esses laboratórios; 4º) com o aumento da eficácia ou capacidade resolutiva que o fornecimento de medicamentos agrega ao ato médico, teríamos uma redução dos gastos nos outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

É claro que existe uma distância muito grande entre a disponibilidade de meios e recursos, as possibilidades de realização e a ação concreta no sentido de transformá-los em realidade. No caso em exame, a eficácia das ações somente seria alcançada caso uma série de outras garantias fossem obtidas: 1º) houvesse uma rede básica de serviços de saúde distribuída equilibradamente pelo país e operando sob condições de universalização, integração, hierarquização e descentralização, conforme preconiza o SUS na política de saúde do país; 2º) as ações e os recursos da CEME obedecessem a alguma regularidade; 3º) fossem estabelecidos contratos de gestão com os laboratórios oficiais existentes ou novos a serem criados, que garantissem não só metas de produção, ampliação da capacidade e modernização, como também assegurassem gestões profissionais mais imunes à injunções políticas que descaracterizam as ações desses laboratórios.

Em suma, as condições materiais para a implementação de uma política de assistência farmacêutica no país estão dadas ou exigindo algumas pequenas correções. A sua ampliação e/ou sustentação ao longo do tempo, no entanto, exigem ações também na área da política de medicamentos. E tanto uma quanto a outra, da mesma forma que no passado, continuam dependendo, ainda, de decisões de natureza política.

QUADRO IX

Custo Mensal do Projeto de Medicamentos Básicos para o Interior do Estado de São Paulo

Nome do Medicamento	Unidade	Previsão Mensal (qtde)	Preço Unitário (R\$)	Preço Total (R\$)	R\$ / 1000	Qtde/ mil hab.
Acido Acetilsalicílico 100mg	comprim.	3734502	0,01	22.407,01	1,31	218,3
Acido Acetilsalicílico 500mg	comprim.	2761502	0,02	41.422,53	2,42	161,4
Aminofilia 100mg	comprim.	1592663	0,02	25.482,61	1,49	93,1
Ampicilina 250 mg/5ml susp oral	frasco	203351	1,34	271.473,59	15,87	11,9
Ampicilina 500mg	drágea	1581166	0,15	234.012,57	13,68	92,4
Benzil Pen Proc+Benzil Pen pot 400000UI	frampola	188865	0,85	160.535,25	9,38	11,0
Benzil Penic Benz 1200000UI inj	frampola	221268	1,08	238.748,17	13,95	12,9
Cefalexina 250mg/5ml susp oral	frasco	134519	1,23	165.996,45	9,70	7,9
Cefalexina 500mg	cápsula	1114669	0,27	305.419,31	17,85	65,1
Cimetidina 200mg	comprim.	2077165	0,04	72.700,78	4,25	121,4
Dexametasona 0,1% creme 10g	bisnaga	191481	0,42	80.422,02	4,70	11,2
Diazepan 10mg	comprim.	2383668	0,01	19.069,34	1,11	139,3
Digoxina 0,25mg	comprim.	20298332	0,01	26.387,82	1,54	118,6
Dipirona Sódica gotas 500mg/ml	frasco	540000	0,23	124.200,00	7,26	31,6
Eritromicina 2,5% susp oral	frasco	97150	1,31	127.363,65	7,44	5,7
Eritromicina, Estearato caps. 250mg	capsula	500000	0,11	52.500,00	3,07	29,2
Fenitoina 100mg	comprim.	1272334	0,02	25.446,68	1,49	74,4
Fenobarbital 100mg	comprim.	1809002	0,01	19.899,02	1,16	105,7
Furosemida 40mg	comprim.	1339004	0,01	18.746,06	1,10	78,3
Hidrocortizida 50mg	comprim.	3922833	0,01	31.382,66	1,83	229,3
Hidróxido de Alumínio 6,195% -150ml	frasco	146369	0,68	99.677,29	5,83	8,6
Mebendazol 100mg	comprim.	628901	0,02	13.206,92	0,77	36,8
Mebendazol 100mg/5ml susp. oral	frasco	169585	0,27	44.940,03	2,63	9,9
Metildopa 500mg	comprim.	5058832	0,13	677.883,49	39,62	295,7
Metoclopramida, Cloridrato 10mg	comprim.	430001	0,02	6.450,02	0,38	25,1
Metronidazol 250mg	comprim.	555666	0,23	125.024,85	7,31	32,5
Metronidazol 4% Pediátrico liq. oral	frasco	69484	0,61	42.663,18	2,49	4,1
Metronidazol geléia vaginal	bisnaga	58352	1,26	73.523,52	4,30	3,4
Neomicina+Bacitracina pomada 10g	bisnaga	267200	0,40	107.147,20	6,26	15,6
Nifedipina 20mg liberação lenta	comprim.	1600000	0,02	25.600,00	1,50	93,5
Polivitaminico gota oral	frasco	345283	0,61	209.241,50	12,23	20,2
Propanolol 40mg	comprim.	2430999	0,01	19.447,99	1,14	142,1
Sais p/ Reidratação oral pó	envelope	256435	0,25	64.878,06	3,79	15,0
Salbutamol 2mg/5ml xarope	frasco	105849	0,54	57.052,61	3,33	6,2
Sulfametox 4%=Trimetop 0,8% susp. oral	frasco	187949	0,63	119.159,67	6,96	11,0
Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80	comprim.	1517833	0,03	50.088,49	2,93	88,7
Sulfato Ferroso 25mg/ml sol. oral	frasco	170686	0,31	52.400,60	3,06	10,0
Vitaminas + sais minerais	capsula	1599000	0,04	62.361,00	3,64	93,5
Custo Total Mensal para Todo o Interior do Estado				3.914.361,90		
Custo Total Mensal para Municípios com menos de 30 mil hab.				978.590,48		
Custo Mensal / 1000 hab.				R\$ 228,77		

Fonte: "Projeto de Auxílio de Medicamentos Básicos a Pequenos Municípios" - Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Saúde do Interior, São Paulo, 1995.

CAP. IV - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, PREÇOS DOS MEDICAMENTOS E REGULAÇÃO ESTATAL

No Capítulo anterior, seção III.3, pudemos apresentar a metodologia para a determinação dos preços de referência dos medicamentos produzidos pela FURP e alguns resultados encontrados. Tais preços significam, na prática, os valores em torno dos quais deveriam girar os preços praticados pelo setor privado, caso este setor contemplasse em seu *mark up* somente um excedente sobre os custos de produção suficiente para cobrir as demais despesas fixas e variáveis, além de uma margem de lucro que propiciasse um adequado²⁰ retorno ao seu capital. Ou seja, o *mark up* não condensaria as possíveis estratégias competitivas das empresas do setor.

No presente Capítulo pretendemos expor, ainda como fruto da pesquisa já mencionada²¹, em que medida a generalização daquela metodologia para a determinação dos preços de referência da lista de produtos constantes da RENAME e dos Duzentos Medicamentos Mais Vendidos no país, permite uma reflexão sobre as possibilidades de sua utilização em torno de uma política de assistência farmacêutica²² e sobre as necessidades de regulação estatal do setor farmacêutico.

IV.1. Aspectos Relativos ao Método para a Determinação dos Preços de Referência

A metodologia adotada partiu da premissa de que é possível simular a estrutura de produção, circulação e venda final dos produtos do setor farmacêutico através da formulação de hipóteses sobre o comportamento dos diversos componentes de seu preço final, calcada em parâmetros como os custos

²⁰ Vide seção III.3. Consideramos adequada a taxa média de retorno do ativo de longo prazo da FURP, situada em torno de 10%, o que significa um retorno do ativo em aproximadamente 7,5 anos.

²¹ “Estudo sobre Preços de Referência”, op.cit.

²² Na verdade, os preços de referência servem a diversos propósitos de política, inclusive a política de medicamentos, como veremos.

efetivos dos processos produtivos, os preços de mercado, as margens de lucro e comercialização praticadas e os tributos devidos.

A principal base de dados foi constituída por informações sobre o processo produtivo da FURP, utilizados basicamente para fornecer a estruturas de custo dos medicamentos no que concerne a preços dos excipientes, embalagens, mão de obra, despesas administrativas e depreciação dos equipamentos e instalação.

Conforme já visto anteriormente, a FURP foi considerada como um caso típico dentre os laboratórios brasileiros pois os seus níveis de atualização tecnológica estariam na média dos laboratórios instalados no país. O fato de existirem plantas e/ou processos de produção específicos mais modernos que os da FURP - e são poucos os casos - não invalidam a sua utilização enquanto fonte dos dados paramétricos. Além disso, em se tratando de preços de referência e não preços fixos, a utilização da produtividade média é bastante plausível.

A definição das estruturas de custos dos medicamentos tomou como elementos básicos as formas físicas e de apresentação presentes no conjunto de produtos constantes da lista RENAME e Duzentos Mais Vendidos, partindo-se do princípio de que é possível agrupar os medicamentos em conjuntos de formas cujas características de insumos, embalagens, mão de obra e equipamentos utilizados na produção são homogêneos.

A primeira tarefa consistiu em realizar um agrupamento das formas físicas e de apresentação de modo a tornar possíveis os procedimentos de parametrização para os custos dos elementos da estrutura de custos, na medida em que cada agrupamento estaria relacionado a um determinado processo de produção. A seguir, foi realizada uma adequação das formas físicas e de apresentação existentes no mercado com as constantes da FURP. Assim, de um total de 40 formas agrupadas, os dados extraídos da FURP permitiram estabelecer simulações para 23. Isso possibilitou que se estabelecessem preços de referência para 461 formas físicas e de apresentação de um universo de 704

presentes na lista de Duzentos Mais Vendidos e para 265 de um total de 391 da lista da RENAME. Essa lista de preços de referência poderia ser ampliada caso fossem superados alguns obstáculos encontrados durante a realização da pesquisa.

Os itens da estrutura de custo de processamento dos produtos puderam ser sintetizados nos seguintes elementos: a) preço do fármaco; b) custo dos excipientes; c) custo dos revestimentos (apenas para a forma agrupada comprimido revestido); d) custo da embalagem; e) custo do processo produtivo (mão de obra, custos diretos de produção exceto insumos e depreciação do equipamento). Tais itens apresentaram expressiva constância, em valor, para as formas físicas de medicamentos agrupadas, ou seja, tomando os comprimidos como exemplo, os custos de excipientes são muito próximos se compararmos distintos medicamentos.

Para construção dos preços de referência foi estruturada uma planilha de simulação da estrutura de custos para cada medicamento analisado. O objetivo dessa planilha é não só mostrar a composição do preço final de cada produto, facilitando o entendimento da estruturação dos preços de referência, como identificar o preço dos medicamentos em cada fase da cadeia produtiva. Para tanto, foram identificadas quatro fases na simulação da estrutura de custos: custo de processamento, preço de fábrica, preço do comércio atacadista e preço do comércio varejista (vide Quadro X). Essa forma de apresentação permite que os diversos agentes potenciais compradores de medicamentos identifiquem os preços com que deveriam se defrontar. Por exemplo, para a CEME, as Secretarias Estaduais de Saúde e o INAMPS os preços relevantes seriam os de fábrica, ao passo que para os hospitais ou unidades de saúde poderiam ser os de atacado e para as pessoas físicas os de varejo. Ou seja, a planilha permite identificar os preços dos medicamentos para os diferentes segmentos de consumidores.

QUADRO X

Estrutura da Planilha de Custos e Preços de Referência

1. Preço do Fármaco
2. Excipiente
3. Revestimento
4. Embalagem
5. Mão de Obra
6. Custos de Processamento (1+2+3+4+5)
7. Despesas Administrativas
8. Margem de Lucro
9. Tributo sobre Valor Adicionado
10. Tributo sobre Faturamento
11. Preço de Fábrica (6+7+8+9+10)
12. Margem do Comércio Atacadista
13. Tributo sobre Valor Adicionado
14. Tributo sobre Faturamento
15. Preço do Atacadista (11+12+13+14)
16. Margem do Comércio Varejista
17. Preço de Varejo (15+16)

Desta forma, a simulação da estrutura de custos permite, entre outros: a) realizar uma análise desagregada dos preços dos medicamentos, podendo ser utilizada para identificar os valores que condicionam o nível de preços dos medicamentos e propiciar políticas específicas para medicamentos populares e/ou de uso contínuo; b) simular os efeitos de mudanças nas alíquotas dos impostos diretos ou indiretos internos, nas tarifas de importação, nos custos de internalização, margens de comércio, etc.; c) analisar a presença das despesas com propaganda e publicidade, etc.

Com exceção do preço do fármaco, cuja referência é o preço efetivo praticado pelo mercado, os valores dos demais itens que compõem os custos de processamento foram obtidos, na maioria dos casos, diretamente das planilhas da FURP. É importante destacar que o item mão de obra é o que apresenta diferenças mais significativas entre as diferentes formas físicas. Este fato é explicado, ao lado de diversas outras características técnicas dos processos de produção, pelo grau de esterilização requerido na produção de certos medicamentos, especialmente dos injetáveis. No caso dos fármacos, à exceção

dos casos em que sua produção está sob condições de monopólio e, portanto, não foi possível fazer o levantamento de preços, a pesquisa de preços baseou-se em três tipos de informação: a) importações realizadas pelo país em 1992; b) consulta às publicações especializadas internacionais; c) consulta direta a fornecedores nacionais e internacionais.

Obtidos os custos de processamento, para serem fixados os preços de fábrica foram utilizados percentuais sobre os preços de venda ou custos encontrados nas planilhas da FURP para os seguintes elementos: despesas administrativas, margem de lucro (margem propriamente dita e tributação sobre o lucro: imposto de renda, adicional do imposto de renda e contribuição social), tributo sobre o valor adicionado (ICMS) e tributação sobre o faturamento (PIS e COFINS). Para serem obtidos os preços do comércio atacadista foi adotada a margem de lucro usual nesse ramo, obtida através de entrevistas e bibliografia especializada, e acrescentada a tributação sobre o valor adicionado e faturamento utilizando os mesmos fatores de incidência identificados para o cálculo do preço de fábrica. Finalmente, o preço do comércio varejista foi determinado utilizando a norma legal que fixa a margem de 30% sobre o preço final dos medicamentos.

Uma pequena ilustração sobre os preços de referência-fábrica assim obtidos e os preços-fábrica de mercado são apresentados na Tabela XX. Como já pudemos constatar no caso dos medicamentos que compõem a pauta produtiva da FURP (Cap. III, seção III.3), aqui também ocorrem discrepâncias significativas entre os preços de referência obtidos e os preços praticados pelas empresas líderes do produto no mercado. Tal fenômeno abre a perspectiva não só de se discutir a necessidade de regulação estatal no setor, combinada ou não com os eventuais rumos de uma política de assistência farmacêutica e de medicamentos.

TABELA XX

Comparação de Preços de Referência e Preços de Mercado (*)

PRODUTO	APRESENTAÇÃO	PREÇOS DE REFERÊNCIA	PREÇOS DE MERCADO
Cataflan	20 drágeas 50mg	1,76	4,90
Cataflan	solução injetável 75mg; 50 ampolas 3ml	22,54	25,72
Cataflan	emugel 1%; 60g	3,02	4,14
Voltaren Geigy	20 comprimidos 50mg	1,29	4,93
Voltaren Geigy	10 comprimidos retard 100mg	1,09	4,84
Voltaren Geigy	solução injetável 75mg; 5 ampolas 3ml	2,53	2,82
Lexotan	20 comprimidos 3mg	1,52	3,01
Lexotan	20 comprimidos 6mg	2,16	4,98
Amoxil	15 cápsulas 500mg	1,79	10,27
Amoxil	suspensão oral 125mg/5ml; frasco 80ml	2,65	4,45
Novalgina	4 comprimidos 500mg	0,53	0,53
Novalgina	200 comprimidos 500mg	10,98	26,54
Novalgina	gotas; sol. oral 500mg/ml; frasco 10ml	0,90	1,58
Novalgina	gotas; sol. oral 500mg/ml; frasco 20ml	1,52	2,85
Novalgina	solução injetável 1g; ampola 2ml	0,76	0,51
Novalgina	solução injetável 1g; 50 ampola 2ml	22,45	25,33
Nizoral	creme 20mg/g; 30g	3,07	6,00
Nizoral	10 comprimidos 200mg	4,46	9,32
Nizoral	30 comprimidos 200mg	12,97	24,00
Buscopan comp	20 drágeas 250/10mg	2,04	2,86
Buscopan comp	gotas; sol. oral 333/6,7mg/ml; frasco 20ml	1,75	2,58
Buscopan comp	solução injetável 2500/20mg; 3 ampolas 5ml	2,30	3,04
Tagamet	10 comprimidos 200mg	0,88	3,63
Tagamet	16 comprimidos 400mg	1,73	10,63
Tagamet	solução oral 200mg/5ml; frasco 150ml	4,04	8,59
AAS	200 comprimidos infantis 100mg	6,25	5,44
AAS	200 comprimidos adultos 500mg	10,65	8,35
Zovirax	creme 50mg/g; 10g	2,11	6,96
Zovirax	25 comprimidos 200mg	10,19	36,78
Zovirax	pó liofilizado, sol. injetável 250mg; 5 frascos 10ml in	17,69	97,16
Bactrim F	10 comprimidos 160/800mg	1,67	4,83
Bactrim F	suspensão oral 80/400mg/5ml; frasco 100ml	2,93	7,40
Profenid	pó liofilizado, injetável 100mg; 2 frascos-ampola 2ml	3,73	4,21
Flagyl	creme vaginal 500mg/5g; 50g; com aplicador	3,31	4,21
Flagyl	suspensão oral pediátrica 40mg/ml; frasco 80ml	1,75	3,19
Flagyl	20 comprimidos 250mg	1,31	3,28
Nebacetin	pomada 5mg/250UI/g; 15g	1,45	2,39
Nebacetin	pomada 5mg/250UI/g; 50g	3,01	4,53
Tylenol	4 comprimidos revestidos 750mg	0,53	0,91
Tylenol	200 comprimidos revestidos 750mg	10,51	45,49

(*)Fonte: Guia Farmacêutico BRASINDICE - junho/1994.

IV.2. Preços de Referência, Regulação Estatal e Política de Assistência Farmacêutica

Em diversos países, principalmente nos europeus, há muitos anos existem políticas de assistência farmacêutica baseadas em programas de reembolso de medicamentos que se utilizam de preços de referência construídos das mais diversas formas (REDWOOD, 1992). As diversas formas assumidas pelo reembolso de gastos com medicamentos efetuados pelos consumidores deram condições ao Estado de realizar políticas de controle sobre a indústria farmacêutica. Por exemplo, sempre que o Estado estabelecia um valor de reembolso de medicamento para listagens de medicamentos, definia não só o nível de preços como interferia fortemente sobre o perfil da demanda. Medicamentos com preços acima do valor de referência ou produtos excluídos das listagens sofriam inevitável estreitamento de mercado. Na prática, portanto, sob o argumento da contenção dos gastos públicos, tais políticas colaboraram para conter a evolução dos preços dos medicamentos.

No Brasil, as políticas governamentais para a área nunca tiveram o formato das realizadas nos países europeus. As políticas desenvolvidas por órgãos governamentais na área de medicamentos operaram em dois campos muito distintos. O primeiro, voltado para a demanda de medicamentos dos agentes privados, teve um tratamento semelhante ao dos demais produtos no mercado: alternaram-se períodos de liberdade total, controle de preços por margem de lucro, congelamento, listagens periódicas, dentre outras. Desta forma, os preços experimentaram grande variabilidade e os formadores de preços apresentaram forte tendência à adoção de estratégias defensivas, via elevação de preços, em momentos de aguçamento das expectativas frente à evolução do processo inflacionário, comportamento muito semelhante ao do conjunto de preços dos demais produtos da economia.

O segundo campo das políticas governamentais para a área de medicamentos é a política de compras do setor público para uma assistência farmacêutica assentada na doação de medicamentos aos pacientes atendidos

pela rede pública de saúde, em especial a população de baixa renda. Neste caso, pelo menos por parte da CEME, existem menções de que tem obtido preços inferiores aos praticados no mercado. Entretanto, existem também menções à discrepâncias de preços de produtos adquiridos²³. De qualquer forma, inexistente uma política com padrões de referência para o conjunto do setor público, fato que deveria receber uma atenção especial principalmente por conta da descentralização da aquisição de medicamentos que acompanha a política de descentralização das ações de saúde²⁴.

Na verdade, não só o Estado tem demonstrado a sua fraqueza perante esse setor, como o restante das relações entre os diversos agentes da cadeia produtiva tem revelado a manutenção de um grande poder de mercado dos laboratórios. No Brasil, sequer dispomos, como nos Estados Unidos, de grandes redes de seguro privado em condições de negociar preços e definir produtos a serem passíveis de reembolso pelo segurado. Ao contrário, no campo privado a relação dos laboratórios se dá em um segmento comercial sem condições de exercer nenhum poder de pressão sobre o segmento industrial do setor farmacêutico. O comércio atacadista é altamente desconcentrado e os laboratórios não permitem que um mesmo atacadista atue em diversas regiões de distribuição. Mesmo a existência de algumas grandes redes de varejo não representa poder de pressão sobre os laboratórios. Desta forma, a configuração do segmento de comercialização e distribuição, tanto no atacado quanto no varejo, transforma-os em meros tomadores e repassadores de preços formados pela indústria, sem qualquer poder de pressão contra os produtores.

Como se vê, a análise dos elementos presentes no caso brasileiro, indica que a indústria farmacêutica no país demonstra enorme capacidade de fixação de preços e definição de margens de lucro. Possui, além disso, grande

²³ Vide Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União, Diário Oficial da União, 10/06/94, pp 8392 a 8420.

²⁴ Enquanto a CEME consegue, face aos altos volumes de compra, preços mais baixos que os praticados pelo mercado, as Prefeituras, principais agentes do atual sistema de saúde, no máximo conseguem preços ao nível dos atacadistas; mesmo assim, depende do porte de cada Prefeitura e do valor das aquisições.

liberdade de lançamento de produtos e eliminação da oferta de medicamentos selecionados. Portanto, a capacidade de regulação do setor inexistente dentro das estruturas de mercado. Da mesma forma, é bastante frágil a capacidade de regulação estatal do setor se considerarmos a forma como se realizam as políticas de controle de preços - quando ocorrem - e a política de compras do setor público.

Diante desse quadro, a adoção dos preços de referência se apresenta como uma alternativa para a questão da assistência farmacêutica no Brasil. Em primeiro lugar, porque a inexistência de regulação de mercado sugere a necessidade de regulação estatal do setor. Em segundo, porque não se aplicam ao setor farmacêutico as leis de liberdade de escolha do consumidor. Em terceiro, porque sua utilização poderia significar a redução dos custos da assistência farmacêutica, ampliando conseqüentemente o alcance e a eficácia da política de saúde. Em quarto, porque os preços de referência poderiam se tornar um instrumento importante de uma ação combinada de política de assistência farmacêutica e política de medicamentos.

Estritamente no campo da assistência farmacêutica, os preços de referência poderiam servir como instrumento de regulação do próprio setor produtivo estatal farmacêutico, assim como de balizadores das compras de medicamentos realizadas junto ao setor privado por todas as esferas de Governo. Serviriam, ainda, para fixação de parâmetros para os pagamentos de assistência médica contratada pelo Estado junto ao setor privado. Finalmente, a estrutura da planilha de custos permitiria estabelecer políticas de controle de preços para o setor farmacêutico sempre que as políticas sociais ou de saúde assim requeressem.

De qualquer forma, a disponibilidade dessas planilhas e a fixação de preços de referência com base nos custos efetivamente incorridos são instrumentos importantes de negociação política do Estado em torno das margens de lucro e comercialização e da carga tributária do setor. Pode servir, portanto,

para a construção de políticas de incentivo ou coação em torno de uma eventual política de medicamentos, vale dizer, de uma política industrial e de desenvolvimento científico e tecnológico.

Conclusão

A tentativa de construir uma política de assistência farmacêutica no Brasil constitui uma iniciativa no regime autoritário, no início dos anos 70, em um momento de necessidade de afirmação da facção que assumira o poder e de legitimação junto à sociedade, em particular aos setores populares de menor nível de renda.

O projeto que se edifica a partir da instituição da Central de Medicamento (CEME), em 1971, e do Plano Diretor de Medicamentos (PDM), em 1973, apresenta, no fundamental, dois desdobramentos: de um lado, a assistência farmacêutica; de outro, como suporte àquela, uma política de medicamentos que visava à busca de autonomia e redução da dependência nacional no setor farmacêutico. A partir do estabelecimento de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que atenderia as necessidades fundamentais de assistência farmacêutica da população brasileira, identificar-se-iam os fármacos que deveriam ser objeto de desenvolvimento e capacitação tecnológica nacionais, garantindo o suporte para a produção local desses medicamentos, cuja aquisição seria assegurada pela CEME junto aos laboratórios estatais e empresas de capital nacional.

Esse projeto atendia às aspirações das facções nacionalistas das Forças Armadas, convencidas de que se tratava de uma questão de segurança nacional, bem como de segmentos da sociedade civil e da burocracia pública, preocupados com o aumento da capacitação nacional e consequente redução da dependência setorial.

Enquanto assistência farmacêutica, o projeto não sofria objeções dentro do regime pois se inscrevia na pauta da política assistencial que interessava à manutenção do poder. Mas, enquanto política industrial que se propõe a alterar a estrutura do setor, não é hegemônica no interior do regime. O processo de acumulação nacional vinha sendo construído através de uma aliança

predominante entre o Estado e o capital internacional em alguns setores da economia e o setor farmacêutico não exibia as condições e os interesses necessários a essa configuração. Ao contrário, qualquer intervenção nesse setor se contrapunha aos interesses do capital estrangeiro, que dominava completamente essa indústria. Nesse sentido, o PDM não apresentava condições objetivas de sustentação política ao longo do tempo e seu esvaziamento seria inevitável, o que de fato começou a ocorrer já no Governo Geisel.

No entanto, assegurada a presença da CEME na assistência farmacêutica, garantiu-se, nos anos subsequentes, um espaço de atuação para a burocracia pública comprometida com o projeto de autonomia nacional. Atuando junto às franjas do regime, estabelecendo anéis burocráticos, buscando apoio junto ao capital nacional e segmentos da sociedade civil, encontrando brechas na legislação, enfim, explorando todas as possibilidades que existiam, surgiam ou se criavam, essa burocracia continuou tentando garantir as propostas do projeto original. Portanto, se alguma conquista na capacitação local foi obtida ao longo de todos esses anos, não se pode menosprezar a importância, se não da CEME, ao menos do projeto gerado em torno da CEME.

Por outro lado, entendemos que a posição da CEME ficou bastante fragilizada face à sua atuação extremamente ineficaz na assistência farmacêutica. A explicação para tal resultado provavelmente resida no fato de que a burocracia da CEME sempre entendeu que a assistência farmacêutica constituía simplesmente um meio para justificar sua estratégia autonomista. Acrescente-se a isso a instabilidade de sua vinculação institucional e subordinação funcional, assim como de suas fontes de recursos, além do processo permanente de transição da política de saúde, particularmente a partir do início dos anos 80, o que dificulta o planejamento das ações.

A despeito, contudo, das erráticas políticas da CEME e da falta de definição de uma política de assistência farmacêutica, ela teve um papel importante na sustentação de alguns capitais nacionais no setor, bem como uma

atuação decisiva na constituição e desenvolvimento de um setor produtivo estatal farmacêutico distribuído por algumas unidades da Federação. Esse setor estatal estruturou-se a partir de uma reserva de mercado mantida até hoje pela CEME, reforçado por um volume apreciável de recursos para compras de medicamentos que, a despeito de todas as dificuldades, a CEME sempre mobilizou, suficientes para alavancar o capital de giro dos laboratórios oficiais desse setor. Ressalte-se, ainda, a permanente política da CEME de destinar recursos a fundo perdido para ampliação e modernização desses laboratórios.

Não obstante a baixa utilização da capacidade produtiva desse setor estatal, resultante em boa medida de sua dependência em relação à CEME, e da instabilidade de sua programação de compras junto a esses laboratórios, não se pode negar que o setor tem servido como um importante referencial de custos e preços para a política de compras daquele órgão e uma reserva estratégica de capacidade de produção, além de representar um potencial de produção nada desprezível caso se pretenda efetivamente construir e implementar uma política de assistência farmacêutica para o país.

As considerações sobre a eventual importância desse setor estatal levaram-nos a realizar um estudo de caso sobre a FURP - Fundação para o Remédio Popular de São Paulo, o maior e mais importante laboratório oficial do sistema CEME. Uma primeira constatação foi que, embora os recursos iniciais para a constituição desse laboratório e a construção e equipamento de suas atuais instalações sejam supridos pelo Governo do Estado de São Paulo, foram as compras da CEME, desde o primeiro ano de seu funcionamento, que deram eficácia a tais investimentos, assegurando o crescimento do ativo da empresa e a ampliação de seus investimentos, pelo menos até 1986. A partir desse ano, já como resultado de uma bem sucedida estratégia de diversificação de clientes construída ao longo dos anos, e beneficiada pelas mudanças da política de saúde na direção da descentralização de recursos, a FURP consegue sua sobrevivência e mantém seu processo de acumulação interna com uma menor participação da CEME em seu faturamento.

A análise de seu desempenho gerencial, produtivo e econômico-financeiro mostra uma empresa com alguns problemas de gestão, mas que não comprometem a sua sobrevivência e a possibilidade, mesmo que abaixo de suas potencialidades, de continuar se expandindo e se modernizando. Os problemas de gestão estão ligados a vários fatores, que conjugados ou isoladamente, têm afetado negativamente o desempenho da empresa: variáveis exógenas como a errática política de compras e fornecimento de insumos da CEME, os programas de estabilização econômica do Governo Federal, a retenção de recursos financeiros pelo Governo do Estado de São Paulo e o uso político que descaracteriza suas finalidades; e variáveis endógenas como o próprio despreparo e descompromisso de alguns de seus dirigentes na utilização de instrumentos para a gestão moderna e eficaz de uma empresa do setor industrial que, embora pública e submetida às restrições inerentes à sua natureza, não pode ser administrada como uma "repartição pública".

Mesmo com tais dificuldades, o desempenho econômico-financeiro da FURP de 1974 a 1995 pode ser considerado satisfatório pelo conjunto de indicadores a que a submetemos. É importante salientar que, desde 1988 operando, em média, abaixo de 50% de sua capacidade, a flexibilidade com que pode administrar a sua margem bruta de lucro tem demonstrado, a despeito de suas gestões e demais dificuldades, uma capacidade de geração de excedente que lhe permite assegurar planos permanentes de expansão e modernização.

Aliás, a margem de manobra que a FURP possui na administração de sua margem de lucro e na política de preços é demonstrada através da análise apresentada sobre a relação entre os preços dos medicamentos praticados pela FURP e seus similares no mercado. Mesmo utilizando 1994 como referência, ano em que a empresa operou com cerca de 70% de capacidade ociosa, e mesmo incorporando aos preços da FURP os impostos que incidem sobre a iniciativa privada, o diferencial de preços, para a maioria dos produtos pesquisados, é da ordem de 100%. Portanto, além da flexibilidade na política de fixação de *mark up*

que esse dado simboliza, ele sinaliza a importância do setor em termos dos custos de uma eventual política de assistência farmacêutica.

Analisando a FURP sob o ângulo da assistência farmacêutica em São Paulo, o que se pôde demonstrar é que a empresa nunca foi utilizada adequadamente para formular e implementar uma política de assistência farmacêutica no Estado. Ao contrário, em muitas oportunidades seu potencial produtivo tem sido desperdiçado com o desvio de suas finalidades através da utilização de seu suporte empresarial para a aquisição e repasse à Secretaria de Estado da Saúde de medicamentos produzidos por laboratórios privados. Se pouco tem servido ao Governo do Estado, pelo menos aos municípios do Estado a FURP tem servido, mesmo que precariamente, como supridora de medicamentos para suas políticas de assistência farmacêutica, particularmente a partir de meados dos anos 80, quando se inicia o processo de descentralização das ações e dos recursos da política de saúde.

Existe, entretanto, alguma possibilidade de mudança nesse quadro de São Paulo. Com base nos dados de uma proposta preliminar, e ainda em estruturação, do atual Governo de São Paulo, pudemos avaliar as possibilidades concretas de formular e implementar uma política de assistência farmacêutica em São Paulo, com base no potencial e na composição da pauta produtiva da FURP. Pudemos constatar também, que se estendermos ou generalizarmos para todo o país a experiência que começa a ser introduzida em São Paulo, seria possível, sob determinadas condições, que o conjunto do setor produtivo estatal farmacêutico pudesse dar conta do atendimento de uma política mínima de assistência farmacêutica no país que assegurasse, na atenção primária à saúde, as condições indispensáveis à complementação do ato médico, tornando a política de saúde mais eficiente e eficaz nesse nível de atuação e reduzindo as despesas, com certeza maiores, nos outros níveis de complexidade do sistema.

Finalmente, pudemos concluir, a partir dos estudos sobre custos e preços dos medicamentos no país, que existem argumentos suficientes para

defender a necessidade de regulação estatal do setor farmacêutico. Tal necessidade nasce da constatação da enorme discrepância não só entre os preços praticados pelos laboratórios oficiais e os preços praticados pelo mercado, como dos desvios entre os preços de referência constituídos e os preços de mercado. Nasce, também, da importância que a assistência farmacêutica assume na obtenção de eficiência e eficácia da política de saúde, assim como no papel que o Estado terá que assumir na política de medicamentos caso a sociedade brasileira pretenda manter sob seu domínio e controle os instrumentos para atender as suas necessidades na área da saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, SILVA, Pedro Luiz. A Política de Saúde no Brasil e suas Repercussões no Estado de São Paulo nos Anos 70: Uma Tentativa de Síntese. Cadernos FUNDAP, Ano 3, nº 7: 04-11, novembro de 1983.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. CPI da Indústria Farmacêutica. Brasília, Diário do Congresso Nacional, Ano XXXV, Suplemento nº 139, 11/11/1980.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Parlamento Brasileiro de Saúde, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Grupo Interministerial da Indústria Farmacêutica. Minuta da Exposição de Motivos. Brasília, Programa Nacional da Indústria Químico-Farmacêutica, 1983.
- BRASIL, Ministério da Indústria e Comércio. Política Industrial para o Setor de Química Fina e Produtos Farmacêuticos. Grupo Interministerial - Aviso MIC nº 12, de 14/01/88, Brasília, Julho de 1988, Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1975. CEME nº 88. Brasília, Central de Medicamentos, março de 1976. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1976. CEME nº 100. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1977. CEME nº 131. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1977. CEME nº 131. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1978. CEME nº 137. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1979. CEME nº 142. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1980. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1981. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.

- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1982. Brasília, Central de Medicamentos, abril de 1983. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório de Atividades - 1983. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Legislação - Documento CEME - 107, Revista e Atualizada. Brasília, Central de Medicamentos, dezembro de 1983. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Mercado de Fármacos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Brasília, Central de Medicamentos. Julho de 1983. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. CEME - A Experiência Brasileira de Medicamentos. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. CEME - 10 anos - 1971/1981. Brasília, Central de Medicamentos, 1981. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC nº 4, de 30 de dezembro de 1982.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório de Atividades - 1985. Brasília, Central de Medicamentos, 1986. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório de Atividades - 1987. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório de Atividades - 1988. Versão Preliminar. Brasília. s/d. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Sintético de Atividades da Central de Medicamentos Referente a Ciência e Tecnologia e Saúde e Medicamentos no Período de 85/89. Brasília, Central de Medicamentos, julho de 1989. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Medicamentos Essenciais - Os Caminhos da Autonomia. Brasília, Central de Medicamentos, janeiro de 1987. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Medicamentos. Documento-Proposta. Brasília, Central de Medicamentos, janeiro de 1987, Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Farmacêutica. Brasília, Ministério da Saúde, janeiro de 1993. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Saúde do Governo Federal. Brasília, Ministério da Saúde, 11 de junho de 1993. Mimeo.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento da Situação dos Laboratórios Oficiais e de Controle de Qualidade. Brasília, Central de Medicamentos, Agosto de 1993. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Para Formulação de Uma Proposta de Política de Medicamentos - Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 30 de março de 1994. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Ação - 1995. Brasília, Central de Medicamentos, 18 de abril de 1995. Mimeo.
- BRASIL, Presidência da República. Relatório de Atividades - Novembro de 1971 a Julho de 1972. CEME nº 8. Brasília, Central de Medicamentos, julho de 1972. Mimeo.
- BRASIL, Presidência da República. Relatório de Atividades - 1973. CEME nº 28. Brasília, Central de Medicamentos, janeiro de 1974. Mimeo.
- BRASIL, Presidência da República. Relatório de Atividades - 1º Semestre de 1974. Brasília, Central de Medicamentos, agosto de 1974. Mimeo.
- BRASIL, Presidência da República. Relatório de Atividades - 1974. Brasília, Central de Medicamentos, março de 1975. Mimeo.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 74000, de 01 de maio de 1974. Diário Oficial da União, de 02 de maio de 1974.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 75561, de 04 de abril de 1975. Diário Oficial da União, de 04 de abril de 1975.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 75985, de 17 de julho de 1975. Diário Oficial da União, de 18 de julho de 1975.
- BRASIL, Presidência da República. Lei 6439, de 01 de setembro de 1977. Diário Oficial da União, de 02 de setembro de 1977.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto Lei 81972 de 17 de julho de 1978. Diário Oficial da União, de 18 de julho de 1978.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 91.439, de 16 de julho de 1985. Diário Oficial da União, de 17 de julho de 1985.
- BRASIL, Presidência da República. O Setor Farmacêutico. I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República 1986-1989. Brasília, novembro de 1985, Mimeo.
- CARDOSO, Fernando H. O Modelo Político Brasileiro. São Paulo, DIFEL, 1972.

- CARDOSO, Fernando H. As Tradições do Desenvolvimento - Associado. Estudos Cebrap, 1974, 8:41-75.
- CARDOSO, Fernando H. Autoritarismo e Democratização. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- CARDOSO, Fernando H. Da Caracterização dos Regimes Autoritários na América Latina. In: David Collier (org.). O Novo Autoritarismo na América Latina. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- CARDOSO, Fernando H. & Faletto, Enzo. Dependência e Desenvolvimento na América Latina: Ensaio de Interpretação Sociológica. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.
- CARDOSO, Fernando H. & Faletto, Enzo. Dependência e Desenvolvimento na América Latina, Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
- Central de Medicamentos. Plano Diretor de Medicamentos. 1ª Fase: 1973/1978. Vols. I, II e III, Análise Diagnóstica. Brasília, Governo Federal, Julho de 1973. Mimeo.
- Central de Medicamentos. Plano Diretor de Medicamentos. 1ª Fase: 1973/1978. Vols. IV, Plano de Ação. Brasília, julho de 1973. Mimeo.
- Central de Medicamentos. Sistemática de Apropriação e Determinação de Preços dos Medicamentos Produzidos no Sistema Oficial de Produção. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- Central de Medicamentos. Programa de Incremento e Produção de Fármacos Essenciais. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- Central de Medicamentos. Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais - RENAME - 1980/81. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- Central de Medicamentos. Medicamentos Essenciais - Medidas para Assegurar o Abastecimento Interno, Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.
- Central de Medicamentos. O Médico e a Farmácia Básica CEME. Brasília, Central de Medicamentos, Janeiro de 1987. Mimeo.
- Central de Medicamentos. O Farmacêutico e a Farmácia Básica CEME. Brasília, Central de Medicamentos, Julho de 1987. Mimeo.
- COLLIER, David (org.). O Novo Autoritarismo na América Latina. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- CORDEIRO, Hésio. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1988.

COUTINHO, Gerson S.P. O Sistema CEME. Brasília, Central de Medicamentos, s/d. Mimeo.

EVANS, Peter. A Tríplice Aliança. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1980.

Fundação Economia de Campinas. Estudo sobre Preços de Referência. Convênio FECAMP/CEME. Campinas, FECAMP, fevereiro de 1995.

Fundação para o Remédio Popular. Memento Terapêutico. Guarulhos, FURP, Fevereiro de 1991. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1973. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1974. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1975. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1976. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1977. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1978. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1979. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1980. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1981. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1982. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1983. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1984. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1985. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.

- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1986. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1987. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1988. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1989. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1990. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1991. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1992. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1993. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- Fundação para o Remédio Popular. Relatório de Atividades - 1994. Guarulhos, FURP, s/d. Mimeo.
- FRENKEL, Jacob, REIS, José A., ARAÚJO JR., JOSÉ T. & NAIDIN, Leane C. Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira. Rio de Janeiro, FINEP, 1978. Mimeo.
- FRENKEL, Jacob. A Indústria de Química Fina no Brasil: Dificuldades de Implantação e Perspectivas. Campinas, IE/UNICAMP, 1990. Mimeo.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Biotecnologia em Saúde. Campinas, IE/UNICAMP, 1990. Mimeo.
- GIOVANNI, Geraldo. A Questão dos Remédios no Brasil. São Paulo, Ed. Polis, 1980.
- IANNI, Octávio. Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.
- KUCINSKI, Bernardo & LEDOGAR, Robert J. Fome de Lucros. São Paulo, Brasiliense, 1977.
- MACHADO, Unírio. 20 anos da Indústria da Doença. Porto Alegre, Civilização Brasileira, 1982.

- LUCCHESI, Geraldo. Dependência e Autonomia no Setor Farmacêutico: Um Estudo da CEME. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Dezembro de 1991, Mimeo.
- MARTINS, Luciano. Estado Capitalista e Burocracia no Brasil Pós-64. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- MATARAZZO, Dante C. Análise Financeira de Balanços - Abordagem Básica. São Paulo, Atlas, 1985.
- MÉDICI, André C. Crise Econômica e Política Sociais: A Questão da Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado. IE/UNICAMP, Campinas, 1988. _
- MÉDICI, André C., BELTRÃO, Kaizô I., OLIVEIRA, Francisco de. A Política de Medicamentos no Brasil. IPEA, Março de 1992. Mimeo.
- O'DONNELL, Guillermo. Reflexões sobre os Estados Burocrático-Autoritários. São Paulo, Vértice, 1987.
- OFFE, Claus & RONGE, V. Notes on The Theory of the State. In: The New German Critique, Wisconsin, nº 6, Fall, 1975.
- OFFE, Claus. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
- PACHECO, Mario V. A. A Central de Medicamentos - Importância e Perspectivas. Documento Técnico aprovado pelo Conselho Deliberativo da Associação Médica do Estado da Guanabara. Brasília, Central de Medicamentos, outubro de 1972. Mimeo.
- PEREIRA, Robert C. A Central de Medicamentos e a Questão dos Medicamentos Essenciais no Brasil: Análise Crítica e Proposições, Brasília, CEME, s/d, Mimeo.
- PINOTTI, José A. CEME: Um Entulho de Centralização. Jornal do Brasil, 20/02/89:9.
- QUEIROZ, Sérgio R. Os Determinantes da Capacitação Tecnológica no Setor Químico-Farmacêutico Brasileiro. Tese de Doutorado. IE/UNICAMP, Campinas, março de 1993, Mimeo.
- REDWOOD, H. The Dynamics of Drug Pricing and Reimbursement in the European Community. Suffolk, Scrip Reports, 1992.
- SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo: 1ª versão sintética. São Paulo, janeiro de 1983. Mimeo.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Programa Metropolitano de Saúde. São Paulo, s/d, Mimeo.

SÃO PAULO, Governo do Estado. A Batalha da Saúde no Governo Montoro. São Paulo, março de 1987.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Política de Assistência Farmacêutica. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Fevereiro de 1994. Mimeo.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de Auxílio de Medicamentos Básicos a Pequenos Municípios a Pequenos Municípios. São Paulo, Coordenadoria de Saúde do Interior, 1995. Mimeo.

SOUZA PAULA, Maria Carolina. Oportunidades e Entraves ao Desenvolvimento Tecnológico no Brasil: a Experiência da Indústria Aeronáutica e Indústria Farmacêutica. Tese de Doutorado. FFLCH/USP, São Paulo, 1991, Mimeo.

TAVARES, Maria da Conceição. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1973.

VIANNA, Solon M., PIOLA, Sérgio, McGreevey, William P. Saúde e Assistência Médica no Brasil a Partir dos Anos 40. In: Edmar Bacha e Herbert S. Klein (orgs.). A Transição Incompleta - Brasil desde 1945. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

WOHLAND, Millan. O Gasto dos Órgãos da Administração Pública em Saúde e Saneamento no Estado de São Paulo. Cadernos Fundap, Ano 3, nº 7: 25-59, novembro de 1983.

WORLD BANK. Staff Appraisal Report - Brazil - Second Health Project. Report nº 4447a - BR, Washington, May 30, 1984. Mimeo.

WORLD BANK. Brazil - Public Spending on Social Programs: Issues and Options. Washington, May, 27, 1988. Mimeo.