

ATUAÇÃO DA GESTÃO ESTADUAL NA CRISE DOS MEDICAMENTOS: UM RELATO SOBRE O KIT INTUBAÇÃO

Heber Dobis Bernarde¹

Jurandi Frutuoso Silva²

RESUMO: Em decorrência do advento da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), desafios foram impostos à cadeia de suprimentos do complexo industrial da saúde. Escassez de medicamentos essenciais foi identificada em diversos países do mundo, muitas vezes justificada pela ausência de oferta em função do aumento significativo no consumo desses itens. O Brasil, em especial, vivenciou uma crise no abastecimento de medicamentos anestésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares, usualmente identificados durante a pandemia como “*kit intubação*”, utilizados para ventilação mecânica invasiva em pacientes portadores da COVID-19, internados em caso grave. Ações estratégicas, implementadas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde com apoio dos estados e municípios, foram desenvolvidas no intuito de alcançar resolutividade nacional quanto à normalização dos estoques dos hospitais de referência contidos nos planos de contingência estaduais. Este artigo discorre sobre a atuação da gestão estadual na crise de desabastecimento dos medicamentos do “*kit intubação*” durante a pandemia da COVID-19, compreendendo desde o diagnóstico, caminhos percorridos, dificuldades, aprendizados até a solução.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamento. Desabastecimento. Escassez. Ventilação Mecânica.

1 Farmacêutico. Especialista MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde pela USP; mes-
trando em Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto Nacional de Cardiologia INC-RJ. Assessor Técnico
do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). <http://lattes.cnpq.br/9829043429893266>. heber.bernarde@conass.org.br.

2 Médico. Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará
– ESP; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB. Secretário de Estado da Saúde do Ceará
(2003 a 2006); Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca/Ceará (1997/2002); conselheiro do Conselheiro
Nacional de Saúde (CNS). Atualmente é secretário executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
(Conass). <http://lattes.cnpq.br/5112567194722723>. jurandi.frutuoso@conass.org.br.



I. INTRODUÇÃO

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (VM), esse procedimento consiste em um método de suporte ventilatório para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Tem por objetivos, além da manutenção das trocas gasosas, aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória e diminuir o consumo de oxigênio para reduzir o desconforto respiratório e viabilizar a aplicação de terapêuticas específicas. Classifica-se em dois grandes grupos: VM invasiva; e ventilação não invasiva. Enquanto na VM invasiva utiliza-se uma prótese introduzida na via aérea (conhecida como intubação), isto é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia (incisão na garganta); na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial ⁽¹⁾.

A utilização de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular durante a instituição e manutenção da VM invasiva é fundamental, e está prevista para auxiliar no controle da ansiedade, agitação e dor. A sedação adequada auxilia a promoção da tolerância do paciente ao ventilador, aos procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Fármacos podem também ser administrados para diminuir o impulso respiratório do paciente com vistas à melhora da sincronia do paciente com a VM. Agentes bloqueadores neuromusculares, entre outras funções, ajudam a reduzir o risco de lesão pulmonar que pode ocorrer quando os pacientes geram fortes esforços respiratórios espontâneos ⁽²⁻⁶⁾.

Quanto à COVID-19, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante o pico da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) na China, embora a maioria dos pacientes com COVID-19 apresentasse doença leve ou moderada, 15% desenvolveram a forma grave

da doença necessitando de hospitalização e oxigenioterapia, e 5% precisaram ser atendidos em unidades de terapias intensivas (UTI) ⁽⁷⁾. Dados apontam que a maioria dos pacientes portadores de COVID-19 que são admitidos em UTI precisam receber tratamento prolongado com VM ^(2,8). Estudo retrospectivo na cidade de Wuhan, China, mostra que a VM invasiva foi administrada em 71% dos pacientes internados em UTI durante o pico da pandemia naquele país ⁽⁹⁾. Já no Reino Unido, a taxa de necessidade de VM invasiva chegou a 67% dos pacientes de UTI ⁽¹⁰⁾.

No Brasil, um dado recente, proveniente de um estudo em fase prévia de publicação (*preprint*), mostra que, conforme o repositório de dados abertos Opendatasus atualizado até o dia 21 de julho de 2020, a proporção de casos internados em UTI entre os hospitalizados na cidade de Porto Alegre – RS por COVID-19 era de 41,5% (800/1.929), enquanto 27,9% (528/1.892) do total de internados necessitavam de VM invasiva ⁽¹¹⁾. Em que pese o grande volume de publicações durante a pandemia, relativo ao Brasil, dados de incidência de necessidade de VM invasiva permanecem com substancial dificuldade de serem obtidos em referências publicadas em versão final.

Data do início de fevereiro desse ano um documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) enviado ao Ministério da Saúde (MS), contendo o seguinte alerta sobre o iminente desabastecimento de um determinado medicamento: “...diante do possível advento do Coronavírus no país, que tenderá a ter um curso mais grave ou mesmo letal nos pacientes com baixa imunidade...”. Àquela época, não se tinha a percepção do aparente “desabastecimento pontual” como problema que viria a se tornar nacional nos próximos meses, sendo os medicamentos sedativos, anestésicos e bloqueadores neuromusculares utilizados para indução e manutenção da VM invasiva em pacientes hospitalizados com COVID-19, o chamado “*kit* intubação”, os mais atingidos.

Este artigo traz um relato do envolvimento e atuação dos gestores em saúde na crise de abastecimento dos medicamentos do “*kit* intubação” utilizados na VM invasiva, em especial das ações desenvolvidas pelo Conass e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para mitigar o impacto causado pela falta desses produtos em ambiente hospitalar.

2. DISCUSSÃO

Notícias de desabastecimento de medicamentos do chamado “*kit* intubação” não foram registradas somente no Brasil. Não é difícil encontrar reportagens em diversos países relatando a falta desses medicamentos durante o pico da pandemia. Drogas como propofol, atracúrio, etomidato e midazolam, entre outras, circularam e circulam até hoje em alertas e listas sobre escassez de medicamentos produzidas por agências internacionais de países como França, Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido.

No Brasil, no início da pandemia de COVID-19, apesar do risco eventual de desabastecimento pontual de medicamentos, representantes das empresas farmacêuticas emitiram declarações de regularidade da operação da indústria farmacêutica e fabricação dos medicamentos

essenciais para a saúde da população; que os estoques de medicamentos, nos distribuidores, eram suficientes para atender à demanda nos meses seguintes; e que a indústria farmacêutica trabalha em favor da população brasileira e seguiria disponibilizando medicamentos eficazes e seguros, atendendo às necessidades do país⁽¹²⁾.

No entanto, no início da segunda quinzena de abril, o Conass passou a receber reiterados relatos dos secretários estaduais de saúde em relação à dificuldade dos hospitais em manter regularidade no abastecimento dos medicamentos do “*kit* intubação”, culminando com o recebimento formal do pedido de apoio pelo governo do estado do Amapá em 2 de maio de 2020.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de medicamentos está organizada em uma lógica de Componentes da Assistência Farmacêutica, em especial dos medicamentos de uso ambulatorial: (i) Componente Básico, medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde; (ii) Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenha protocolo e normas estabelecidas e/ou que tenham impacto socioeconômico; e (iii) Componente Especializado, caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS⁽¹³⁻¹⁴⁾. Nessa lógica, a responsabilidade pela aquisição é das secretarias estaduais e municipais de saúde, e do MS.

Diferentemente dos medicamentos de uso ambulatorial, na atenção hospitalar, a responsabilidade pela definição do elenco, aquisição e fornecimento dos medicamentos é das próprias unidades hospitalares, e o financiamento é realizado por meio de um sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado através das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), preenchidas e emitidas para fins de reembolso financeiro para cada internação realizada em hospitais conveniados ao SUS⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

A aquisição de medicamentos de uso hospitalar pelas SES e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) é realizada somente nos estados e municípios que possuem hospitais da sua gestão direta. Porém, durante a crise no abastecimento desses medicamentos, todas as SES se envolveram em processos aquisitivos com vistas a auxiliar os estabelecimentos hospitalares do seu território.

Nesse contexto, insta destacar que o Conass, com o compromisso de representar e apoiar as SES, por meio de sua assessoria técnica de assistência farmacêutica, acompanhou de perto e atuou intensamente nas tratativas sobre a crise de abastecimento dos medicamentos do chamado “*kit* intubação” no Brasil.

O presente ensaio, de natureza qualitativa, busca descrever o episódio de desabastecimento em 2020 do “*kit* Intubação” durante a pandemia de SARS-CoV-2, a partir do ponto de vista dos gestores estaduais, considerados os elementos apreendidos pelo Conass, revelando-se narrativa de caso concreto.

2.1 AVALIAÇÃO SITUACIONAL: O DIAGNÓSTICO

Várias iniciativas para auxiliar no diagnóstico e definir estratégias para mitigação dos impactos no sistema de saúde causados pela falta dos medicamentos do “*kit* intubação” foram realizadas pelo Conass na Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e demais órgãos envolvidos.

Em um período pouco maior que um mês, foram realizadas quatro audiências públicas na Câmara dos Deputados; duas reuniões no Gabinete Integrado de Acompanhamento da Epidemia COVID-19 da Procuradoria Geral da República (Giac/PGR); e mais algumas reuniões no gabinete de crise do MS; além de agendas paralelas do Conass com os representantes estaduais na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do Conselho (CTAF/Conass).

Por meio de reuniões interinstitucionais mediadas pelo Giac/PGR e Câmara do Deputados, que tiveram como principal objetivo o de determinar o possível diagnóstico acerca das irregularidades no abastecimento dos medicamentos do chamado “*kit* intubação”, foram levantadas as seguintes situações que poderiam justificar a escassez dos medicamentos no país:

(i) aumento de demanda em até oito vezes em relação ao habitual; (ii) ausência de suprimentos (matéria-prima) originários de processos em países que sofreram *lockdown*, como China e Índia – principais fornecedores; (iii) ocorrência de sobrepreço em relação aos preços de referência habituais; e (iv) impossibilidade de atendimento de demanda pela indústria nacional para além de um mês do consumo médio da época, mesmo aumentando a capacidade produtiva.

Esses fatos levaram a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda, ou seja, um problema clássico de acesso a medicamentos, conceitualmente definido por Bermudez et al.⁽¹⁷⁾ como a:

[...] relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado.

Considerando o cenário estabelecido de “mercado imperfeito” que levou à dificuldade para garantir o acesso a tais itens no mercado nacional, cogitou-se também a possibilidade de, por meio da Opas/OMS, atuar em um processo de compra internacional. Porém, importar medicamentos de outros países pode ser uma estratégia viável em tempos normais, mas em uma pandemia global, não se tornaria tão efetivo.

Como parte do diagnóstico, preliminarmente, foi estabelecida a necessidade de realizar um levantamento nas SES e SMS para monitorar a situação, envolvendo diversos aspectos, dentre eles: (i) número de medicamentos com risco de desabastecimento por Unidade da Federação (UF); (ii) número de estados com desabastecimento por item; (iii) informações sobre o status dos processos aquisitivos; e (iv) levantamentos semanais sobre o consumo médio mensal e tempo de

cobertura de cada medicamento em mais de 1.500 hospitais. Cabe destacar que, independentemente da natureza jurídica e de gestão hospitalar, o monitoramento atingiu todos os hospitais contidos nos planos de contingência dos estados.

Nesse ponto, um problema crônico do SUS foi evidenciado, a falta de informação sistematizada em nível nacional sobre a cadeia logística de medicamentos. Mensurar o tamanho do problema foi um grande obstáculo a ser enfrentado para que os encaminhamentos lograssem sucesso. Situações como essa, inesperadas e com relatos de aumento exponencial da demanda, são difíceis de serem administradas em sistemas de saúde nos quais a cadeia de suprimentos é baseada no histórico de consumo. Essa situação se agrava quando não existem informações disponíveis tempestivamente para a tomada de decisão.

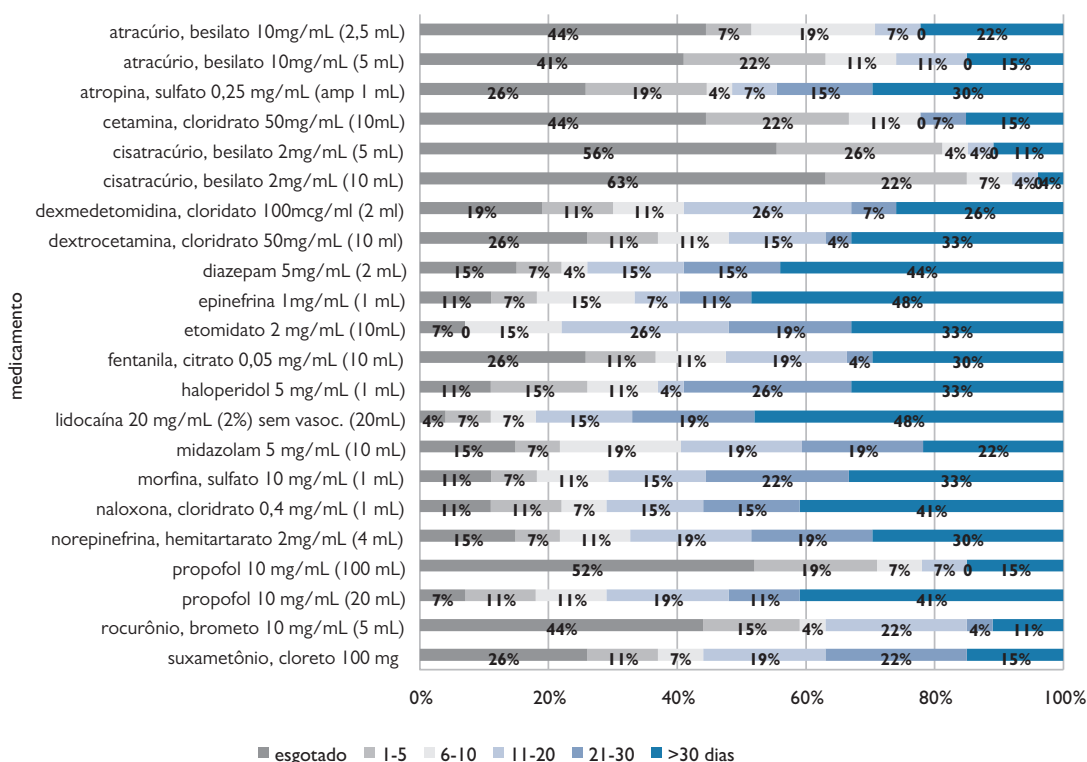
Para suprir essa dificuldade, o Conass lançou mão de uma série de levantamentos nas SES, levando em consideração a lista preliminar de medicamentos de primeira linha utilizados para tratar a maioria dos sintomas e problemas de pacientes com COVID-19 em regime de hospitalização proposta pelo Conasems, a partir do Grupo Técnico de Trabalho em Assistência Farmacêutica (GTAF) e professores parceiros⁽¹⁸⁾.

Um primeiro levantamento, realizado no início de junho, apontou que pelo menos 13 itens já se encontravam em situação de desabastecimento em mais da metade dos estados brasileiros. As principais faltas estavam relacionadas com os medicamentos cisatracúrio, atracúrio e midazolam, escassos em pelo menos 19 estados; fentanil, com falta em 20 estados; e rocurônio, que se encontrava desabastecido em 24 estados. Esse desabastecimento refletiu a situação dos estoques nos almoxarifados das SES e hospitais contidos nos planos de contingência para COVID-19 em cada estado. Portanto, quando apontado o desabastecimento por UF, significou que tanto a SES quanto os estabelecimentos hospitalares não possuíam estoques suficientes.

Outra pesquisa foi realizada pelo Conass, entre os dias 9 e 10 de junho de 2020, com a intenção de obter informações sobre a situação dos processos aquisitivos das SES. No total, 20 estados apontaram ter necessidade de realizar aquisição centralizada de um ou mais medicamentos do chamado “*kit* intubação” com vistas a auxiliar os hospitais, mesmo aqueles que não eram de sua gestão direta. Todas as 20 SES haviam iniciado processos aquisitivos entre os meses de março e junho de 2020, sendo que, em 13 delas, os processos resultaram desertos e/ou fracassados. Nas outras sete, na época do levantamento, os processos aquisitivos ainda estavam em andamento, havendo relatos de que em alguns casos sequer houve cotação de preço para alguns itens. Quanto aos processos em andamento, ou seja, aqueles iniciados antes da pandemia para atendimento da demanda “normal”, todas as 18 SES que possuíam processos aquisitivos em execução relataram haver atrasos nas entregas dos quantitativos contratados, e a principal justificativa dos fornecedores foi a falta de produto para atender à demanda.

De forma complementar, foi realizada coleta de dados semanais para monitorar o consumo médio mensal de cada item e, a partir das informações dos estoques, aferir o tempo de cobertura de cada medicamento por unidade hospitalar e por estado. Esse levantamento teve início na primeira semana de junho, e considerou um total de 22 medicamentos. O resultado evidenciou situação preocupante, em que rocurônio e cisatracúrio, por exemplo, apresentavam cobertura menor que 5 dias em 49% e 85% das UF respectivamente. Conjuntura semelhante pode ser observada para os demais itens, conforme **Figura 1**.

FIGURA 1. Percentual de estados e cobertura em dias de medicamentos do “kit intubação”, entre 9 e 10 de junho de 2020 (semana I do levantamento)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados enviados pelas SES ao Conass.

2.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS: EM BUSCA DA SOLUÇÃO

O aumento exponencial do número de casos de COVID-19 nos meses de abril a junho de 2020 no Brasil, com a consequente habilitação de mais de 9 mil leitos de UTI-COVID até o início de julho do ano corrente (atualmente esse número ultrapassa 15 mil)⁽¹⁹⁾, somado à

necessidade de manutenção de administração dos referidos medicamentos, muitas vezes durante 24 horas, levou a um acréscimo abrupto da demanda em todos os estados. Assim, no intuito de alcançar resolutividade nacional e evitar que várias iniciativas fossem iniciadas em paralelo pelos estados e municípios, restou evidente que seria fundamental que a estratégia para normalização dos estoques fosse coordenada e implementada de forma centralizada pelo MS, com apoio do Conass e Conasems.

Dessa forma, foram definidos de forma tripartite três encaminhamentos principais envolvendo todos os interessados, a saber: aquisição emergencial centralizada pelo MS; publicação de uma ata de registro de preço (ARP) nacional para adesão pelos estados e municípios; e aquisição internacional.

A primeira ação estratégica foi realizada pelo MS por meio de uma série de distribuições de medicamentos do “*kit intubação*” realizadas às SES. Os medicamentos foram adquiridos de forma emergencial por meio de requisições administrativas que tiveram início no final de junho de 2020 e foram fornecidos aos hospitais dos planos de contingência estaduais conforme necessidades locais.

Em decorrência da escassez dos estoques também nas indústrias farmacêuticas, as primeiras entregas provenientes das requisições administrativas foram realizadas em quantidades pequenas, em alguns casos para consumo de pouco mais de um dia. Em virtude disso, houve a necessidade de serem admitidos critérios de priorização, como: a quantidade disponível dos medicamentos para a distribuição no MS; os dados de consumo médio mensal; e o tempo de cobertura de cada item nos hospitais.

A heterogeneidade regional ficou evidente logo nas primeiras pautas de distribuição. Foi identificado que os dados que serviram de base para definição dos quantitativos a serem distribuídos pelo MS não refletiram a real situação de cada ente federado. O estoque agregado por estado mascarou o eventual desabastecimento em dada localidade. Isso causou uma falsa impressão de alta cobertura, deixando alguns estabelecimentos nos quais não havia falta no estado de fora das primeiras distribuições para alguns medicamentos. Após contemplação da variável do estabelecimento na coleta, foram realizados remanejamentos entre hospitais, municípios; e até mesmo empréstimos entre diferentes SES foram realizados dentro das limitações impostas, e quando pertinente, articulados pelo MS.

Embora, ao longo dos meses, as quantidades distribuídas de alguns dos medicamentos passassem a ser suficientes para fornecimento linear, ou seja, de forma a equalizar o tempo de cobertura por classe terapêutica em todos os estados, existiam ainda alguns itens em quantidade pequena, cuja priorização para distribuição era fundamental e não poderia levar em consideração somente o dado de cobertura por UF.

Para isso, diante do conhecimento adquirido e do conjunto de informações disponíveis, houve um avanço na definição de novos critérios complementados com dados epidemiológicos de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), número total de leitos de UTI SRAG/

COVID-19 habilitados pelo MS e taxa de ocupação média por estado dos leitos de UTI, obtidos por meio da plataforma “Localiza SUS” do MS, além de considerar os dados de consumo médio e estoque consolidados pelo Conass semanalmente, de forma a garantir um número mínimo de dias alvo ≥ 7 dias.

Em concomitância às aquisições emergenciais realizadas pelo MS, outras duas iniciativas consideradas de médio e longo prazo foram executadas. Trata-se da publicação de uma ARP para utilização pelas SES e SMS das capitais e a busca por esses produtos no mercado internacional, que mais tarde resultaria em uma compra realizada pelo MS diretamente de fornecedores no Uruguai, atendendo de forma emergencial os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, somada a uma aquisição via Opas/OMS em outros países.

Numa situação de urgência, os processos aquisitivos precisam considerar os desafios de otimizar recursos financeiros restritos em face da retração da oferta e a importância de garantia dos melhores preços, sob os requisitos da legislação brasileira. Neste cenário, têm sido muitas as notícias da prática de preços abusivos em diferentes níveis de gestão⁽²⁰⁾. Por isso, a opção de escolha de um processo aquisitivo único nacional levou em consideração o volume a ser adquirido e a possibilidade de a logística dos medicamentos ser centralizada pelo MS até os estados, o que possibilitaria diminuição nos custos de fornecimento devido ao aumento da escala e consequente redução nos valores ofertados.

A ARP foi resultado de um edital público para a licitação na modalidade pregão, na forma eletrônica do tipo menor preço pelo Sistema de Registro de Preços (SRP). Para cumprir uma das etapas desse processo, os entes interessados necessitaram manifestar as quantidades de intenção de compra para cada medicamento no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg) do portal de compras do governo federal Comprasnet.

Foi pactuado em Comissões Intergestores Tripartite (CIT) que o quantitativo máximo não extrapolaria duas vezes o consumo médio mensal de cada estado com vistas a diminuir a possibilidade de o certame resultar deserto, situação caracterizada pela ausência de interessados no processo licitatório⁽²¹⁾. Mesmo assim, findo o processo, dos 22 itens concorrentes, apenas 8 foram adjudicados, sendo que 5 deles em quantidade igual a 10% da soma total de intenção de compra dos estados e municípios em nível nacional.

Os quantitativos para aquisição por parte de cada coparticipante foram ajustados pelo MS de acordo com a quantidade proporcional de cada item vencedor. As quantidades que cada SES e SMS teriam direito na ARP foram devidamente identificadas, por item, no Siasg. A partir desse momento, coube às iniciativas estaduais e municipais das capitais a execução de suas compras locais, não havendo mais nenhuma etapa ou ação pendentes relacionadas com o referido pregão por parte do MS.

Por fim, considerando que a primeira licitação nacional resultou fracassada para maioria dos itens, foi definido que seria publicado pelo MS um novo edital para licitação pública dos itens que não tiveram 100% da demanda atendida no primeiro certame. O novo edital encontrava-se em andamento na oportunidade da confecção deste artigo, não havendo ainda informações sobre o resultado.

Quanto às aquisições internacionais via Opas/OMS, a primeira intenção foi a de realizar a adesão pelos estados ao Termo de Cooperação Técnica vigente celebrado entre o MS e a Opas/OMS para aquisição de medicamentos e inseticidas por meio do Fundo Estratégico da Organização. O referido Termo tem como objetivo estabelecer apoio ao SUS nas esferas dos estados, municípios e Distrito Federal, principalmente no suprimento de produtos de caráter essencial ao desenvolvimento da assistência, de acordo com normas técnicas da OMS e as exigências técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ⁽²²⁾.

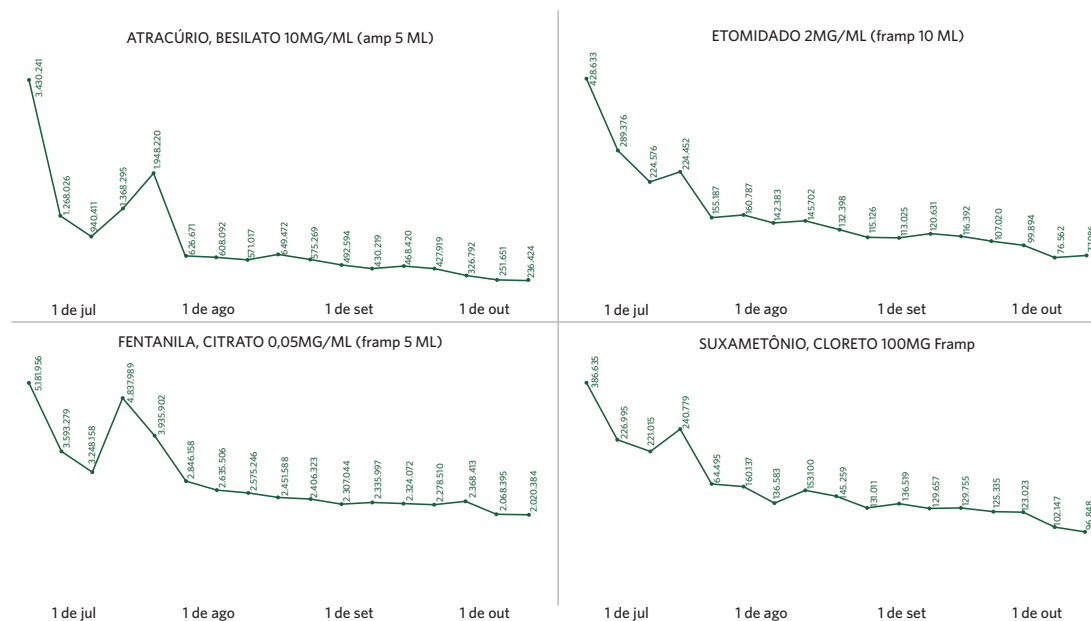
No entanto, realizar 27 ajustes ao referido Termo de Cooperação (um para cada estado e Distrito Federal) poderia levar muito tempo, acrescido da possibilidade de gerar inequidades ao se colocarem os estados em concorrência pelos produtos importados. Indubitavelmente, aqueles com maior poder aquisitivo sairiam na frente causando ainda mais irregularidade no abastecimento nacional. Em virtude disso, como já havia sido definido na estratégia da ARP nacional, optou-se por centralizar no MS a aquisição internacional via Opas/OMS.

Após o esforço realizado pela Organização, que envolveu o escritório regional do Brasil juntamente com a sede regional estabelecida em Washington D.C., EUA, como resultado, a aquisição internacional teve êxito para nove itens, dentre eles, destaca-se o propofol, cuja aquisição foi realizada em quantidade significativa. Conforme consumo médio atual (outubro/2020), a cobertura desse item pode chegar a até dez meses de consumo nacional. Infelizmente, apesar de todos os esforços do MS, da Opas/OMS, da Anvisa e dos demais órgãos para dar celeridade ao processo, o tempo entre a primeira cotação internacional e entrada efetiva dos produtos no almoxarifado do MS no Brasil foi de aproximadamente 90 dias.

O cumprimento de requisitos sanitários e legais em tempos normais ocorre em um prazo oportuno, mas que pode não ser considerado apropriado diante de uma situação como a pandemia do novo coronavírus. Nesse ponto, cabe destacar que, tanto para as aquisições emergenciais quanto para as compras internacionais, a Anvisa teve papel fundamental ao publicar atos normativos e procedimentos extraordinários temporários ⁽²³⁾, como: excepcionalidades a requisitos específicos de rotulagem e bulas de medicamentos, em virtude da emergência de saúde pública internacional; aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos das Boas Práticas de Fabricação e de Importação de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos; caracterização e verificação do risco de redução da oferta de medicamentos durante a pandemia do novo coronavírus; convocação de empresas detentoras de registro de medicamentos para fornecerem informações sobre a fabricação, importação e distribuição de anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, entre outros medicamentos, empregados para a manutenção da vida de pacientes infectados pelo novo coronavírus; ações de fiscalização para coibir preço abusivo de anestésicos e relaxantes musculares utilizados no manejo clínico de pacientes com COVID-19; e painel de *Business Intelligence* (BI) para monitoramento do abastecimento nacional de medicamentos de interesse ao enfrentamento da COVID-19, o qual promove a consulta a diversos dados sobre fabricação, importação e distribuição de fármacos.

Com o passar do tempo, em decorrência da queda do número de novos casos de COVID-19 no país, e a conseqüente redução de casos graves internados, houve um evidente decréscimo na demanda pelos medicamentos do “kit intubação”, como é possível verificar em alguns exemplos na **Figura 2**.

FIGURA 2. Exemplos de série histórica do consumo médio mensal nacional de medicamentos constituintes do “kit intubação”

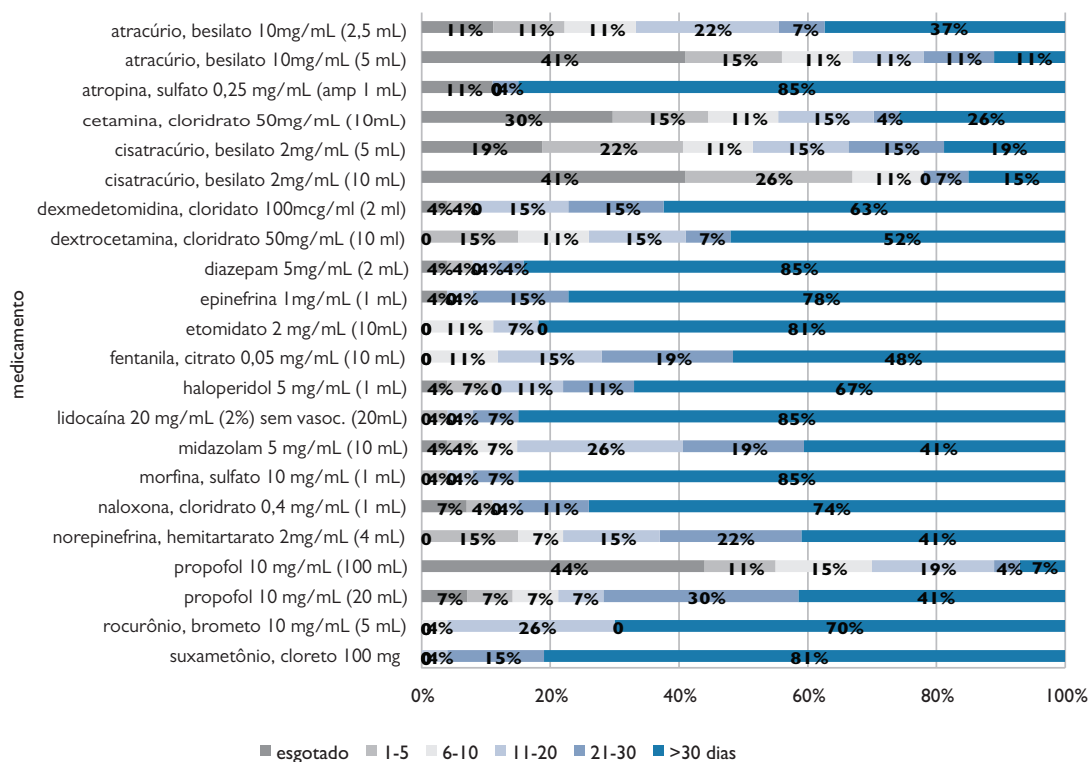


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados enviados pelas SES ao Conass.

Além da queda no consumo médio dos medicamentos do “kit intubação” nos estados, a possível equalização da produção nacional ante a demanda apresentada fez com que o país atingisse patamares menos preocupantes a partir do mês de outubro de 2020 em relação aos meses de maio a setembro do mesmo ano.

Em outubro de 2020, com exceção de apenas uma apresentação de propofol e duas apresentações de atracúrio e cisatracúrio, os demais itens possuíam cobertura estimada superior a 30 dias na maioria dos estados, conforme demonstrado na **Figura 3**.

FIGURA 3. Percentual de estados e cobertura em dias de medicamentos do “kit intubação”, entre 29 e 30 de outubro de 2020 (semana 17 do levantamento)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados enviados pelas SES ao Conass.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os medicamentos do “kit intubação” são fundamentais para manutenção da vida dos pacientes portadores de COVID-19 internados em estado grave. A capacidade de produção diante da demanda é determinante para ocorrência da escassez. Desabastecimentos podem ser mitigados quando o aumento da demanda for compensado pelo aumento da produção. Contudo, isso dependerá da capacidade produtiva dos fabricantes de medicamentos, Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) e demais matérias-primas necessárias para essa produção⁽²⁰⁾. No Brasil, a quantidade de IFA produzida internamente ainda representa somente 0,8% da quantidade importada⁽²⁴⁾.

No campo da pesquisa e desenvolvimento, as parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) são uma forte estratégia para maximizar o acesso a medicamentos no país, segundo documento publicado pelo MS⁽²⁵⁾ que mostra que, entre 2011 e 2016, foram adquiridos R\$ 4,5 bilhões em medicamentos no âmbito das PDP, com uma economia total de recursos estimada em

R\$ 1,5 bilhão – ou seja, um desconto médio de 25%. Porém, essa política necessita de atenção especial em relação às necessidades coletivas: por exemplo, de 52 produtos da lista estratégica para PDP em 2017, 16 deles estavam ausentes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) ⁽²⁶⁾, o que configura um grande descompasso entre oferta e demanda.

Não menos importante, cabe o fortalecimento da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR), que se destacará com tamanha aplicabilidade nas tomadas de decisões a partir da disseminação da informação de forma qualificada e acessível a todos ⁽²⁷⁾.

Nesse contexto, para garantir acesso a medicamentos, que, de fato, salvam vidas, o Estado tem um papel relevante a desempenhar, particularmente no que se refere ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) nacional, exercido por meio de uma Política Nacional de Medicamentos forte e eficaz ⁽²⁸⁾. Por fim, para o Brasil, os desafios são estratégicos, visto que não é apenas o setor privado que tem capacidade de produzir Ciência, Tecnologia e Inovação. Assim, a importância de uma agenda em que os interesses econômicos não prevaleçam sobre os da sociedade no âmbito da assistência farmacêutica em nosso país se torna cada vez mais evidente.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho CR, Toufen Junior C, Franca SA. Ventilação mecânica: Princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol.* 2007;33(Supl 2):54-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000800002>.
2. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;383(25):2451-60. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2009575>.
3. Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.* 2020;46(5):854-87. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>.
4. Manthous CA, et al. The effect of mechanical ventilation on oxygen consumption in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;151(1):210-4. doi: <https://doi.org/10.1164/ajrccm.151.1.7812556>.
5. Fraser GL, et al. Frequency, severity, and treatment of agitation in young versus elderly patients in the ICU. *Pharmacotherapy.* 2000;20(1):75-82. doi: <https://doi.org/10.1592/phco.20.1.75.34663>.
6. Barbas CS, et al. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. *AMIB;* 2013;I:140.
7. World Health Organization. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres. *WHO Guidel.* 2020;(April):1–6.
8. Bhatraju PK, et al. COVID-19 in critically ill patients in the Seattle region — Case series. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2012-22.
9. Yang X, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):475-81. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
10. Intensive Care National Audit & Research Centre. ICNARC report on COVID-19 in critical care. ICNARC COVID-19 Study Case Mix Program Database [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 21];(April):1-16. Disponível em: <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>.
11. Saueressig MG, Hackmann CL, Eduardo C. Estimativa de pacientes hospitalizados por COVID-19 em unidade de terapia intensiva no pico da pandemia em Porto Alegre : Estudo com modelo epidemiológico SEIHDR. *SciELO preprints.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1080>.
12. Comunicado: Há remédio! Não corra! Sindusfarma [Internet]. 21 mar 2020 [acesso 2020 Oct 21]. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/noticias/destaques-imprensa/exibir/12582-comunicado-ha-remedio-nao-corra>.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 261 p.
14. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149-56.
15. Peixoto SV, et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):239-46. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742004000400006>.
16. Ugá MAD, Lima SML. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 4. p. 135-168.
17. Oliveira MA, et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1429-39.
18. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. Pínel [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/lista-medicamentos-pdf>.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Leitos SRAG/UTI COVID-19. Monitoramento de Habilitações. Pínel [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>.
20. Chaves AL, et al. Desabastecimento: uma questão de saúde pública global . Sobram problemas, faltam medicamentos Antecedentes. Observatório COVID-19. Fiocruz. 2020;1-12.
21. Brasil. Tribunal de Contas da União. Manual de Compras Diretas [Internet]. 2018 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/licitacoes-e-contratos-do-tcu/licitacoes/manuais-e-orientacoes/>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Termos de Cooperação Técnica [Internet]. [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&id=756&Itemid=610.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamentos [Internet]. 21 set 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/regulamentos-e-medidas>.
24. Costa JC, et al. Avaliação do setor produtivo farmoquímico no Brasil: capacitação tecnológica e produtiva. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde* [Internet].

- 2014 [acesso 2020 out 20];8(4):443-60. Disponível em: <http://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/853>.
25. Pimentel VP. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos no Brasil sob a ótica das compras públicas para inovação: 2009-2017 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018.
26. Osorio-de-Castro CGS. Uncertain future for essential medicines in Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):1-3.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 29 set 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html.
28. Oliveira MA, Bermudez JA, Osorio-de-Castro CG. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 110 p.